

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Roberta Maria Carvalho de Freitas

**Fatores psicossociais que influenciam na adesão a um programa de Reabilitação
Cardiovascular**

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área de Concentração: Psicologia.

Ribeirão Preto

2011

ROBERTA MARIA CARVALHO DE FREITAS

**Fatores psicossociais que influenciam na adesão a um programa de Reabilitação
Cardiovascular**

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área de Concentração: Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

Ribeirão Preto

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Freitas, Roberta Maria Carvalho de
Fatores psicossociais que influenciam na adesão a um
programa de Reabilitação Cardiovascular. Ribeirão Preto, 2011.
179 p. : il.; 30cm

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e
Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.
Orientador: Gorayeb, Ricardo.

1. Doenças Cardiovasculares. 2. Reabilitação Cardiovascular. 3.
Adesão. 4. Avaliação Psicológica. 5. Fatores Psicossociais.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Roberta Maria Carvalho de Freitas

Fatores psicossociais que influenciam na adesão a um programa de Reabilitação Cardiovascular

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área de Concentração: Psicologia.

Aprovado em: ___/___/2011.

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória:

À minha querida avó, **Amenayde Garcia Duarte Carvalho**, pelas doces, acolhedoras e sábias palavras presentes em toda minha trajetória de vida, principalmente nos momentos de angústias e dificuldades. Obrigada pelo exemplo humano de ética e de solidariedade.

Ao meu avô, **Alberto de Freitas**, que me ensinou valores como o trabalho e a dedicação, sendo um modelo de perseverança.

Aos meus **Pais**, pelo amor, carinho, compreensão. Por tudo o que fizeram pela minha formação pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

Ao **Prof. Dr. Ricardo Gorayeb**, pela oportunidade, pela confiança em meu trabalho e pelos seus ensinamentos que contribuíram para meu crescimento profissional e pessoal.

À **equipe de Reabilitação Cardiovascular**, especialmente ao **Dr. Gallo**, por permitir meu acesso ao programa de RCV, pelo constante incentivo ao trabalho e pela confiança em mim depositada.

À amiga **Rosana Shuhama**, pela valiosa contribuição em todas as fases de elaboração do trabalho. Por dividir comigo seus conhecimentos e pela constante disponibilidade em me ajudar.

À querida amiga, **Giovana B. Facchini**, pelo incentivo contínuo e companheirismo em todas as fases deste trabalho.

Às amigas **Ana Cristina Z. Rani**, **Caroline C. Pavan**, **Cassiana M. de Oliveira**, **Flávia S. G. Damásio** e **Juliana Caseiro**, pelo companheirismo em momentos de angústias e incertezas ao longo desses anos.

Aos professores **André Schmidt**, **Neide M. Domingos** e **Nelson I. Valério**, por terem aceitado o convite para examinar este trabalho e pelas cuidadosas contribuições realizadas.

À querida **Flávia A. F. Marucci**, que não poupou esforços em ajudar-me nas atividades do Ambulatório de Psicologia, possibilitando, assim o desenvolvimento deste trabalho.

Às queridas **Nátali C. A. dos Santos** e **Talita G. Cosenzo** pela valiosa colaboração durante a pesquisa. Obrigada pela dedicação e responsabilidade e pelo carinho e atenção prestados aos pacientes.

Às colegas de equipe **Natalí, Juliana, Ana Clara** e **Érica**, pela grande ajuda ao longo do trabalho, por compartilharem seus conhecimentos sobre “reabilitação cardíaca” e “fisiologia do exercício” e pelos momentos agradáveis que passamos juntas.

Às **aprimorandas de psicologia clínica e hospitalar do HCFMRP**, pelo incentivo e apoio.

Aos **funcionários do HCFMRP**, especialmente **Marilene** e **Danilo**, pela ajuda na produção de materiais e na organização das salas para as entrevistas.

Ao **Davi C. Aragon**, pelas contribuições na análise estatística.

A **todos amigos e colegas** que contribuíram, direta ou indiretamente, para que este trabalho pudesse ser realizado.

Aos **pacientes**, que muito me ensinaram durante este percurso.

RESUMO

FREITAS, R. M. C. **Fatores psicossociais que influenciam na adesão a um programa de Reabilitação Cardiovascular**. 2011. 179f. Dissertação – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são importantes causas de morte, morbidade e incapacidade e têm etiologia complexa e multifatorial. Estão relacionadas a fatores de riscos como estilo de vida e padrões de comportamentos. Entre as terapêuticas está a Reabilitação Cardiovascular (RCV), caracterizada por programas de treinamento físico supervisionado, visando diminuir a mortalidade por DCV e garantir melhores condições físicas, mental e social. O sucesso da RCV depende da adesão do paciente, o que se constitui num desafio para as equipes multidisciplinares de saúde. O presente estudo objetivou definir características sócio-demográficas e psicológicas de pacientes de um programa de RCV e avaliar fatores sociais, clínicos e psicológicos que poderiam influenciar na adesão à reabilitação. Participaram do estudo 72 pacientes, entre fevereiro de 2008 a agosto de 2009. Os participantes foram avaliados ao ingressarem na RCV e quando abandonavam ou completavam seis meses de tratamento. Considerou-se adesão participar do programa por um período de seis meses. Foram utilizadas entrevistas estruturadas, Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp, Inventário *Beck* de Depressão e Questionário de Avaliação de Qualidade de vida (SF-36). Para a análise dos dados foi utilizado o método de Regressão Logística. Verificou-se que 50% dos participantes abandonaram a RCV. O cálculo do *Odds Ratio* mostrou que pacientes que estavam trabalhando/em atividade apresentaram 7,2 vezes maior risco de abandono à reabilitação do que participantes que estavam afastados/recebendo auxílio doença (OR 7,2; IC95%; 1,4-38,3). Com o ajustamento entre as variáveis sócio-demográficas, observou-se que participantes que tinham de oito a 10 anos de estudo mostraram menor chance de abandono em relação aos que tinham até sete anos de estudo (ORaj 0,04; IC95%; 0,01-0,56) e pacientes que residiam entre 50km e 100km do local de tratamento apresentaram menor chance de abandono em relação aos que residiam no local de tratamento ou até 50km do mesmo (ORaj 0,2; IC95%; 0,0-0,09). Não foram verificadas associações entre as variáveis clínicas e abandono à RCV. Ter expectativas negativas ou incertezas quanto aos benefícios do exercício físico mostrou associação com abandono, ao ingressar na RCV (OR 3,5; IC95%; 1,3-9,7). O conhecimento insuficiente sobre o motivo do tratamento (OR 4,4; IC95%; 1,4-13,5) e a atribuição de causalidade da doença a fatores não modificáveis (OR 3,8; IC95%; 1,2-11,8) foram associados com abandono, ao longo do tempo. Pacientes que não percebiam o suporte social recebido em relação à prática do exercício físico apresentaram 3,3 vezes maior risco de abandono em relação aos que percebiam esse suporte, ao ingressar na RCV (OR 3,3; IC95%, 1,2-9,5) e os participantes que não aumentaram contatos sociais durante a RCV apresentaram maior risco de abandono em relação aos que aumentaram (OR 5,2; IC95%. 1,8-15,0). Pacientes que apresentavam sintomas cognitivos/afetivos de depressão mostraram 3,9 vezes maior risco de abandono em relação aos que não apresentavam esses sintomas (OR 3,9; IC95%; 1,4-10,9). Não foi identificada associação entre sintomas de estresse e abandono à RCV. Verificou-se que participantes que aderiram apresentaram melhores

escores nos domínios Aspectos Físicos e Saúde Mental quando comparados com os que abandonaram a reabilitação. Pacientes que apresentavam história de sedentarismo demonstraram 3,6 vezes maior risco de abandono que pacientes que já praticavam exercícios ao ingressar na RCV (OR 3,6; IC95%; 1,1-11,4). Os resultados obtidos neste estudo podem ser utilizados para aumentar a adesão em programas de RCV.

Descritores: Doenças Cardiovasculares; Reabilitação Cardiovascular; Adesão; Avaliação Psicológica; Fatores psicossociais.

ABSTRACT

FREITAS, R. M. C. **Psychosocial factors affecting adherence to a Cardiovascular Rehabilitation program.** 2011. 179f. Dissertação – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Cardiovascular Diseases (CVD) are major causes of death, morbidity and disability, whose etiology is multifactorial and complex. They are related to risk factors such as lifestyle and behavior patterns. Among the treatments is the Cardiovascular Rehabilitation (CR), characterized by programs of supervised physical training in order to reduce CVD mortality and ensure better physical, mental and social conditions. The success of the CR depends on the patient's adherence, which constitutes a challenge for multidisciplinary health teams. This study aimed to describe sociodemographic and psychological characteristics of patients in a CR program and evaluate social, clinical and psychological factors that might influence adherence to rehabilitation. The study included 72 patients between February 2008 and August 2009. Participants were evaluated at entry to the CR and when abandoned or completed six months of treatment. It was considered adherence patient's participation in the program for a six months period. Structured interviews, Lipp's *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos*, Beck Depression Inventory and Medical Outcomes Study 36-Item, Short Form Survey (SF-36) were used. For the data analysis it was used the logistic regression method. It was found that 50% of participants dropped out of CR. Odds Ratio calculation showed that patients who were working/active had 7.2 greater risk of dropping out of rehabilitation than participants who were in health license/receiving financial health support (OR 7.2, CI 95%, 1.4 – 38.3). Analyses were adjusted for sociodemographic variables. It was found that participants who had eight to 10 years of study were less likely to drop out than those who had up to seven years of education (OR 0.04, CI 95%, 0.01 – 0.56) and patients who lived between 50km and 100km from the place of treatment were less likely to drop out than those who lived in the place of treatment or up to 50km away from it (OR 0.2, CI 95%, 0.0 – 0.09). It was not found relation between clinical variables and dropping out the CR. Negative expectations and uncertainties about the benefits of physical exercise when starting CR were associated with dropping out (OR 3.5, CI 95%, 1.3 – 9.7). Insufficient knowledge about the reason for treatment (OR 4.4, CI 95%, 1.4 – 13.5) and causal attribution of disease to non-modifiable factors (OR 3.8, CI 95%, 1.2 – 11.8) were associated with abandonment, over time. Patients who did not perceive the social support received regarding physical exercise had 3.3 times greater risk of dropping out than those who perceived this support by joining the CR (OR 3.3, CI 95%, 1.2 – 9.5) and participants who did not increase social contacts during the CR had a higher risk of dropping out than those who increased their social contacts (OR 5.2, CI 95%, 1.8 – 15.0). Patients with cognitive/affective depression symptoms showed 3.9 times greater risk of dropping out compared to those without these symptoms (OR 3.9, CI 95%, 1.4 – 10.9). No association was found between stress symptoms and CR abandonment. It was found that participants who joined the program had better scores for Role Physical and Mental Health compared to those leaving rehabilitation. Patients who had

a history of physical inactivity when starting CR showed 3.6 times greater risk of dropout than patients who already practiced exercises (OR 3.6, CI 95%,1.1 – 11.4). The results of this study may be used to increase adherence to CR programs.

Keywords: Cardiovascular Diseases; Cardiovascular Rehabilitation; Adherence; Psychological Assessment; Psychosocial Factors

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Porcentagens dos participantes, ingressantes no Programa de Reabilitação Cardiovascular, quanto às expectativas atribuídas em relação aos exercícios de condicionamento físico (n=72).....	68
Gráfico 2 - Frequências das categorias de causalidade entre os participantes, ingressantes no programa de Reabilitação Cardiovascular, que referiram que poderiam ter feito algo para evitar e que não poderiam ter feito algo para evitar a doença ou a sua condição de saúde (n=72).....	74
Gráfico 3 - Médias dos escores dos domínios do instrumento SF-36: Capacidade Funcional, Aspecto Físico, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspecto Emocional e Saúde Mental, apresentadas pelos participantes do estudo na primeira avaliação (n=72).....	79
Gráfico 4 - Médias dos domínios de saúde do instrumento SF-36, representativas da percepção sobre o estado de saúde atribuída pelos participantes do grupo adesão (n=36) e grupo abandono (n=36), na avaliação inicial.....	105
Gráfico 5 - Médias dos domínios de saúde do instrumento SF-36, representativas da percepção sobre o estado de saúde atribuída pelos participantes do grupo adesão (n=34) e grupo abandono (n=31), na avaliação final.....	106

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequências e porcentagens das características sócio-demográficas da amostra representativa dos pacientes ingressantes no programa de Reabilitação Cardiovascular (n=72).....	66
Tabela 2 - Frequências dos temas das verbalizações dos participantes ingressantes no programa de Reabilitação Cardiovascular, quando lhes era perguntado: <i>Por que o sr (a) acha que o exercício lhe fará bem?</i>	69
Tabela 3 - Frequências e porcentagens dos participantes ingressantes no programa de Reabilitação Cardiovascular, quanto ao conhecimento sobre o tratamento ou controle dos fatores de risco para DCV (n=72).....	70
Tabela 4 - Frequências e porcentagens dos participantes, ingressantes no programa de Reabilitação Cardiovascular, distribuídos nas categorias de causalidade da doença (n=72).....	71
Tabela 5 - Frequências dos conteúdos das verbalizações dos participantes que atribuíram a causalidade da doença do coração ao próprio comportamento e fatores emocionais, ao ingressarem no programa de Reabilitação Cardiovascular.	71
Tabela 6 - Frequências das categorias das verbalizações apresentadas pelos participantes em Reabilitação Cardiovascular, quando lhes era perguntado: <i>O que o senhor (a) acha que poderia ter feito para evitar a doença ou a condição atual de saúde?</i>	73
Tabela 7 - Frequências e porcentagens dos participantes, ingressantes no programa de Reabilitação Cardiovascular, quanto à percepção de apoio em relação a outros tratamentos, ao incentivo social em relação ao exercício físico e a rede de contato social (n=72).....	76
Tabela 8 - Frequências e porcentagens dos participantes, ingressantes no programa de Reabilitação Cardiovascular, segundo a presença de sintomas indicativos de depressão, nos modelos de avaliação BDI e BDI - 13 (n=72).....	77
Tabela 9 - Frequências e porcentagens dos participantes, ingressantes no programa de Reabilitação Cardiovascular, segundo a presença de sintomas indicativos de estresse, quanto às fases de estresse e à predominância dos sintomas, de acordo com o Inventário ISSL (n=72).....	78
Tabela 10 - Frequências e porcentagens dos participantes, ingressantes no programa de Reabilitação Cardiovascular, quanto aos escores apresentados nos domínios de saúde do questionário SF-36 (n=72).....	80
Tabela 11 - Frequência e porcentagem dos participantes quanto à adesão e abandono ao programa de Reabilitação Cardiovascular (n=72).....	81

Tabela 12 - Frequências dos conteúdos das verbalizações dos participantes do grupo abandono, quando lhes era perguntado: <i>Por que o sr (a) deixou o programa de reabilitação/ o exercício físico?</i>	82
Tabela 13 - Frequências e porcentagens das variáveis sócio-demográficas em relação à adesão e abandono. <i>Odds Ratio</i> brutos e ajustados entre as variáveis sócio-demográficas para o abandono, com IC de 95%.....	84
Tabela 14 - Frequências e porcentagens das condições clínicas em relação à adesão e abandono. <i>Odds Ratio</i> brutos e <i>Odds Ratio</i> ajustados entre as variáveis clínicas em relação ao abandono, com IC de 95%.....	87
Tabela 15 - Frequências e porcentagens das categorias do conhecimento sobre o tratamento em relação à adesão e abandono. <i>Odds Ratio</i> brutos da variável conhecimento sobre o tratamento para o abandono, com IC de 95%.....	89
Tabela 16 - Frequências e porcentagens das expectativas e avaliações dos participantes quanto ao exercício físico, em relação à adesão e abandono. <i>Odds Ratio</i> brutos das expectativas e avaliações para o abandono, com IC de 95%.....	90
Tabela 17 - Frequências e porcentagens das categorias do conhecimento sobre o diagnóstico, na avaliação inicial e avaliação final, e dos fatores de risco para DCV, na avaliação inicial, em relação à adesão e abandono. <i>Odds Ratio</i> brutos do conhecimento sobre o diagnóstico e fatores de risco em relação ao abandono, com IC de 95%.....	91
Tabela 18 - Frequências e porcentagens da atribuição de causalidade da doença e das respostas positivas e negativas dos participantes, quando questionado se poderiam evitar a condição de saúde apresentada, em relação à adesão e abandono. <i>Odds ratio</i> brutos das variáveis em relação ao abandono, com IC de 95%.....	93
Tabela 19 - Frequências e porcentagens das respostas referentes ao impacto da doença do coração na vida dos participantes, em relação à adesão e abandono. <i>Odds Ratio</i> brutos do impacto da doença do coração para o abandono, com IC de 95%.....	94
Tabela 20: <i>Odds Ratio</i> brutos e <i>Odds Ratio</i> ajustados entre as variáveis de percepção de risco em relação ao abandono, na avaliação inicial e avaliação final.	95
Tabela 21 - Frequência e porcentagens dos participantes quanto ao conhecimento sobre os profissionais que cuidam de sua saúde e ao conhecimento da diversidade modalidades tratadas, em relação à adesão e abandono. <i>Odds Ratio</i> brutos das variáveis para o abandono, com IC de 95%.....	97
Tabela 22 - Frequências e porcentagens dos participantes quanto ao suporte social, em relação à adesão e abandono. <i>Odds ratio</i> brutos e <i>Odds Ratio</i> ajustados entre as variáveis de suporte social para o abandono, com IC de 95%....	98

Tabela 23 - Frequências e porcentagens dos participantes quanto à presença de sintomas indicativos de depressão, segundo o inventário BDI, em relação à adesão e abandono. <i>Odds Ratio</i> brutos e ajustados entre as variáveis indicativas de depressão para o abandono, com IC de 95%.....	100
Tabela 24 - Frequências e porcentagens dos participantes quanto à presença de sintomas indicativos de estresse, segundo o inventário ISSL, em relação à adesão e abandono. <i>Odds Ratio</i> das variáveis de estresse para o abandono, com IC de 95%.....	102
Tabela 25 - Descrição das variáveis dos domínios de saúde do instrumento SF-36, por grupo, na avaliação inicial.....	103
Tabela 26 - Descrição das variáveis dos domínios de saúde do instrumento SF-36, por grupo, na avaliação final.....	104
Tabela 27 - Diferenças entre o grupo adesão e abandono, na avaliação inicial e na avaliação final, quanto à distribuição dos dados referentes aos domínios de saúde do instrumento SF-36.....	104
Tabela 28 - Frequências e porcentagens dos participantes quanto à prática de exercícios físicos anterior ao ingresso no programa de RCV, em relação à adesão e abandono. <i>Odds Ratio</i> brutos da prática de exercícios para o abandono, com IC de 95%.....	107
Tabela 29 - Frequências das categorias das verbalizações dos participantes do grupo adesão e abandono, quanto aos motivos de não fazer exercício físico em casa.....	107

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 Doenças Cardiovasculares e Epidemiologia.....	18
1.2 Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares.....	19
1.3 Tratamento não Farmacológico de DCV: Programa de Reabilitação Cardiovascular.....	23
1.3.1 Exercício Físico e DCV.....	24
1.4 Adesão ao Tratamento.....	27
1.5 Fatores Preditores de Adesão ao Programa de RCV.....	28
1.5.1 Variáveis do Paciente.....	29
1.5.2 Variáveis do Regime de Tratamento.....	41
1.5.3 Variáveis da Relação Médico-Paciente.....	42
2 OBJETIVOS.....	45
2.1 Objetivo Geral.....	45
2.2 Objetivos Específicos.....	45
3 MÉTODO.....	46
3.1 Delineamento do Estudo.....	46
3.2 Participantes.....	46
3.2.1 Critérios de Inclusão	47
3.2.2 Critérios de Exclusão	48
3.3 Materiais e Instrumentos.....	48
3.4 Local de Coleta de Dados.....	51
3.5 Aspectos Éticos.....	52
3.6 Procedimento de Coleta de Dados.....	53
3.6.1 Critérios de Adesão e Abandono.....	56
3.7 Procedimento de Análise de Dados.....	57
3.7.1 Análise Descritivas dos Dados.....	57
3.7.1.1 Operacionalização das Categorias das Questões Abertas do Roteiro I.....	59
3.7.1.2 Operacionalização das Categorias das Questões Abertas do Roteiro II.....	62
3.7.2 Análise dos Instrumentos.....	63
3.7.3 Análise estatística dos Dados.....	64

4 RESULTADOS.....	65
4.1 Caracterização Sócio-demográfica, Clínica e Psicológica da Amostra.....	65
4.1.1 Características Sócio-demográficas.....	66
4.1.2 Condições Clínicas.....	67
4.1.3 Percepção de Risco.....	68
4.1.3.1 Conhecimento sobre o Tratamento na RCV e Expectativas quanto ao Exercício.....	68
4.1.3.2 Conhecimento sobre o Diagnóstico e Fatores de Risco.....	70
4.1.3.3 Atribuição de Causalidade e o Impacto da Doença.....	70
4.1.4 Percepção de Complexidade do Tratamento.....	75
4.1.5 Percepção de Suporte Social.....	76
4.1.6 Sintomas Depressivos e Sintomas de Estresse.....	77
4.1.7 Percepção do Estado de Saúde.....	79
4.1.8 A Prática de Exercício Físico.....	80
4.1.9 Adesão ao Programa de RCV.....	81
4.2. Variáveis Sócio-demográficas, Clínicas e Psicológicas em Relação à Adesão e ao Abandono ao Programa de RCV.....	83
4.2.1 Características Sócio-demográficas em Relação à Adesão e ao Abandono.....	83
4.2.2 Condições Clínicas em Relação à Adesão e ao Abandono.....	86
4.2.3 Percepção de Risco em Relação à Adesão e ao Abandono.....	88
4.2.3.1 Conhecimento sobre o Tratamento e Expectativas quanto ao Exercício em Relação à Adesão e ao Abandono.....	88
4.2.3.2 Conhecimento sobre o Diagnóstico e Fatores de Risco em Relação à Adesão e ao Abandono.....	91
4.2.3.3 Atribuição de Causalidade e Impacto da Doença em Relação à Adesão e ao Abandono.....	92
4.2.4 Percepção de Complexidade do Tratamento em Relação à Adesão e ao Abandono.....	96
4.2.5 Percepção de Suporte Social em Relação à Adesão e ao Abandono.....	97
4.2.6 Sintomas Depressivos e de Estresse em Relação à Adesão e ao Abandono	100
4.2.7 Percepção do Estado de Saúde em Relação à Adesão e ao Abandono.....	102
4.2.8 Prática de Exercício Físico em Relação à Adesão e ao Abandono.....	106

5 DISCUSSÃO.....	108
5.1 Adesão e Abandono ao Programa de RCV.....	108
5.2 Características Sócio-demográficas.....	111
5.3 Condições Clínicas.....	113
5.4 Percepção de Risco.....	116
5.4.1 Conhecimento sobre o Tratamento e Expectativas quanto ao Exercício.....	116
5.4.2 Conhecimento sobre Diagnóstico e Fatores de Risco para DCV.....	120
5.4.3 Atribuição de Causalidade e o Impacto da Doença.....	121
5.5 Percepção de Complexidade do Tratamento.....	124
5.6 Percepção de Suporte Social.....	127
5.7 Sintomas Depressivos e Sintomas de Estresse.....	130
5.8 Percepção do Estado de Saúde.....	135
5.9 A Prática de Exercício Físico.....	138
6 CONCLUSÃO.....	142
REFERÊNCIAS.....	145
APÊNDICES.....	162
ANEXOS.....	174

1 INTRODUÇÃO

1.1 Doenças Cardiovasculares e Epidemiologia

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são doenças crônicas, que também podem ser chamadas de doenças do coração, cardiopatias e doenças do sistema de vasos. O mau funcionamento cardiovascular pode se manifestar através do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e das Doenças Coronarianas, como as Isquemias, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e a Insuficiência Cardíaca (IC). Quando as paredes internas das artérias que suprem o coração são restringidas por placas formadas por colesterol e lipoproteínas como o LDL (aterosclerose), diminui-se o fluxo sanguíneo para o coração. Esta condição é chamada de Isquemia e, por sua vez, o indivíduo experimenta a dor no peito, conhecida por *Angina pectoris*. Quando uma placa se rompe dentro do vaso sanguíneo, pode haver uma obstrução completa de uma artéria coronária, o que provoca o Infarto do Miocárdio, que determina uma deficiência crônica no suprimento de sangue, e assim, ocasiona uma lesão permanente no coração. Quando placas ou coágulos obstruem uma artéria que serve a uma área cerebral, ocorre, por sua vez, o bloqueio do fluxo sanguíneo para a região cerebral, o que é chamado de AVC isquêmico (STRAUB, 2005).

Estudos internacionais indicam que as DCV permanecerão como as principais causas de mortalidade e incapacidade até o ano de 2020. Estima-se que 29,7% do total de óbitos global estão associados às diferentes DCV (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). As doenças coronarianas, por exemplo, estão entre as primeiras causas de mortalidade na Europa, responsáveis por 21% das mortes entre os homens e 22% entre as mulheres, no ano de 2005 (ALLENDER et al., 2008). Nos Estados Unidos, as doenças coronarianas também estão associadas com maiores índices de mortalidade, principalmente entre pessoas com menos de 75 anos (ANON, 2007).

Já nos países em desenvolvimento, o aumento das taxas de mortalidade relacionadas à DCV pode ser atribuído a transformações sócio econômicas, mudanças políticas, mudanças nos padrões de saúde e doenças (redução da mortalidade por

doenças infecto parasitárias) e a mudanças no estilo de vida das pessoas (BARROS et al., 2006; LOTUFO, 2005). No Brasil, desde o final dos anos 40, as DCV são as principais causas de óbitos na população, e responsáveis pelo segundo maior contingente de internações hospitalares (LOTUFO, 1996, 1998; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2003). Estima-se que em 2004, no país, 324.000 homens e 252.000 mulheres morreram em consequências de DCV (WHO, 2007).

Atualmente, estudos nacionais e internacionais demonstram que as internações e a taxa de mortalidade por DCV vem apresentando significativo decréscimo, principalmente, em função das terapias oferecidas, mas que os custos associados ao tratamento aumentam, em razão da complexidade dos procedimentos aplicados (ANON, 2007; DANCHIN et al., 2010; FISHMAN et al., 2010; SCHMIDT, NOBRE E MION, 2000).

1.2 Fatores de Risco para DCV

A partir do estudo prospectivo e epidemiológico conhecido por *Framingham Heart Study*, verificou-se que as cardiopatias têm etiologia multifatorial. Tal estudo foi publicado em 1961, por Kranner e colaboradores, e buscou identificar fatores relacionados ao desenvolvimento de doenças coronarianas, a partir do seguimento da rotina de vida de aproximadamente 5.000 homens e mulheres, que ainda não tinham tido DCV, habitantes da cidade de *Framingham, Massachusetts*. Com os resultados, os pesquisadores identificaram variáveis que se destacavam como associadas a maiores incidências de DCV, delineando o que vem sendo chamado de “fatores de risco”. Identificaram duas categorias básicas de fatores de risco: incontroláveis, como história familiar precoce, com suas características herdadas geneticamente, a idade avançada e o gênero masculino, e os controláveis, como a obesidade, a hipertensão, LDL colesterol elevado, HDL colesterol reduzido e o tabagismo. Estes últimos são assim denominados por compreenderem variáveis que podem ser modificadas ou controladas por profissionais da saúde e pelo paciente, através de mudanças de comportamento e do

estilo de vida (FRAMINGHAM HEART STUDY, 2010; JENKINS, 1988; SCHMIDT, NOBRE, MION, 2000; STRAUB, 2005).

Atualmente, sabe-se que entre os fatores modificáveis estão: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)¹, Dislipidemias (DLP)², *Diabetes mellitus* (DM)³, tabagismo, obesidade⁴, consumo abusivo de álcool, sedentarismo e os fatores psicossociais. Estes últimos também são conhecidos por fatores de risco não tradicionais, uma vez que transcendem ao modelo biomédico tradicional de explicações sobre a etiologia das doenças crônicas (baseada, exclusivamente, em causas orgânicas e biológicas), abrangendo um modelo biopsicossocial, que atenta para variáveis sociais, culturais e psicológicas ao determinar a vulnerabilidade do indivíduo ao desenvolvimento de uma DCV (GUIMARÃES, 1999; ROZANSKI, BLUMENTHAL, KAPLAN, 1999; ROZANSKI et al., 2005). Deste modo, a literatura descreve que dentre os fatores psicossociais de risco também podem estar: depressão, ansiedade, estresse crônico e agudo, padrões de comportamento como a hostilidade e raiva e suporte social que o indivíduo possui no decorrer de sua vida (JENKINS, 1988; KOP, 1999; LETT et al., 2004; PICKERING et al., 2003; ROZANSKI et al., 2005, VALE, MARTINEZ, 2000).

Os fatores de risco não devem ser compreendidos como uma causa isolada, mas como variáveis que se inter-relacionam e que têm um efeito multiplicativo, de forma que a simples associação de fatores para estimar o risco cardiovascular global também não é adequada (SCHMIDT, NOBRE, MION, 2000). Em relação aos fatores psicológicos, como a depressão e o estresse, alguns estudos sugerem que eles desencadeariam alterações fisiológicas hormonais e hemodinâmicas que podem acarretar em elevação de pressão arterial (PA) e frequência cardíaca (FC) (ROZANSKI, BLUMENTHAL, KAPLAN, 1999; ROZANSKI et al., 2005). Além disso, estes estados psicológicos também desencadeariam outros comportamentos de risco, como fumar,

¹ Doença hipertensiva caracterizada pela elevação da pressão arterial sistólica > 130 mmHg (SCHMIDT, NOBRE, MION, 2000).

² Dislipidemias são alterações nos índices de colesterol: elevados índices de colesterol total (>200mg/dl) e elevados índices de LDL-colesterol (> 120mg/dl) e baixos índices de HDL-colesterol (SCHMIDT, NOBRE, MION, 2000).

³ Síndrome de evolução crônica, caracterizada pela deficiência absoluta ou relativa de insulina que influencia negativamente no metabolismo de glicídios, proteínas, lipídios, água, vitaminas e minerais (OLIVEIRA, 2000). A Síndrome pode ser classificada como *Diabetes mellitus* tipo 1 e *Diabetes mellitus* tipo 2, de acordo com características metabólicas e formas de tratamento.

⁴ Obesidade é o excesso de adipose no organismo. Pode ser diagnosticada através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) (ZANELLA, 2000). Índice de Massa Corporal é calculado dividindo-se o peso em quilogramas pela medida de altura, em metros, elevada ao quadrado. (ZANELLA, 2000). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) os valores de IMC preocupantes correspondem a sobrepeso (25,0-29,9 kg/m²), obesidade classe I (30,0-34,9 kg/m²), obesidade classe II (35,0-39,9 kg/m²) e obesidade classe III (≥40,0 kg/m²).

o consumo de álcool e comer em excesso, que por sua vez, poderiam estar associados, por exemplo, ao surgimento de síndromes metabólicas, de aterosclerose e hipertensão arterial (KRANTZ, McCENEY, 2002; SCALCO et al., 2005). Desse modo, a interação entre os diferentes fatores de risco estaria associada tanto ao surgimento das DCV, quanto ao agravamento dessas doenças crônicas.

Observa-se uma preocupação crescente em tentar demonstrar a relação entre os fatores psicossociais de risco e as DCV, principalmente no caso das doenças coronarianas. O trabalho de revisão de Rozanski et al. (2005) descreve artigos que demonstram como fatores emocionais estariam associados às cardiopatias. Estes autores descrevem como mecanismos fisiológicos da depressão produziriam alterações hormonais, hemodinâmicas e imunológicas, que desencadeariam, por exemplo, um processo de aterosclerose (subclínica) ao longo do tempo ou como a fisiologia da depressão poderia ocasionar aumento da FC em repouso. O estudo de Scalco et al. (2005), relata diferentes artigos que descrevem como a depressão poderia estar associada com aumento dos níveis de PA (sistólica e diastólica), sugerindo que depressão pode ser um fator de risco para HAS, além de piorar o curso da doença hipertensiva.

Recentemente, Steptoe e Brydon (2009) descrevem como fatores emocionais agudos (estressores agudos, raiva e depressão severa) poderiam servir como “gatilho” para eventos cardíacos. Descrevem como respostas hemodinâmicas, disfunção parassimpática, ativação neuroendócrinas e respostas inflamatórias contribuem para ativação plaquetária (o que poderia favorecer a formação de placas), disritmia cardíaca e a formação de trombos, que podem estar associados à DCV. Concluem nesse estudo que os fatores psicológicos não somente contribuiriam para evolução da aterosclerose coronária, mas também, ao longo do tempo, se tornariam fatores de risco para as doenças coronarianas e “gatilhos” de eventos cardíacos agudos, em pacientes com aterosclerose avançada.

Willians, Clouse e Lustman (2006), descrevem como a depressão seria um fator de risco para o desenvolvimento do *Diabetes*, e como poderia estar relacionada com a piora do prognóstico da doença e com o aumento dos índices de morbidade e mortalidade. A depressão levaria à disfunção de glicocorticóides, aumento da atividade simpática e alterações nos processos inflamatórios que podem contribuir diretamente

para hiperglicemia e resistência à insulina. A relação entre a resistência à insulina e depressão em mulheres americanas também foi avaliada no estudo de Everson-Rose et al. (2004). Os pesquisadores (2004) encontraram que mulheres com sintomas depressivos apresentaram maiores níveis de resistência à insulina ($p=0,038$) que mulheres que não apresentaram os sintomas, mas não encontraram associações entre a piora dos sintomas depressivos e o aumento da resistência à insulina. Os autores enfatizam a necessidade de pesquisas futuras para melhor delinear esses resultados.

Já o estudo de Everson-Rose et al. (2009) procurou avaliar o quanto sintomas depressivos estariam relacionados com o aumento da gordura visceral em mulheres de meia idade. Encontraram em seus resultados que mulheres que apresentavam sintomas indicativos de depressão, segundo escala de avaliação psicológica, tinham 24,5% mais de tecido adiposo visceral do que as mulheres sem sintomas depressivos. Os autores concluíram que o aumento da gordura visceral poderia ser um importante parâmetro para se entender como a depressão pode ser um fator de risco para diabetes e DCV, e enfatizam a necessidade de pesquisas futuras.

Rozanski et al. (2005) elencam motivos pelos os quais os médicos cardiologistas deveriam se preocupar com fatores psicossociais, no caso das cardiopatias: primeiro porque são fatores altamente comuns entre pacientes cardiopatas, sendo a incidência do Transtorno Depressivo Maior em pacientes com doenças cardíaca de 15%, enquanto a incidência do mesmo transtorno em pacientes com outras doenças orgânicas seria de 5%; segundo porque as manifestações somáticas de alguns fatores psicológicos como depressão e ansiedade são comumente associadas com sintomas como dor no peito e palpitações, o que podem mascarar sintomas cardíacos; terceiro porque os fatores psicossociais influenciariam na adesão ao tratamento médico, e por último, porque fatores psicológicos podem representar “gatilhos” para doenças cardíacas.

1.3 Tratamento não Farmacológico de DCV: Programa de Reabilitação Cardiovascular

A atividade física vem sendo prescrita como prática imprescindível, tanto para prevenção de doenças cardiovasculares como para sua reabilitação, quando estas já se encontram instaladas. Entretanto, embora haja relatos de atividade física associada a tratamentos médicos desde o século XIX, a Reabilitação Cardiovascular (RCV) ainda é considerada um procedimento jovem. Foi a partir da década de 60 que ocorreram, de maneira mais efetiva, mudanças substanciais nos hábitos de vida e treinamento físico de pacientes cardiopatas, que saíram do imobilismo e da aposentadoria precoce para a retomada das atividades físicas, sociais e laborais, recuperando o desempenho físico e a autoconfiança, proporcionados pelos programas de RCV (GODOY, 1997).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a RCV é uma somatória de atividades necessárias para garantir aos portadores de cardiopatias as melhores condições física, mental, e social, a fim de retomarem as atividades sociais interrompidas com as doenças cardíacas. Além de dar ênfase à prática do exercício físico, como uma modalidade terapêutica para as cardiopatias, os programas de RCV também têm uma proposta educativa visando redução dos riscos cardíacos. Logo, configuram-se num campo de atuação de diversos profissionais da saúde, como: nutricionistas, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, além da atuação dos médicos e dos fisioterapeutas (MORAES, 2005; WHO, 2007).

Os programas de RCV são divididos em fases, que se diferem em função do tempo e evolução do evento cardíaco. A fase I ocorre durante a internação hospitalar, no período agudo do evento cardíaco. A fase II ocorre no pós-alta hospitalar e constitui-se na avaliação física do paciente e início da adaptação deste ao exercício. Nesta fase, o exercício é supervisionado pelo fisioterapeuta e pelo médico. A fase III caracteriza-se por um período em que se objetiva alcançar e manter os efeitos fisiológicos do exercício, a partir do treinamento físico, que ainda é supervisionado por médicos e fisioterapeutas. Nessa terceira fase almejam-se as mudanças de hábitos e estilo de vida, através de programas educacionais que visam fornecer informações sobre os fatores de risco cardiovascular. Por último, a fase IV caracteriza-se pela

prática do exercício físico não mais supervisionado pelos profissionais da saúde (GODOY, 1997).

Apesar dos programas de RCV terem uma proposta educativa, que visa à promoção de mudanças nos hábitos de vida com redução dos fatores de risco, a maioria deles no Brasil ainda é centrada exclusivamente na atividade física, o que os denomina de Programas de Reabilitação Cardiovascular com Ênfase no Exercício (CASTRO et al., 1995).

1.3.1 Exercício Físico e DCV

A realização do exercício constitui-se num estresse fisiológico para o organismo, em função do aumento da demanda energética em relação ao repouso, o que provoca grande liberação de calor e intensa modificação do ambiente químico muscular e sistêmico. Conseqüentemente, a exposição regular ao exercício (treinamento físico) promove um conjunto de adaptações morfológicas e funcionais, que conferem maior capacidade ao organismo para responder ao estresse do exercício (MORAES, 2005).

As adaptações morfológicas e funcionais promovidas pelo exercício físico envolvem: 1. redução, tanto da frequência cardíaca (FC) em repouso⁵, como durante o exercício realizado em cargas submáximas de trabalho⁶; 2. redução da pressão arterial (PA) de repouso e durante exercício com carga submáxima; 3. nos pacientes portadores de cardiopatias, o treinamento aumenta em 10% a 30% o consumo máximo de oxigênio (VO_2 máx)⁷, sendo este aumento mais evidente nos primeiros três meses de treinamento; 4. modificação do volume ventricular (para a mesma intensidade de esforço submáximo, o indivíduo treinado apresenta o mesmo débito cardíaco⁸, porém à custa de FC mais baixa e volume sistólico maior) e 5. melhora

⁵ Número de batimentos cardíacos por minuto, em uma situação de repouso (GODOY, 1997).

⁶ Termo utilizado para referir à intensidade do esforço no exercício. Atinge uma FC de 85% da FC máxima do indivíduo (WILMORE, COSTILL, 2001).

⁷ É a taxa máxima de O_2 por unidade de tempo, que um organismo consegue captar respirando ar atmosférico durante o exercício (BARROS NETO, CÉSAR, TAMBEIRO, 1999).

⁸ Volume de sangue bombeado pelo coração por minuto (WILMORE, COSTILL, 2001).

metabólica, uma vez que com o exercício físico ocorre grande desenvolvimento da musculatura esquelética, o que resulta em maior eficiência na utilização de lipídeos, retardando a utilização do glicogênio muscular (FROELICHER, MYERS, 2000; PESCATELLO et al., 2004).

Segundo Forjaz e Tinucci (2002), após um período de condicionamento físico, um dos resultados mais observados é a redução da FC no repouso e no exercício submáximo, ou seja, o indivíduo realiza a mesma carga de exercício, com uma frequência cardíaca menor. Essa bradicardia⁹, induzida pelo treinamento físico, indicaria que a eficiência cardíaca está aumentada, uma vez que o coração geraria o mesmo fluxo cardíaco (débito cardíaco) batendo menos vezes, ou seja, gastando menos energia. Também é observada a melhor irrigação do miocárdio, com redução da aterosclerose coronariana (MONTEIRO, SOBRAL FILHO, 2004). Segundo Wilmore e Costill (2001), o coração se torna mais eficiente com o treinamento, de modo que, ao realizar suas funções, um coração condicionado realizaria um trabalho menor do que um coração não condicionado pelo exercício físico.

Segundo Godoy (1997), Myers (2003) e Ricardo e Araújo (2006), o treinamento físico seria indicado para indivíduos que apresentam fatores de risco para DCV (DLP, obesidade, tabagismo, sedentarismo, DM e HAS) portadores de Doença Arterial Coronariana (Isquemias, Angina estável, pós Infarto Agudo do Miocárdio, pós-Revascularização Miocárdica, pós-Angioplastia Coronária, Valvopatias, portadores de Cardiopatias Congênitas, Cardiopatia Hipertensiva, Cardiopatia Dilatada, pós-Transplante Cardíaco, portadores de Marcapasso), além de indivíduos saudáveis, como medida preventiva para DCV. Entretanto, não é qualquer prática de atividade física que traz benefícios. O exercício inadequado como, por exemplo, um exercício intenso feito esporadicamente, pode elevar o risco cardiovascular imediato. Por isso a importância da avaliação médica antes da inserção em um programa de exercícios, realizando uma avaliação da capacidade funcional do indivíduo, para uma correta prescrição do treinamento físico (WILMORE, COSTILL, 2001).

Com a prática da atividade física regular, na medida em que o indivíduo vai se tornando progressivamente ativo, seu risco cardiovascular se reduz (MYERS, 2003). As

⁹ Termo utilizado para designar uma redução na FC. Ocorre quando o coração bate menos que 60 vezes por minutos (WILMORE, COSTILL, 2001).

atividades aeróbias (dançar, correr, pedalar, por exemplo) trazem os maiores benefícios para o sistema cardiovascular e o controle dos fatores de risco (MYERS, 2003). Os efeitos mais expressivos são alcançados com três a cinco sessões por semana, sendo que em pacientes hipertensos e obesos os resultados positivos são alcançados com cinco a sete sessões semanais, com duração média de 30 minutos e com frequência de treino (intensidade) definida pelo médico a partir da avaliação do paciente, pelo teste do esforço¹⁰ (FORJAZ, TINUCCI, 2002). Entre os indivíduos saudáveis, estudos observacionais preconizam que a prática do exercício físico deva ocorrer em intensidade moderada à vigorosa, por pelo menos 30 minutos, em cinco ou mais dias da semana, como um fator protetor de DCV (HASKELL et al., 2007).

O objetivo maior dos programas de RCV, num primeiro momento, seria diminuir a taxa de mortalidade por DCV. Estudos mostram que esta poderia ser reduzida em até 35%, em pacientes portadores de Cardiopatias Isquêmicas e Insuficiência Cardíaca (BELARDINELLI et al., 1999; MYERS, 2003; RICARDO, ARAÚJO, 2006). Posteriormente, a meta dos programas seria permitir, por meio da atividade física supervisionada, melhora da capacidade funcional global, controle dos fatores de risco para doença cardiovascular e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida do paciente, viabilizando o retorno ao trabalho e as atividades sociais que, num primeiro momento, podem ter sido interrompidas pela doença do coração (BOSCO et al., 2004; GODOY, 1997; KULCU et al., 2007; MORAES et al. 2005; RICARDO, ARAÚJO, 2006).

Por mais que as evidências clínicas demonstrem os benefícios do exercício na RCV, o sucesso ou insucesso dessa atividade também depende da adesão do paciente ao programa, o que vem sendo um desafio para as equipes multidisciplinares que atuam junto aos mesmos. O desafio para as equipes está em lidar, por um lado, com a escassez de vagas nos programas, que supram a necessidade do número crescente de pacientes, e por outro, com a evasão dos participantes dos programas (FORJAZ, TINUCCI, 2002; GODOY, 1997).

¹⁰ Teste do esforço ou teste ergométrico permite a avaliação da capacidade funcional do indivíduo, durante o esforço físico, com um registro da atividade elétrica do coração, a partir do eletrocardiograma (ECG). Além dos achados do ECG durante o esforço, o teste permite ainda avaliar o comportamento da pressão arterial, os sintomas da doença e a aptidão física do paciente. O teste de esforço é utilizado para o diagnóstico, avaliação do tratamento ou prognóstico. Pode ser realizado com esteira rolante ou bicicleta (BARROS NETO, CÉSAR, TAMBEIRO, 1999).

1.4 Adesão ao Tratamento

As cardiopatias são doenças crônicas sobre as quais se aplicam diversas formas de tratamento que aumentam significativamente a sobrevida dos pacientes. Mas como outras doenças crônicas, as terapias exigem dos pacientes comportamentos de adesão a um longo período de tratamento. Os comportamentos de adesão vêm sendo estudados pela psicologia da saúde, principalmente em razão da pobre adesão apresentada por pacientes em diversos tratamentos médicos e psicológicos, e constitui-se, desde há muito, em um dos problemas de maior impacto enfrentado pelos profissionais da saúde (MIYAZAKI et al., 2002; STRAUB, 2005).

Ao falar de adesão ao tratamento, a literatura é ampla e pouco consensual. Existem diversos sinônimos utilizados para o termo, como: obediência, complacência e fidelidade. Assim como as diferentes terminologias, a definição do que é considerada adesão também é divergente na literatura: abrangendo fatores relacionados tanto aos comportamentos do paciente (variáveis do paciente), como as características do tratamento e do contexto de saúde (GUSMÃO, MION, 2006; OMS, 2004).

Segundo a OMS (2004), nas últimas décadas, o conceito de adesão ao tratamento das doenças crônicas vem sofrendo transformações e adotando diferentes enfoques. A princípio, os pacientes eram tidos como os únicos responsáveis pelo problema da dificuldade de adesão ao tratamento. Posteriormente, passou-se a investigar também a função das variáveis do tratamento na adesão, e, atualmente, reconhece-se que a adesão compreende uma relação entre tratamento e paciente. Para a OMS (2004), a adesão é um fenômeno multidimensional, determinado pela interação de cinco fatores: sistema e equipe de saúde, fatores sócioeconômicos, fatores relacionados ao paciente, fatores relacionados ao tratamento e fatores relacionados à doença.

A conceituação de adesão que vem sendo mais utilizada em pesquisas é designada pelo grau de coincidência entre os comportamentos da pessoa (por exemplo, ingerir medicação, seguimento de dieta e mudanças no estilo de vida) e as recomendações terapêuticas dos profissionais da saúde (GUSMÃO, MION, 2006; MONTEIRO, 2003; RAND, 1993).

Há diferentes métodos de avaliação de comportamentos de adesão e estes, por sua vez, são contraditórios e variam em relação a sua eficácia. Por exemplo, avaliar o comportamento de tomar medicação pode se basear tanto na contagem de comprimidos, no reabastecimento de comprimidos, na resposta clínica e em uma análise laboratorial, medidas consideradas diretas, como se basear no relato do paciente ou na opinião do médico, medidas indiretas de avaliação. Estas últimas são mais fáceis de conduzir e mais frequentemente utilizadas, entretanto, apresentam um caráter subjetivo que pode ser tendencioso ao se avaliar o comportamento do paciente, superestimando ou subestimando sua adesão (OIGMAN, 2006; STRAUB 2005).

1.5 Fatores Preditores de Adesão ao Programa de RCV

A literatura aponta que é difícil estimar a baixa adesão a um tratamento, pois as pessoas e os contextos em que elas se inserem são muito diferenciados. Straub (2005) exemplifica que um paciente que segue um regime de medicações pode não aderir, necessariamente, a um regime de dieta. Mas, pesquisadores sinalizam algumas categorias amplas de variáveis que estão possivelmente associadas, direta ou indiretamente, com a adesão a um tratamento. Estas podem ser divididas em variáveis do paciente, variáveis do regime de tratamento e variáveis da relação médico-paciente. Entre as variáveis do paciente são citadas: sexo, idade, escolaridade, fatores sócioeconômicos e culturais, condições físicas do paciente, o conhecimento sobre o tratamento, características psicológicas e a percepção de suporte social. Entre as variáveis do regime de tratamento, observa-se a complexidade do tratamento e acesso ao mesmo. Por fim, entre as variáveis da relação médico-paciente verifica-se a qualidade da comunicação e do relacionamento interpessoal entre a díade (CASEY et al., 2008; DI MATTEO et al., 1993; GONÇALVES et al., 2006; HAMER, STAMATAKIS, 2009, JACKSON et al., 2005; KRONISH et al., 2006; LAVIE, MILANI, 2006a; SHEN, WACHOWIAR, BROOKS, 2005; STRAUB 2005).

1.5.1 Variáveis do Paciente

Com relação às variáveis sócio-demográficas, estudos referem que na população geral, homens praticam mais atividades físicas vigorosas que mulheres, e que a frequência dessa prática vai diminuindo com a idade do indivíduo. Entretanto, em atividades moderadas as taxas de participação entre homens e mulheres se igualam (BUCKWORTH, 2000; STRAUB, 2005). Estudos também demonstram a prevalência dos homens nos programas de reabilitação e que estes também praticam mais atividades de intensidades moderadas e vigorosas que as mulheres. Quando avaliados em relação à participação nos programas, observa-se que os homens parecem aderir mais do que as mulheres (CASEY et al., 2008; GONÇALVES et al., 2006; HAMER, STAMATAKIS, 2009, JACKSON et al., 2005).

Lavie e Milani (2006a) sugerem que a população jovem representa um segmento crescente entre os pacientes com DCV e, portanto, entre os participantes dos programas de RCV. A idade foi considerada como uma variável preditora de adesão à reabilitação no estudo realizado por Casey et al. (2008). Estes pesquisadores observaram que os pacientes mais velhos (com 65 anos ou mais) eram 2,4 vezes mais prováveis de completar a fase II do programa de RCV do que pacientes mais jovens do estudo (com menos de 65 anos). Entre o grupo mais velho, somente 15% dos participantes deixaram o programa, enquanto que 35% dos participantes mais jovens o abandonaram.

Lavie e Milani (2006a), ao investigarem fatores de risco para DCV entre os pacientes mais jovens de um programa de RCV, com idades inferiores ou iguais a 55 anos, verificaram que estes apresentam prevalência de fatores de risco tais como: maiores índices de massa corporal (IMC), maior porcentagem de gorduras corporais, colesterol e triglicérides, prevalência de ansiedade, hostilidade e níveis mais altos de depressão, em relação aos pacientes mais velhos. Os mais jovens também demonstraram menor participação nos programas, com 66,7% de adesão em relação a 79,3% dos pacientes mais velhos. Em contrapartida, Hamer e Stamatakis (2009), que compararam a intensidade de atividades físicas realizadas (vigorosas, moderadas e de

baixa intensidade) e a frequência com que estas eram realizadas pelos pacientes, verificaram que o grupo de pacientes inativos era composto por pessoas mais velhas.

Ainda em relação às variáveis demográficas, indivíduos com maior nível de escolaridade demonstram praticar mais exercícios físicos do que os menos escolarizados e isto também ocorre com aqueles indivíduos que têm maior renda (DISHMAN, 1994; KING et al., 1992; JAKSON et al., 2004). Segundo Monteiro (2003), fatores socioculturais, como escolaridade e religião, podem dificultar a adesão a um tratamento, na medida em que se tornam barreiras culturais. Estas seriam evidenciadas em situações nas quais o tratamento proposto pelo médico choca-se com valores do indivíduo, gerando dificuldades em seguir as condutas e as rotinas de um tratamento.

Já o trabalho de Deskur-Smlelecka et al. (2009) não encontra relação entre variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil e condição empregatícia) com adesão ao regime de reabilitação cardíaca. Para Straub (2005), os achados sobre a relação entre variáveis sócio-demográficas e adesão a um tratamento ainda são conflitantes.

Sanderson et al. (2003) estudaram as razões dos pacientes para não completarem o programa de RCV. Verificaram que 63% dos pacientes que não completaram o programa de RCV apresentaram razões não médicas para o abandono, como problemas com locomoção e dificuldades familiares, e que 37% apresentaram justificativas relacionadas a razões médicas, como agravamento da doença e outras comorbidades. Os autores observaram que os pacientes que verbalizavam razões médicas para o abandono tinham 2,5 vezes maior risco de serem obesos, 2,1 maior chance de ser fumantes e 2,2 vezes maior chance serem empregados/ estarem trabalhando, quando comparados com os pacientes do grupo que apresentou razões médicas para o abandono.

As limitações relacionadas às condições físicas dos pacientes também parecem influenciar na prática do exercício físico. O fumo está associado a menores taxas de atividade física e os pacientes tabagistas apresentam maior desistência aos programas de RCV (DESKUR-SMELELECKA, 2009). Também tem sido observado que indivíduos saudáveis praticam mais exercícios e que desconfortos físicos, como dores, lesões e cansaço excessivo, reduzem a prática de exercício.

A obesidade parece estar associada à inatividade física, de modo que alguns autores observaram menor prevalência de exercício físico entre os indivíduos obesos (BUCKWORTH, 2000; DISHMAN, 1994; KING et al., 1992). Casey et al. (2008) verificaram que os pacientes que não completaram a RCV apresentaram maior peso e IMC mais elevados que pacientes que completaram a fase II do programa de reabilitação cardíaca. Já o estudo de Deskur-Smelelecka (2009) não verificou associação entre IMC com adesão a RCV.

Hamer e Stamatakis (2009), ao compararem três grupos de pacientes, os inativos, os que praticavam de uma a três vezes na semana e os que praticavam mais de três vezes na semana, verificaram que entre o grupo de inativos predominavam os pacientes fumantes ($p=0,001$), com hipertensão ($p=0,001$) e *Diabetes mellitus* ($p=0,001$). Os pacientes inativos também tinham maior probabilidade de terem sido admitidos no programa por terem histórico de um IAM.

Diversas são as variáveis psicológicas que podem estar associadas com adesão à reabilitação cardíaca. Estudos têm verificado que o conhecimento que o indivíduo possui sobre sua doença, crenças associadas às mesmas e a percepção de que ela não é severa e que não é causada ou controlada por seu comportamento são fatores motivacionais que têm sido associados com adesão aos programas de RCV (WITT, THOMAS, ROGER, 2005).

Em relação às crenças que os pacientes possuem sobre a doença, o estudo de Péres, Magna e Viana (2003), realizado no Brasil, revelou que 38% dos pacientes hipertensos não sabiam definir o que seria hipertensão e 41% dos pacientes a explicavam como sendo “pressão alta”, mas 47% destes não conseguiram explicar o que era “pressão alta”. Os pesquisadores concluíram que o número de pacientes que não consegue descrever a sua doença ainda é grande, apesar de terem recebido orientações dos profissionais da saúde, e que os pacientes apresentam crenças em relação à doença hipertensiva e um conhecimento parcial da mesma, associando-as ao “emocional”. Para os autores, os pacientes, frequentemente, atribuem as causas de doenças, como a hipertensiva, ao “emocional”, por acreditarem que fatores emocionais são incontroláveis ou de difícil controle.

O conhecimento sobre os fatores de risco para DCV parece também mostrar associação com adesão. Alwan et al. (2009) que procuraram avaliar a percepção dos

fatores de risco para DCV, entre 816 pacientes cardiopatas, identificaram que a maioria dos participantes relatava “ter conhecimento”, “ouvir falar” dos fatores de risco ou relatava sobre a existência de programas de prevenção à DCV. Os autores verificaram que 59% dos participantes conseguiram relatar sobre algum dos fatores de risco associados às cardiopatias e que a percepção do risco sobre ter um novo evento cardíaco foi mais baixa entre os cardiopatas que não aderiam ao tratamento, em comparação com os que se tratavam. Os pesquisadores concluíram que a capacidade de relatar o risco para DCV foi associada com o que chamaram de “consciência de saúde” e notaram que a percepção de risco mostrou-se associada com a crença de que o estilo de vida pode ter impacto sobre a saúde e sobre mudanças em relação à dieta e a prática de exercícios físicos.

Para Alwan et al. (2009), muitos pacientes ainda apresentam pouco entendimento sobre os fatores para DCV e, essa ausência de conhecimento pode estar relacionada com pobre adesão. Segundo Kreuter, strecher, (1995) e Steptoe et al. (1999), pacientes que reconhecem que têm um risco aumentado de apresentarem DCV ou complicações demonstram maior probabilidade de mudanças em seu estilo de vida e manterem comportamentos saudáveis.

Em relação ao conhecimento sobre os fatores de risco para DCV, Duarte (2002) investigou o conhecimento de 60 pacientes hospitalizados, que apresentaram o primeiro evento de IAM, sobre os fatores de risco e práticas de saúde. Os fatores de risco mais conhecidos foram: estresse (62%) e tabagismo (62%) e os menos conhecidos foram: colesterol (38%), alcoolismo (27%), HAS (22%) e *Diabetes* (10%). Foi identificado que 58,3% dos participantes eram sedentários e somente 13,3% da amostra tinham conhecimento de que o sedentarismo é um fator de risco para DCV.

A forma como os pacientes enfrentam sua doença pode ser determinada pelo que acreditam. O mecanismo de percepção da doença pode ser explicado por modelos teóricos, como o de Leventhal e colaboradores¹¹ (1997, apud Straub, 2005, p. 207) que propõe que a percepção seria organizada de acordo com quatro componentes: identificação da doença (sintomas que os pacientes associam como sendo da mesma); linha do tempo (se os pacientes acreditam que o quadro é agudo, crônico ou cíclico);

¹¹ Leventhal, H. et al. Illness representations: theoretical foundation. In: Petrie, K. J.; Weinman, J. A. (Eds.). **Perceptions of health and illness: current research and applications**. Singapore: Harwood Academic Publishers, 1997, p. 19-45.

as consequências percebidas da doença (acreditar na possibilidade de cura ou controle da mesma) e as crenças sobre as causas da doença (as pessoas têm necessidade de atribuir sintomas a uma causa).

Com relação à atribuição de causalidade dada à doença, no estudo de Duarte (2002), 41% dos pacientes hospitalizados atribuíram a causa de seu Infarto ao estresse, sendo este último relacionado principalmente a conflitos familiares, dívidas e perdas financeiras. Observou que 23% dos pacientes atribuíram à causalidade do IAM ao acúmulo de fatores de risco, 5% ao tabagismo, 5% à dieta inadequada e 3,3% ao sedentarismo. A autora refere que, muito frequentemente, os pacientes atribuíram emoções negativas à doença cardíaca, como raiva, frustração e nervoso, e que poucos pacientes se referiram ao estresse decorrente de suas características de personalidade. A pesquisadora sugere que a atribuição de causalidade do IAM aos aspectos emocionais ou a questões sociais, demonstra a supervalorização dos pacientes à questão emocional, em detrimento de outros fatores, como os fisiológicos. Essa atribuição também demonstra que é frequente na população a ligação entre emoções (principalmente negativas) e problemas do coração, dada a simbologia do órgão.

Segundo Witt, Thomas e Roger (2005), a percepção da gravidade da doença aumenta a participação do paciente nos programas de RCV, mas quando este percebe a gravidade como não sendo consequente ao seu comportamento ou a atribui a causas incontroláveis, como ao acaso ou à hereditariedade, observa-se diminuição da participação no programa de reabilitação. Sabe-se ainda que conhecer e acreditar nos benefícios do exercício pode estar relacionado com iniciar a atividade, mas parece não ter relação com mantê-la, e que ter prazer e satisfação com o exercício está associado com maior prática da atividade física e com sua manutenção por um maior período (BUCKWORTH, 2000; DISHMAN, 1994; KING et al., 1992).

O trabalho de meta-análise de French, Cooper e Weinman (2006) objetivou examinar estudos que conduziram pesquisas sobre a relação entre percepção da doença, apresentada por pacientes que tiveram IAM, e adesão à RCV. Os autores relatam que a definição do que foi considerado adesão, entre os estudos, mostrou-se contraditória. Também identificaram que a percepção da doença pode predizer uma subsequente participação na reabilitação cardíaca. Especificamente, as crenças

apresentadas pelos pacientes sobre controle ou cura do IAM apresentou associação com adesão à RCV, mas os achados mostraram-se pouco consistentes, para determinação mais precisa dos efeitos dessa variável na adesão. Os pesquisadores encontraram também que, pacientes que demonstram menor adesão à RCV pensam que sua condição de saúde não “faz sentido” e desconhecem a natureza do IAM e do processo crônico da doença coronariana.

O estudo de Cooper et al. (2007) objetivou a construção de um instrumento para avaliar quantitativamente as crenças de pacientes sobre a reabilitação cardíaca, após terem um IAM. Os autores verificaram que os pacientes que aderiram ao programa eram mais prováveis de acreditar que a reabilitação era necessária, e demonstraram melhor entendimento do papel da RCV ($p=0,03$), quando comparados com os pacientes que não aderiram ao programa. Também foi possível identificar que os pacientes que perceberam a reabilitação como necessária apresentaram maior probabilidade de acreditar no tratamento ($p=0,001$), no controle pessoal de condição de saúde ($p=0,02$) e apresentaram um entendimento mais claro da natureza da sua doença ($p=0,004$).

O estudo de Rivett et al. (2009) procurou avaliar a evasão nos programas de RCV, a partir da avaliação de prontidão para a Atividade Física (segundo o Modelo Transteórico de Mudança¹²). Participaram do estudo 101 pacientes, com história de DCV, e que abandonaram a fase III de um programa de RCV. A partir de uma entrevista realizada por telefone, avaliou-se a história de prática de atividade física dos pacientes e os motivos de evasão da reabilitação. Verificaram que 66% dos participantes mantiveram-se em fase avançada de atividade física (fase de ação e manutenção, segundo a escala de prontidão para a mudança), 20% dos pacientes tiveram recidivas e retornaram para a fase de pré-contemplação e contemplação e 14% na fase de preparação. Dentre os principais motivos do abandono relatados estavam: demandas de trabalho (14%), falta de prazer em fazer o exercício (11%), falta de tempo (10%),

¹² O Modelo Transteórico de Mudança (MMT) foi desenvolvido por James Prochaska em 1979, a partir do estudo de diversos modelos teóricos sobre processos de mudança. Pressupõe que a mudança é intencional e caracteriza-se por processos que tendem a acontecer em quatro estágios: pré contemplação (indivíduos não apresentam uma intenção de mudança), contemplação (os indivíduos têm consciência que há um problema, mas existe uma ambivalência sobre a perspectiva de mudança), ação (o indivíduo escolhe uma estratégia para a realização da mudança e toma uma atitude neste sentido) e manutenção (estabilização do comportamento foco, evitando recaídas) (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

dificuldades com o transporte (10%), demandas familiares (7%), falta de suporte feminino (7%), o custo despendido em participar (6%) e motivo de doença (3%).

Alguns estudos sugerem que a percepção de um pior estado de saúde, após ter um evento cardíaco, poderia influenciar em mudanças de estilo de vida e na adesão a reabilitação cardíaca (DUNLAY, 2009, KOMOROVSKY et al., 2007; SIMCHEN et al., 2001). O estudo de Komorovsky et al. (2007) se propôs a avaliar a relação entre percepção da qualidade de vida e adesão em pacientes que participaram de um programa de RCV. O programa se caracterizava por 10 sessões de exercícios, supervisionados por fisioterapeutas, e orientações sobre manejo de comportamentos de risco para DCV. A adesão foi avaliada por meio de um questionário, em que o paciente respondia se tinham entendido as recomendações dos profissionais da saúde e se estava fazendo o que havia sido proposto por eles. Os pesquisadores encontraram que, após seis meses do término do programa, 98% dos pacientes disseram que ainda seguiam as recomendações de saúde que obtiveram no programa e que o fator que influenciou na adesão foi apresentar elevados escores de qualidade de vida.

O estudo de Simchen et al. (2001) avaliou e comparou a percepção de qualidade de vida de pacientes com doenças coronarianas, que participaram e não participaram de um programa de reabilitação cardíaca em Israel, após realizarem cirurgia cardíaca. A percepção de qualidade de vida foi avaliada pelo instrumento *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Survey (SF-36¹³)*. Os pesquisadores observaram que os pacientes que aderiram à reabilitação apresentaram, qualitativamente, uma melhor percepção do estado geral de saúde, em todos os domínios do instrumento SF-36 e, que a diferença entre os grupos (participantes e não participantes) ocorreu, especificamente, em três domínios: Capacidade Funcional, Aspectos Sociais e o Estado Geral de Saúde. Os autores concluíram que a reabilitação cardíaca melhora a percepção de qualidade de vida dos pacientes.

O estudo nacional, realizado por Salvetti et al. (2008), avaliou a adesão de pacientes com DCV a um programa de RCV e os efeitos do mesmo na percepção de qualidade de vida dos pacientes que participaram do programa, comparados com os que não receberam esse regime de tratamento. O programa caracterizava-se por: (1) uma avaliação médica inicial (com realização de exames como eletrocardiograma,

¹³ O instrumento é descrito no método, uma vez que é utilizado no presente estudo.

perfil lipídico, nível de glicose, ecocardiograma, dentre outros), (2) duas sessões de exercícios supervisionados por fisioterapeutas e (3) acompanhamento, que incluía uma visita ao médico para realização de eletrocardiograma, uma vez ao mês, num período de três meses e testes de exercício cardiopulmonar no terceiro mês. A avaliação da percepção de qualidade de vida foi feita pelo instrumento SF-36. Os resultados mostraram que todos os 19 participantes do grupo experimental aderiram ao programa e que estes também apresentaram uma melhor percepção de qualidade de vida em todos os domínios do instrumento SF-36, após a intervenção, comparados ao grupo controle. Os pacientes do grupo controle apresentaram piora de escores nos domínios: Capacidade Funcional, Aspectos Sociais, Dor, Estado Geral de Saúde e Vitalidade.

A relação entre depressão e cardiopatia parece ser ampla: a depressão tanto é apontada como um fator de risco para o desenvolvimento das DCV, quanto pode estar associada à piora do prognóstico da doença cardíaca, uma vez que ela está associada com baixa motivação, intolerância, apatia e baixa autoestima, fatores que dificultam a manutenção de comportamentos saudáveis e mudanças no estilo de vida (LESPÉRANCE E FRASURE-SMIMTH, 2000; HOLZAPFEL et al., 2009; ROZANSKI et al. 2005). Diversos trabalhos referem que sintomas depressivos são altamente comuns entre pacientes com cardiopatias, como consequência das limitações que a doença cardíaca pode causar na vida da pessoa. E por último, a depressão ou presença de sintomas que lhes são indicativos mostra ser uma forte variável psicológica que pode prever pobre adesão a um tratamento (ALLAN, et al., 2007; AVEZUM, PIEGAS, PEREIRA, 2005; DESKUR-SMLELECKA et al., 2009; KOMOROVSKY et al., 2007; ROZANSKI, et al., 2005; SHEN, WACHOWIAR, BROOKS, 2005).

Bane, Hughes e McElnay (2006), ao analisarem a relação existente entre adesão à medicação prescrita e depressão, em uma amostra de 122 pacientes cardíacos, identificaram que os pacientes com sintomas depressivos mostraram pior adesão à terapêutica oferecida ($p < 0,05$). Observaram que 41,7% dos participantes do estudo apresentavam escores indicativos de sintomas depressivos, mas que somente 2,5% desses pacientes tinham o diagnóstico de depressão reportado em seu prontuário médico. Os autores discutem a discrepância entre o número de pacientes com sintomas depressivos identificados no estudo e número de pacientes com diagnósticos

de depressão descritos no prontuário médico, argumentando que a depressão seria pouco diagnosticada e tratada em pacientes com doenças cardíacas.

Segundo Lespérance e Frasure-Smith (2000), apesar dos estudos epidemiológicos mostrarem a importância do diagnóstico e tratamento da depressão, esta é ainda pouco diagnosticada e inapropriadamente tratada. Para os autores essa limitação pode ser decorrente da crença de que, por ser a depressão comum aos pacientes com doenças coronarianas, ela faria parte do enfrentamento da doença, em vista da debilidade física gerada pelo quadro cardíaco. Eles também argumentam que há um estigma social associado à depressão que pode influenciar pacientes, seus familiares e médicos a procurarem os cuidados de especialistas em saúde mental.

Casey et al. (2008) avaliaram se altos escores de sintomas depressivos influenciaram na adesão de 600 pacientes cardiopatas à fase II de um programa de RCV. Os pesquisadores encontraram que 21,2% dos pacientes não completaram a fase II do programa e que pacientes com escores elevados de sintomas indicativos de depressão, segundo o Inventário de Depressão de Beck¹⁴ (BDI), constituíram 25% da amostra. Os resultados revelaram que os participantes que não completaram a RCV tinham os mais elevados níveis de sintomas indicativos de depressão e, a metade destes pacientes deixou o programa de RCV na primeira ou segunda semana após ingressarem no mesmo.

O estudo de Kronish et al. (2006) se propôs avaliar a relação entre depressão e redução de comportamentos de risco para DCV, incluindo adesão à reabilitação cardíaca, em 560 pacientes com síndrome coronariana aguda (IAM ou angina estável), durante a hospitalização e no pós-alta hospitalar. Compararam diferenças na adesão em três grupos de pacientes coronarianos, em relação à presença de sintomas depressivos: (1) pacientes sem sintomas depressivos (ausência de sintomas de depressão durante a hospitalização e após três meses da alta hospitalar); (2) pacientes com sintomas depressivos remissivos (sintomas depressivos durante a hospitalização, mas ausência sintomas após três meses da alta) e (3) pacientes com depressão persistente (durante a hospitalização e após três meses da alta hospitalar). Os resultados revelaram que os pacientes com sintomas depressivos persistentes demonstraram menor probabilidade de aderir à reabilitação cardíaca, quando

¹⁴ O instrumento é descrito no método, uma vez que também é utilizado no presente estudo.

comparados com os pacientes que nunca apresentaram sintomas indicativos de depressão. Os autores não encontraram diferenças quanto à adesão entre o grupo de pacientes com remissão de sintomas depressivos e o de pacientes que nunca apresentaram sintomas indicativos de depressão.

O estresse pode ser definido como uma reação psicofisiológica complexa frente à necessidade do organismo de se adaptar a eventos, mudanças ou situações específicas, que ameaçam a sua homeostase (LIPP, 2003). Straub (2005) descreve o estresse emocional como sendo um processo pelo qual o indivíduo percebe e responde a eventos entendidos como ameaçadores (estressores). Segundo Krantz e McCeney (2002), a própria compreensão dos mecanismos fisiológicos do estresse permitiria entender a relação entre os fatores psicológicos e as doenças coronarianas, uma vez que o estresse produz alterações hemodinâmicas, endócrinas e imunológicas que poderiam afetar o desenvolvimento das condições clínicas das cardiopatias. As respostas hemodinâmicas e neuroendócrinas do estresse são caracterizadas pela liberação de catecolaminas e corticóides, aumento da FC, do débito cardíaco e PA, ou seja, a resposta fisiológica do estresse (agudo) estaria associada diretamente à reatividade cardiovascular (KRANTZ, MCCENEY, 2002; LIPP, FRARE, SANTOS, 2007).

O estudo de Low, Salomon e Matthews (2009) avaliou a relação entre estresse crônico, reatividade cardiovascular e a presença de alguns marcadores subclínicos de doenças cardiovasculares em 213 adolescentes, sem histórico de cardiopatias. Os participantes foram avaliados fisicamente em relação à PA, FC e quanto aos sintomas de estresse, quando iniciavam o estudo e após um período de três anos. Os resultados encontrados mostraram que o aumento do relato de estressores crônicos, pelos participantes, poderia estar associado com o aumento da magnitude da reatividade cardiovascular (PA e FC) ao longo do tempo.

Pouco foi encontrado sobre o papel de estresse, crônico ou agudo, na adesão ao tratamento em pacientes cardíacos. Deskur-Smlelecka et al. (2009) identificaram que pacientes cardiopatas que aderiram a um programa de RCV apresentaram menores escores de estresse, em comparação com os pacientes que abandonaram o programa. Identificaram também que houve uma acentuada redução dos níveis de estresse entre os participantes que aderiram à reabilitação cardíaca, em comparação com os participantes que não aderiram. Os pesquisadores concluíram que a relação

entre as variáveis psicológicas e a adesão aos programas de RCV precisaria ser melhor investigada.

Alguns estudos demonstram o quanto exercícios físicos poderiam reduzir níveis de estresse, sendo, portanto, uma importante estratégia de manejo de estresse (STRAUB, 2005). Além da prática de exercícios físicos, pesquisadores como Krantz e McCeney (2002) e Shen, Wachowiak e Brooks (2005) descrevem modelos sobre como o suporte social poderia auxiliar no enfrentamento de situações aversivas e contribuir para a redução do estresse em pacientes com problemas cardíacos. Segundo Shen, Wachowiak e Brooks (2005) o suporte social permitiria a ampliação da rede social (também chamada de contatos sociais), a manutenção de recursos psicológicos (emocionais) e de recursos materiais, todos esses recursos necessários para beneficiar a habilidade individual de enfrentamento ao estresse.

Segundo Cohen e Syme (1985¹⁵, apud Boutin-Foster, 2005, p. 22) e Shen, Wachowiak e Brooks (2005), suporte social é um construto que envolve um conjunto de práticas e comportamentos de contexto social. É considerado um constructo complexo, por compreender vários domínios de suporte, como o instrumental (também chamado de estrutural), o emocional e a rede de contato social (*network*). O suporte instrumental tem sido entendido como um tipo de suporte que provê assistência a uma meta ou tarefa (por exemplo, receber assistência em várias atividades de rotina, no transporte e apoio financeiro). O suporte emocional refere-se à quantidade de amor e carinho que uma pessoa pode receber em sua vida. E a rede de contato social (*network*) representaria o número, frequência e intensidade de contatos com pessoas, que um indivíduo possa ter.

A presença de suporte social entre pacientes com DCV tem sido associada à evolução de doenças crônicas, como as cardiopatias, e a dificuldades no seguimento de um tratamento (BERKMAN et al., 2003; MOLLOY et al., 2008a; SHEN, WACHOWIAK, BROOKS, 2005; WILLIAMS et al., 1992). O estudo prospectivo de Lett et al. (2007), realizado com 2.481 pacientes que sofreram um evento de IAM, verificou a associação entre a baixa percepção de suporte social e altos escores de depressão, mas não encontrou associação entre suporte social e mortalidade e suporte social e a

¹⁵ Cohen, S.; Syme, LM. Measures and concepts of social support. **Social support and health**. New York, New York. Academic Press, 1985.

ocorrência de um novo evento cardíaco. Já Williams et al. (1992) relataram que entre pacientes submetidos à angioplastia, a taxa de mortalidade foi três vezes maior entre os que relataram ser solteiros e com ausência de “relações de confiança”, do que entre os pacientes casados ou que tinham pessoas em quem confiavam.

O estudo de Molloy et al. (2008a), realizado com 262 pacientes com síndrome coronariana aguda, avaliou a relação entre suporte instrumental (chamado pelos autores de suporte prático) e emocional, com adesão à medicação e ao tratamento na reabilitação cardíaca. A adesão foi avaliada por meio do relato verbal dos pacientes, por contato telefônico, durante um período de 12 meses de tratamento. Os pesquisadores (2008) observaram que 68% dos pacientes participaram de pelo menos uma sessão de RCV, e que 74% dos indivíduos casados aderiram à reabilitação, em comparação com 57% dos indivíduos que não eram casados. Verificou-se também que pacientes que relatavam maior suporte instrumental apresentaram maior participação na reabilitação, em comparação com os que relatavam não ter esse tipo de suporte.

A percepção de suporte social, em alguns estudos parece estar relacionada com maiores taxas de adesão ao programa de RCV. Segundo Buckworth (2000), quando um membro da família incentiva a prática de exercícios físicos ou quando o supervisor do programa de RCV demonstra interesse pela adesão do paciente, esta mostrou aumentar. Estudos também têm verificado que a atividade física, quando realizada em grupo, poderia aumentar a adesão do paciente, e quando o participante tem um modelo ativo a ser seguido, ele também demonstra maior adesão ao exercício físico ao longo do tempo (BUCKWORTH, 2000; DISHMAN, 1994; KING et al., 1992).

Já o estudo de Carlson (2001), realizado com 80 pacientes cardiopatas, durante a participação na fase III da RCV, mostrou que a frequência de exercícios, observada num período de seis meses, não apresentou associação com suporte social. Dados semelhantes foram encontrados por Husak et al. (2004), que estudaram o papel do suporte social na participação de um programa de RCV, identificando que, inicialmente, a baixa percepção de suporte social mostrou-se associada com menor probabilidade de participar da reabilitação, mas quando essa variável foi ajustada a outras variáveis, como sóciodemográficas e condições médicas, a associação entre baixa percepção de suporte social e adesão se perdeu.

Para Shen, Wachowiak e Brooks (2005), que em uma revisão de literatura avaliaram estudos que se propuseram identificar variáveis associadas à adesão a RCV, apesar do suporte social ser considerado como uma das variáveis que poderia prever a participação de pacientes cardiopatas em programas de RCV, a sua relação com a adesão à RCV ainda é ampla e bastante ambígua.

1.5.2 Variáveis do Regime de Tratamento

Alguns estudos mostraram que dificuldades com a adesão poderiam estar diretamente relacionadas ao aumento da complexidade de um tratamento, que, por sua vez, pode ser avaliada pelo número de medicamentos consumidos, frequência desse consumo, combinação de diferentes tipos de intervenções terapêuticas e duração do tratamento. Deste modo, quanto maior a frequência em que os cuidados de saúde devem ocorrer por dia, maior seria probabilidade do indivíduo deixar de apresentá-los. Além disso, quanto maior o número de modalidades envolvidas em um tratamento, menor a possibilidade de o indivíduo seguir as recomendações do profissional de saúde (MALERBI, 2000; STRAUB, 2005).

Fatores físicos relacionados a características climáticas, como frio ou calor excessivos, à distância a ser percorrida até o local da atividade física e à falta de tempo seriam barreiras para o exercício e estariam associados à inatividade física (FORJAZ, TINUCCI, 2002; JACKSON et al., 2005; WITT, THOMAS, ROGER, 2005).

Alguns trabalhos descrevem que as recomendações médicas quanto à prática de exercícios e os encaminhamentos de pacientes cardiopatas para a reabilitação cardíaca ainda seriam escassos, e que, portanto, a falta de recomendações e encaminhamentos seriam barreiras para adesão dos pacientes à RCV e estariam relacionados ao subaproveitamento dos programas (DI MATTEO et al., 1993; JACKSON et al., 2005; WITT, THOMAS, ROGERS, 2005).

Ainda entre as variáveis relacionadas ao tratamento, Buckworth (2000), Dishman (1994) e King et al. (1992) destacam a importância do comportamento de liderança do orientador ou professor físico como um determinante para a adesão a um

programa: demonstrar conhecimento, entusiasmo e prazer em sua atuação faz com que os pacientes participem por mais tempo da reabilitação.

1.5.3 Variáveis da Relação Médico-Paciente

Straub (2005), ao relatar estudos que se propõem avaliar a interação médico-paciente e adesão ao tratamento, verificou que a qualidade da comunicação efetuada pelo médico e do relacionamento interpessoal entre a díade são preditores de adesão. As habilidades sociais dos médicos, como ouvir queixas apresentadas pelos pacientes e esclarecer crenças errôneas em relação ao tratamento, estariam associadas à satisfação dos pacientes em relação ao profissional e também à maior adesão ao tratamento. O nível de satisfação do médico com seu trabalho e o número de pacientes que ele atende por semana também foram variáveis que apresentaram correlação com adesão de seus pacientes ao tratamento.

Di Matteo et al. (1993) identificaram que as características pessoais do médico podem facilitar a adesão ao exercício. Os pesquisadores identificaram que médicos que têm uma postura mais aberta a responder aos questionamentos de seus pacientes, independente do tempo necessário e que estão mais atentos aos aspectos emocionais, demonstrando maior empatia, conseguiram melhor adesão de seus pacientes a regimes de exercícios físicos. Além disso, também identificaram que médicos que relatavam maior satisfação com o trabalho pareciam conseguir maior adesão de seus pacientes ao tratamento.

A habilidade interpessoal e o estilo de comunicação têm sido considerados importantes variáveis preditoras de adesão. Por exemplo, pacientes têm deixado de aderir a recomendações de tratamento se os seus médicos não realizam explicações claras sobre a doença e o sobre o tratamento. Também tem sido observada uma tendência maior de adesão entre pacientes de médicos que expressam uma comunicação verbal mais positiva (confiante, encorajadora e que ofereça suporte) com seus pacientes e entre os que demonstram maior sensibilidade na comunicação não

verbal (como entonação de voz, ênfases e espaçamentos ao falar) (DI MATTEO, HAYS, PRINCE, 1986; HALL, ROTER, KATZ, 1988).

A meta-análise realizada por Jackson et al. (2005), a partir do estudo de 32 artigos no período de 1990 a 2004, identificou que a aprovação do médico pelo paciente, no programa de RCV, demonstrou ser uma forte variável preditora de adesão, em 13 artigos estudados.

Já Farin e Meder (2010) estudaram como variáveis sócio-demográficas, características de personalidade de pacientes (hostilidades e raiva) e a relação médico-paciente poderiam influenciar na avaliação de pacientes com doenças coronarianas sobre a sua qualidade de saúde, após a RCV. Identificaram uma associação entre traços de personalidade dos pacientes (especificamente a raiva) e adesão, mas não identificaram associação entre a relação médico-paciente e melhoras no autorrelato de saúde, após a participação na RCV. Também não identificaram associação entre o estilo de comunicação do médico e melhora de autorrelato de saúde.

Forjaz e Tinucci (2002) consideram que tornar um indivíduo sedentário, fisicamente ativo é uma tarefa difícil, pois envolve mudança de comportamento e estilo de vida. Dishman (1994) descreve que 50% das pessoas, que iniciam algum tipo de programa de exercícios físicos, desistem desta prática dentro de seis meses e Deskur-Smlelecka et al. (2009) mostraram que 11% dos pacientes convidados a participar do programa de RCV demonstraram interesse no mesmo, mas não compareceram em nenhuma das sessões de treinamento.

A dificuldade em relação à adesão de pacientes com doenças cardíacas a programas de RCV parece ser uma preocupação internacional. Diversos estudos tentam encontrar variáveis que possam prever o abandono ou as recusas dos pacientes em participar dos programas e, assim, traçar intervenções para aumentar a adesão (CASEY et al., 2008; DI MATTEO, et al., 1993; GONÇALVES et al., 2006; HAMER, STAMATAKIS, 2009; JACKSON et al., 2005; KRONISH et al., 2006; LAVIE, MILANI, 2006a; SHEN, WACHOWIAR, BROOKS, 2005; STRAUB 2005).

Diversas barreiras têm sido associadas com a pobre adesão à reabilitação cardíaca: sócio-demográficas, condições médicas, psicológicas e ambientais. Taylor, Wilson e Sharp, 2010, em estudo de revisão, procuraram sistematizar trabalhos que investigaram a influência de variáveis sócio-demográficas, médicas e psicológicas, na

adesão à RCV. Identificaram que os estudos apresentam dados divergentes sobre variáveis associadas à adesão e esta divergência estaria relacionada ao uso de diferentes instrumentos e métodos para avaliar as variáveis investigadas. Para os autores (2010), estudos futuros ainda são necessários na área.

A literatura nacional que se propõe a investigar fatores relacionados aos comportamentos de adesão ainda é escassa. As pesquisas que se dedicaram a estudar o tema se preocuparam em averiguar a adesão de pacientes com Hipertensão a tratamentos medicamentosos e de pacientes diabéticos à ingestão de insulina. (COELHO, 2007; MALERBI, 2000; MONTEIRO, 2003; OIGMAN, 2006; ORTEGA, MION, NOBRE, 2002). Não foram encontrados estudos nacionais publicados que se propuseram a estudar adesão de pacientes cardiopatas a tratamentos médicos e a programas que visam mudanças no estilo de vida.

As evidências clínicas demonstram os benefícios do exercício para os pacientes com doenças cardíacas e, é crescente o número de trabalhos nacionais que buscam comprová-las. Entretanto, o sucesso ou insucesso da reabilitação depende também da adesão do paciente ao programa e verifica-se a escassez de dados de pesquisa nacionais acerca do impacto dos fatores psicossociais na Reabilitação Cardiovascular, sobretudo da dificuldade de manutenção dos pacientes nos programas. Assim, surge a necessidade premente de que dados sejam obtidos com populações ou amostras de brasileiros sobre fatores que podem predizer a adesão à RCV.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Definir características sócio-demográficas e psicológicas de pacientes cardiopatas, participantes de um programa de RCV e avaliar variáveis sociais, clínicas e psicológicas relacionadas com adesão ou abandono ao tratamento.

2.2 Objetivos Específicos

- Efetuar uma caracterização sócio-demográfica e psicológica de uma amostra de pacientes atendidos em programa de RCV;
- Descrever a percepção dos pacientes sobre os fatores psicossociais de risco para DCV; atribuição de causalidade da doença e a percepção das consequências da doença para sua vida;
- Investigar a presença de sintomas de depressão e estresse na amostra;
- Descrever a percepção dos pacientes sobre o seu estado de saúde, por meio do Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36);
- Avaliar a relação entre variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, escolaridade, renda, estado civil, distância entre a cidade de procedência e o local de tratamento) e adesão ou abandono a RCV;
- Avaliar a relação entre variáveis psicológicas (percepção de risco, percepção de complexidade do tratamento; percepção de suporte social; sintomas de depressão, sintomas de estresse e percepção do seu estado de saúde) com adesão ou abandono ao programa de RCV.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo comparativo, com amostra não probabilística de conveniência composta por pacientes com DCV que participavam do programa de RCV do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), instituição vinculada à Universidade de São Paulo (USP) e beneficiária do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2 Participantes

Foram convidados a participar do estudo 88 pacientes com doenças cardíacas (Insuficiência Cardíaca, Isquemias, Angina Estável e Instável, pós Infarto Agudo do Miocárdio, pós Revascularização Miocárdica, pós Angioplastia Coronária, Valvopatias, portadores de Cardiopatias Congênitas, Cardiopatia Hipertensiva, Cardiopatia Dilatada e portadores de marcapasso) que ingressaram no programa de RCV do HCFMRP-USP, no período de fevereiro de 2008 a agosto de 2009. Os pacientes eram encaminhados para o Ambulatório de Reabilitação Cardiovascular (ARCV) por diversas subespecialidades da cardiologia da mesma instituição (Ambulatório de Isquemia, Ambulatório de Insuficiência Cardíaca, Ambulatório de Marcapasso, etc.), a fim de realizarem exercício físico programado e supervisionado como modalidade de tratamento ou controle para as cardiopatias. Dos 88 pacientes convidados, 72 aceitaram o convite e 65 concluíram todas as etapas da pesquisa.

O tamanho amostral foi definido a partir das limitações do tipo de delineamento do estudo (comparativo) e das características do programa de RCV, que passava por reestruturação e que inicialmente tinha um número restrito de ingressantes mensais.

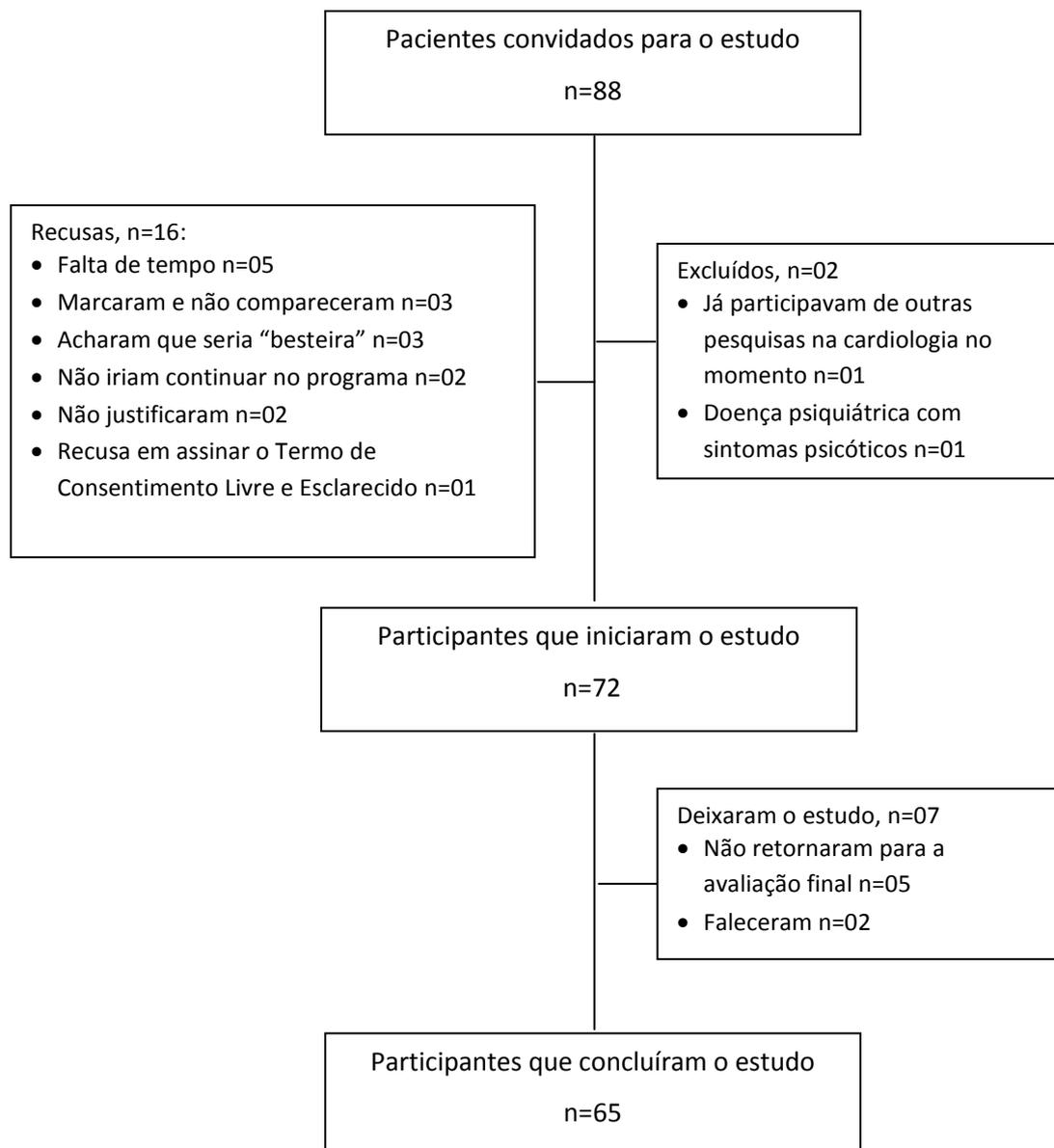


Figura 1: Fluxograma

3.2.1 Critérios de Inclusão

Foram inclusos pacientes com DCV que ingressavam no Programa de Reabilitação Cardiovascular do HCFMRP-USP, com idade igual ou superior a 18 anos e que aceitaram participar da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

3.2.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo os pacientes que faziam tratamento de RCV, mas eram funcionários da instituição, pacientes que já participavam de outros projetos de pesquisa na cardiologia e indivíduos que apresentavam quadros psiquiátricos graves e/ou comprometimentos na fala e que, por esses motivos não conseguiam compreender e responder aos instrumentos.

3.3 Materiais e Instrumentos

- 1) Roteiro de Entrevista I (Avaliação inicial): trata-se de um instrumento estruturado, elaborado pela pesquisadora, a partir do levantamento da literatura na área (BROADBENT et al., 2006; BUCKWORTH, 2000; DISHMAN, 1994; KING et al., 1992; LETT et al., 2007; SEIDL, TRÓCCOLI, 2006; WITT, THOMAS, ROGER, 2005). Constitui-se de seis tópicos que visaram avaliar: (1) dados sócio-demográficos, (2) condições clínicas, (3) percepção de risco para DCV, (4) percepção de complexidade do tratamento, (5) percepção de suporte social e (6) a prática do exercício físico, como pode ser observado no APÊNDICE B. Os dados foram registrados pelo pesquisador, a partir do relato verbal do participante. As informações sobre as condições clínicas dos mesmos, como o diagnóstico médico, presença ou não de DM, DLP, HAS, sobrepeso ou obesidade e sedentarismo foram consultadas no prontuário médico do paciente, disponibilizado pela instituição.
- 2) Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL): caracteriza-se como um instrumento que se propõe a avaliar sintomas físicos e psicológicos do estresse em indivíduos adultos. Os sintomas são avaliados nas últimas 24 horas, na última semana e no último mês. Primeiramente, a partir da somatória dos sintomas, verifica-se a presença ou ausência de sintomas de estresse,

posteriormente, os sintomas são classificados em quatro fases: alerta, resistência, quase exaustão e fase de exaustão. A escala também permite avaliar o predomínio de sintomas físicos ou psicológicos do estresse. O inventário foi validado por Lipp e Guevara em 1994 e tem sido utilizado em diversas pesquisas e trabalhos clínicos que estudam estresse no Brasil (LIPP, 2000).

- 3) Inventário *Beck* de Depressão (BDI): um instrumento que visa avaliar a presença de sintomas somáticos e cognitivos/afetivos de depressão, composto por 21 itens com afirmações graduadas de 0 a 3 pontos, que refletem a intensidade do sintoma. Os itens se referem à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, perda de satisfação, sentimento de culpa, sensação de punição, auto-depreciação, ideação suicida, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, disposição para o trabalho, distúrbio do sono, distúrbios de apetite, perda de peso, preocupações somáticas e libido. A correção do instrumento é feita considerando o somatório das pontuações apresentadas pelo sujeito nos 21 itens do instrumento. Tal pontuação permite classificar os escores dos participantes em quatro níveis: mínimo (0 a 11 pontos), leve (12 a 19 pontos), moderado (20 a 35 pontos) e grave (36 a 63 pontos). Desta forma considera-se a presença de sintomas moderados e graves como sendo indicativos de depressão. O instrumento também permite identificar sintomas clínicos de depressão a partir da avaliação dos sintomas cognitivos/afetivos, desconsiderando os sintomas somáticos e de desempenho, considerando-se o somatório dos itens de 1 a 13 da escala, o que é chamado pela autora de “modelo BDI 13” (CUNHA, 2001). A escala é um instrumento validado e adaptado para a população brasileira e de grande uso em pacientes com cardiopatias.

- 4) Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36): um instrumento genérico de avaliação da percepção da qualidade de vida do paciente, traduzido e adaptado para a população brasileira por Ciconelli et al. (1999), a partir do instrumento *Medical Outcomes Study 36-Item, Short Form Survey (SF-*

36), de Ware e Sherbourne (1992) (ANEXO I). É composto por 36 itens ou questões que representam oito domínios ou subescalas de saúde física e mental. Os domínios que propõem avaliar a percepção sobre a saúde física são: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos e Dor. As subescalas que se propõem avaliar a percepção da saúde mental são: Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental. Os domínios Vitalidade, Aspectos Sociais e Estado Geral de Saúde correlacionam-se tanto à percepção de saúde física, quanto à saúde mental. Os domínios apresentam pontuações crescentes que variam de zero a 100, de acordo a percepção do estado geral de saúde do indivíduo. Todos os domínios apresentam a mesma média de 50 pontos e o mesmo desvio padrão de 10. Segundo o instrumento, quanto maior a pontuação, melhor a percepção do sujeito em relação à sua saúde. A interpretação dos resultados também pode ser feita a partir da categorização das médias dos domínios: pontuações abaixo de 50 indicariam um pior estado de saúde e pontuações acima da média de 50 indicariam um melhor estado de saúde (WARE, 2010). O uso do instrumento neste trabalho objetivou identificar a percepção dos participantes sobre seu estado de saúde, relacionando esta variável à adesão ao programa de RCV.

- 5) Registro de Atividade Física Semanal: caracteriza-se por uma folha de registro do exercício físico realizado em casa, durante a semana, preenchidas pelos participantes e entregues à psicóloga ou colaboradoras semanalmente. Esse material foi elaborado pela pesquisadora a partir de modelos de registros de comportamentos utilizados no Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP. (APÊNDICE C).
- 6) Roteiro de Observação de Comportamentos: trata-se de um instrumento elaborado pela pesquisadora que visa dirigir uma observação sistemática, direta (observação de comportamentos) e indireta (por meio do relato verbal dos participantes), de algumas classes de comportamentos, bem como avaliá-las. Constitui-se de tópicos que visam identificar: (1) motivação, disposição e humor, (2) reforçadores associados à prática de atividade física, como interação

social e contato com profissionais da saúde, (3) discriminação de ganhos físicos e psicológicos associados à prática da atividade física, (4) barreiras relacionadas à prática da atividade, como dificuldades em fazer o exercício e dor e (5) suporte social recebido (APÊNDICE D).

- 7) Roteiro de Entrevista II (Avaliação final): trata-se de um instrumento estruturado, também elaborado pela pesquisadora, a partir de dados da literatura, que visa avaliar possíveis dificuldades na participação no programa de RVC e mudanças nas variáveis estudadas (sóciodemográficas psicológicas) durante o tratamento (BROADBENT et al., 2006; BUCKWORTH, 2000; DISHMAN, 1994; KING et al., 1992; LETT et al., 2007; SEIDL, TRÓCCOLI, 2006; WITT, THOMAS, ROGER, 2005). Constitui-se de sete tópicos: (1) condição atual de tratamento (adesão ou abandono); (2) dados sóciodemográficos, (3) condições clínicas, (4) percepção de risco para DCV, (5) percepção de complexidade do tratamento, (6) percepção de suporte social e (7) barreiras para a prática da atividade física, como pode ser observado no APÊNDICE E. Os dados foram coletados pela pesquisadora, a partir do relato verbal do paciente.

Antes de se iniciar a coleta dos dados, os instrumentos foram aplicados em dois pacientes, a fim de se realizar a adequação da sua linguagem à amostra pesquisada e de se avaliar o tempo necessário para a aplicação dos instrumentos e materiais junto aos participantes, de modo a não prejudicá-los com uma quantidade excessiva de instrumentos e evitar possíveis vieses do estudo. Um destes pacientes fez parte da amostra, uma vez que se julgou que os instrumentos e materiais utilizados na sua entrevista já eram os materiais definitivos para dar início à coleta de dados.

3.4 Local de Coleta de Dados

A pesquisa contou com três etapas de coleta de dados. A primeira constituiu-se no estabelecimento de contato com os candidatos ao estudo e a realização da

avaliação inicial dos participantes; a segunda correspondeu às observações semanais dos participantes durante o tempo em que estavam no programa de RCV, seja no Centro de Reabilitação (CER) seja na pista de atletismo da USP e a terceira etapa correspondeu à reavaliação dos participantes. Os locais de coleta de dados dependeram dos objetivos de cada etapa e das características do programa RCV do HCFMRP, ocorrendo, portanto, em diferentes locais:

- **Ambulatório de Psicologia:**

Na primeira e terceira etapas de coleta, com aplicação das entrevistas e instrumentos, os dados foram colhidos no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP–USP, em uma sala que assegurou privacidade ao entrevistado.

- **Sala de Reabilitação Cardiovascular:**

Durante a segunda etapa que visou observar e avaliar os comportamentos dos participantes durante o tempo em que faziam a atividade física, os dados foram colhidos na sala de Reabilitação Cardiovascular ou nas proximidades desta, que se localizava no CER do HCFMRP – USP.

- **Centro de Educação Física e Recreação da USP (CEFER):**

Durante a segunda e terceira etapas da coleta, visando continuar a observação dos comportamentos dos participantes que já estavam na fase III da reabilitação, a coleta ocorreu na pista de atletismo do CEFER.

3.5 Aspectos Éticos

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP (ANEXO II), sendo que foram incluídos no estudo somente os pacientes que aceitaram participar do mesmo e assinaram o TCLE. Durante a coleta de dados, mesmo após assinarem o termo concordando em participar do projeto, a pesquisadora reforçava a garantia do anonimato do participante e do sigilo das informações coletadas.

Quando a pesquisadora identificava demanda por atendimento psicológico, o participante era encaminhado para o Ambulatório de Psicologia do HCFMRP-USP aguardando para ser atendido (individualmente ou em grupo) ou era encaminhado para a rede pública de saúde de sua cidade (nos casos em que o participante não tinha disponibilidade de horário para a psicoterapia na instituição).

3.6 Procedimento de Coleta de Dados

A pesquisa contou com três etapas de coleta de dados. A primeira correspondeu a estabelecer contato com os candidatos do estudo e a realização da primeira avaliação dos participantes com investigação sobre os fatores psicológicos e sociais associados ao comportamento de adesão ao programa de RCV. A segunda etapa correspondeu ao acompanhamento semanal dos participantes durante o tempo em que estavam no programa de RCV (quando estavam em tratamento) e a terceira etapa foi correspondente à avaliação final que objetivou identificar mudanças de hábitos, dificuldades e reforçadores associados à participação no programa.

Apesar da pesquisa se constituir nessas três etapas, para a dissertação de mestrado serão apresentados somente os dados referentes à primeira e terceira etapas de coleta, especificamente avaliação inicial e final.

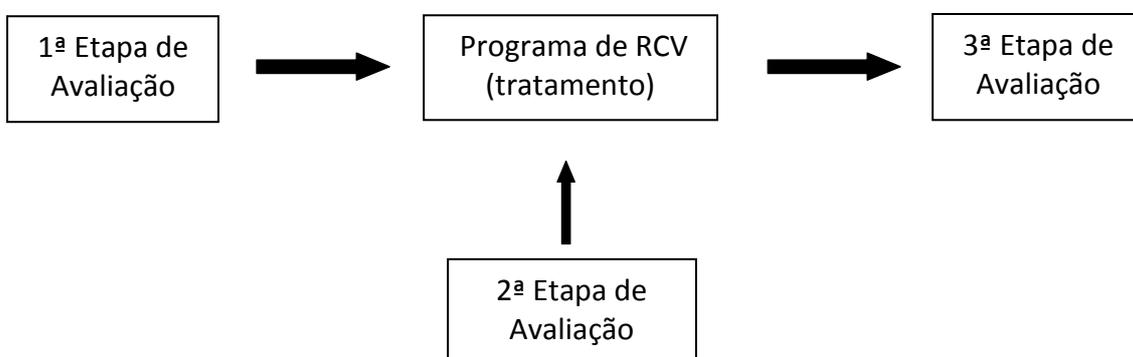


Figura 2: Ilustração do delineamento do estudo.

No CER, durante a primeira semana que ingressavam no programa de RCV, os pacientes eram abordados pela psicóloga e convidados a participar do estudo. O contato com os participantes foi feito na própria sala de RCV e com a ajuda dos fisioterapeutas, que informavam a respeito dos novos ingressantes no programa. Caso aceitassem participar do estudo, era agendado um horário com esses pacientes em uma sala do Ambulatório de Psicologia que assegurasse a privacidade da entrevista. Geralmente agendavam-se horários em que o paciente se encontrava no hospital, para facilitar a participação do mesmo no estudo.

Na sala de entrevista retomava-se o convite feito e apresentava-se o TCLE, com explicação detalhada dos objetivos e das etapas do estudo, além da segurança do sigilo e a possibilidade de recusa do paciente em qualquer momento do processo, sem comprometimento de seu tratamento de saúde. Após concordarem por escrito com o mesmo, iniciava-se a entrevista pelo Roteiro I, uma vez que sendo mais abrangente, permitia ao pesquisador compreender a história de vida e identificar algumas dificuldades dos pacientes e, em seguida, eram aplicados os outros instrumentos. Na sequência, os participantes responderam ao Roteiro de Entrevista I, ao questionário SF-36, ao ISSL e ao BDI, sendo que todos os participantes respondiam verbalmente a todos os instrumentos, objetivando padronizar a aplicação e diminuir a possibilidade de viés. Todas as avaliações iniciais foram realizadas pela pesquisadora. Em média, a primeira etapa de avaliação ocorreu em duas sessões, com duração de uma hora cada. As sessões eram marcadas em dias nos quais os pacientes vinham para a reabilitação. Os dados referentes ao tópico “condições clínicas”, do Roteiro I, foram colhidos pela pesquisadora, em consulta ao prontuário médico do paciente.

Terminada a primeira avaliação, iniciava-se a segunda etapa que se caracterizou pela coleta de dados durante o período em que os pacientes permaneciam no programa de RCV ou até aproximadamente seis meses de participação no mesmo. Os participantes do estudo foram acompanhados durante a fase II, em que estavam no CER e durante a fase III do programa de RCV, em que estavam na pista de atletismo da USP. Em função da necessidade de uma grande disponibilidade de tempo para a coleta de dados e da necessidade de estar em dois locais diferentes ao mesmo tempo, os dados foram coletados pela própria pesquisadora e por duas colaboradoras, graduandas do quinto ano do curso de

psicologia, que foram previamente treinadas para realizar o trabalho. O treino consistiu na explanação do projeto, seus objetivos e procedimentos, pela pesquisadora, além de dispor para as colaboradoras, materiais (como livros e artigos científicos) para estudo do tema da pesquisa. Também foram realizadas orientações verbais e fornecimento de modelos, tanto para abordar o participante, como para aplicar os materiais referentes à coleta de dados. Eram feitas reuniões semanais com as colaboradoras para supervisão do trabalho realizado e troca de informações.

Semanalmente, a pesquisadora ou uma colaboradora de pesquisa acompanhava os participantes no programa de RCV, observando os comportamentos listados no Roteiro de Observação de Comportamentos. Eram investigados, individualmente, pelo relato verbal: vontade/ disposição para fazer o exercício, humor e dificuldades em fazer o exercício, como dores e cansaço. Também eram observados comportamentos relacionados à interação social com colegas e equipe de saúde, queixas verbalizadas para a equipe e os reforçadores disponibilizados pela mesma, como orientações sobre a saúde e disponibilidade de receitas de medicamentos. A psicóloga fornecia a cada participante uma folha de registro de atividade física, a qual deveria ser realizada em casa. Nela os participantes registravam quando faziam ou não a atividade física em dias alternativos aos que vinham à RCV, entregando-a novamente à psicóloga na semana seguinte.

Apesar de visar à observação de classes de comportamentos e reforçadores associados à participação no programa e à prática de exercício físico, a presença da psicóloga, ou dos colaboradores permitia ao paciente a oportunidade de relatar dificuldades em relação ao tratamento e falar sobre pensamentos e sentimentos negativos. A psicóloga reforçava diferencialmente o comportamento de falar sobre si (por exemplo, sua disposição em fazer a atividade física e dificuldades no tratamento e na vida cotidiana), reforçando o falar com atenção social. Também se reforçava diferencialmente, com atenção, a classe de comportamentos “aderir ao programa”: “participar do programa”, “solicitar ajuda dos profissionais”, “verbalizações de exercitar-se em casa” e “interagir com colegas”. Quando o participante faltava por mais de duas semanas, a pesquisadora entrava em contato telefônico com o mesmo, verificando a existência de alguma dificuldade em relação à participação no programa, ou sobre a decisão de abandoná-lo. Alguns participantes, neste momento, relatavam o

motivo do abandono por telefone, mas, também nestes casos a pesquisadora agendava um horário para ser feita a avaliação final.

A terceira etapa de coleta de dados correspondeu a uma avaliação final com reaplicação dos instrumentos, e ocorria quando: (1) o paciente abandonava o programa; (2) o paciente recebia alta médica ou (3) quando os participantes completavam seis meses de tratamento. Em uma sessão com duração média de uma hora, os participantes respondiam primeiramente ao Roteiro de Entrevista II e, posteriormente, aos outros instrumentos: SF-36, BDI e ISSL. Assim como na primeira entrevista, os participantes responderam verbalmente aos instrumentos que foram aplicados somente pela pesquisadora. As avaliações finais ocorreram no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP-USP, com exceção de quatro delas que ocorreram em uma sala do CEFER, uma vez que alguns dos participantes, que já estavam na terceira fase da reabilitação, não tinham possibilidade de ir até o Ambulatório de Psicologia. Quando os participantes não compareciam para a avaliação final era feito um novo contato telefônico e remarcada a avaliação.

3.6.1 Critérios de Adesão e Abandono

Dada a dificuldade e complexidade evidenciada na literatura sobre a conceituação, classificação e mensuração de adesão a um tratamento, o estudo adotou critérios para operacionalizar a variável adesão ao programa de RCV:

- 1) Participar do programa de RCV por seis meses, a partir do ingresso no mesmo;
- 2) Receber afastamento médico ou do fisioterapeuta por complicações do quadro clínico ou alta ao completar a fase II da RCV, ou seja, antes dos seis meses de tratamento.

Aqueles pacientes que deixaram o programa, sem a autorização médica ou do fisioterapeuta antes de seis meses, estando na fase II ou III da reabilitação, foram considerados como casos de abandono, uma vez que poderiam participar do mesmo, mas o abandonaram. Logo os participantes do estudo foram classificados em:

- **ADESÃO:** pacientes que participaram por seis meses ou mais do programa de RCV a partir do ingresso na fase II da reabilitação cardiovascular, ou aqueles que receberam afastamento ou alta médica ou do fisioterapeuta.
- **ABANDONO:** pacientes que deixaram o programa na fase II ou III da reabilitação cardiovascular sem autorização profissional, entendendo-se que teriam possibilidade de continuar no mesmo.

3.7 Procedimento de Análise de Dados

3.7.1 Análise Descritiva dos Dados

Os dados foram analisados quantitativamente. Os dados obtidos das questões abertas dos Roteiros I e II foram analisados através do sistema Quantitativo Interpretativo, como propõe Biasoli- Alves (1998). Segundo a autora, essa técnica de análise surge a partir da necessidade de se aprofundar e ter maior intimidade com os dados do estudo, e isso ocorre na medida em que o pesquisador percebe que poderia extrair de seus dados, outras informações, além das já obtidas.

Esse tipo de análise das entrevistas prevê dois momentos de agrupamentos: o das questões e o das respostas. O primeiro visa investigar o objetivo de cada questão e as possibilidades de classificação das respostas dos indivíduos, segundo a proximidade de sentido que elas oferecem e que as aproximam. Em seguida ocorre a interpretação dos conteúdos, através de um estudo detalhado das verbalizações dos participantes, apreendendo os seus significados dentro do contexto, para posteriormente ser feito um agrupamento das verbalizações. O segundo momento se caracteriza pela categorização das respostas dos participantes. As etapas têm por base a aplicação do sistema Quantitativo Interpretativo, em que o pesquisador realiza interpretações que podem emergir tanto da literatura quanto do seu conhecimento empírico. Segundo a autora, nesse método é irrelevante se as questões permitem a livre expressão dos entrevistados ou se as respostas são encaixadas em alternativas pré-fixadas pelo

roteiro. O fundamental é que as categorias sejam construídas a partir de critérios de exaustividade, exclusividade e manutenção de um mesmo nível de inferência e ou de interpretação. Por fim, as categorias são quantificadas por tabulação e aplicação de medidas estatísticas (BIASOLI-ALVES, 1998).

Baseado nos procedimentos de análise acima descritos, os dados do Roteiro I e Roteiro II, referentes à primeira e terceira etapas da pesquisa, foram lidos e agrupados em categorias para, primeiramente, ser feita uma análise descritiva dos mesmos. Um crivo com as categorias de respostas dos participantes foi elaborado para facilitar a transformação destas categorias em números. Posteriormente, as respostas verbais dos participantes, já em formato numérico, foram transferidas para uma planilha do programa *Excel*, da versão 2007 do *Office*. Esses dados foram então lançados no programa para análise descritiva das verbalizações da amostra.

Alguns dos dados sócio-demográficos foram categorizados a partir da análise das respostas e, somente em seguida, agrupados em categorias. Deste modo, as condições empregatícias dos participantes foram classificadas em cinco categorias: (1) afastado/recebendo auxílio doença; (2) em atividade/trabalhando; (3) aposentado; (4) desempregado e sem auxílio e (5) dona de casa/do lar. A renda familiar relatada pelos participantes foi dividida pelo número de pessoas que dependia da mesma, a fim de se estimar a renda do participante. Em seguida, esses valores (renda por pessoa) foram agrupados em categorias que se basearam no salário mínimo de 460 reais (salário mínimo vigente para o Estado de São Paulo na época da coleta). De acordo com o estado civil, os participantes foram agrupados em duas categorias: com companheiro (a) (quando relatavam ser casados, amasiados ou ter um parceiro), ou sem companheiro (a) (quando solteiros, separados ou viúvos). A distância entre as cidades de procedência dos participantes e o local do tratamento foi calculada através do Sistema de Coordenadas Geodésicas e Percursos entre Municípios, da Associação Brasileira de Concessionárias de Rodovias (ABCR). Posteriormente ao conhecimento das distâncias, estas foram classificadas em: (1) em Ribeirão Preto ou até 50 km; (2) entre 50 e 100 km e (3) mais que 100 km.

Para esclarecer o procedimento de análise dos dados serão operacionalizados os critérios adotados na categorização das respostas às questões abertas dos Roteiros I

e II. As categorias foram elaboradas pela pesquisadora e pelo orientador do trabalho, sem a participação de outros auxiliares ou juízes.

3.7.1.1 Operacionalização das Categorias das Questões Abertas do Roteiro I

As respostas às questões abertas foram agrupadas, primeiramente, de acordo com a aproximação dos significados de seus temas, e, posteriormente de acordo com a frequência em que eram citadas pelos participantes. Em seguida também foram analisadas com base nos princípios da estatística descritiva.

No tópico percepção de risco, as respostas à questão: *“Por que o (a) sr (a) acha que o exercício lhe fará bem?”* foram listadas e agrupadas por similaridade de seus conteúdos verbais e pela sua frequência em seis categorias: (1) os médicos que pediram/mandaram; (2) trará melhora física (composta por sub-categorias: desentupirá as veias, irá emagrecer/perder peso, melhorará o coração/o coração fica mais forte, sente o corpo melhor/aumenta a capacidade física/diminui o cansaço, evita piora/evita outro enfarte/ evita cirurgia, diminui dores no peito/pernas, diminui/melhora/estabiliza a pressão, melhora “a diabete”, evita o sedentarismo e diminuirá os remédios); (3) trará melhora psicológica (composta pelas seguintes sub-categorais: terá mais segurança/ diminuirá o medo/diminuirá a ansiedade e aumentará a motivação/entusiasmo/irá distrair); (4) poderá retornar ao trabalho; (5) aprenderá fazer o exercício e (6) não sabe responder, sendo que esta categoria foi composta também por verbalizações de que o exercício não fará bem. As verbalizações dos participantes apresentaram, muitas vezes, mais de um tema, de modo que puderam ser agrupadas em mais de uma categoria.

Ainda no tópico sobre a percepção de risco, foram adotados critérios para identificar o conhecimento que os participantes tinham a respeito do tratamento e classificá-los de acordo com esse conhecimento em “sim, sabe o motivo do tratamento” e “não sabe o motivo do tratamento”. Logo, considerou-se as respostas apresentadas pelos participantes como “sim, sabe o motivo” quando: (1) explica o motivo com suas palavras, associando-o à doença, (2) explica o motivo associando-o a

uma forma de tratamento ou (3) explica um motivo associado a um fator de risco para doenças cardiovasculares. Os critérios utilizados para classificar as respostas como “não sabe o motivo” foram: (1) o participante não consegue explicar, (2) diz que não sabe, (3) usa explicações incorretas ou não relacionadas às cardiopatias e ao tratamento e (4) diz que o médico mandou (5) refere o diagnóstico, mas não sabe por que tem que fazer o exercício.

Também foram adotados critérios para identificar e classificar o paciente como tendo conhecimento sobre o diagnóstico da doença. Considerou-se como tendo “conhecimento suficiente”: (1) aqueles que referiam à doença e sabiam explicá-la em termos técnicos ou populares ou (2) somente sabiam explicá-la, sem se referir a nomenclaturas. Por outro lado, considerou-se como tendo “conhecimento insuficiente”: (1) aqueles que não se referiram à doença e não a explicavam e (2) não souberam explicá-la em termos técnicos ou populares. Para se avaliar o conhecimento dos participantes em relação a fazer tratamento ou controle dos fatores de risco para DCV, observou-se as respostas dos pacientes quando questionados se tinham conhecimento sobre fazer tratamento/controle de peso, HAS, DLP, e DM (fatores de risco). Posteriormente, as respostas foram comparadas com os diagnósticos descritos nos prontuários médicos. Deste modo, foi considerado “sabe que faz tratamento/controle” quando as respostas eram compatíveis com as descrições médicas sobre o diagnóstico de cada um dos fatores de risco descritos no prontuário do paciente. Essas avaliações foram feitas a partir da análise das três últimas consultas ambulatoriais do paciente.

As respostas à questão *“O que o (a) senhor (a) acha que pode ter causado a doença?”* também foram listadas, agrupadas de acordo com a aproximação de seus conteúdos e, posteriormente, classificadas de acordo com a atribuição de causalidade da doença em: (1) ao próprio comportamento e fatores emocionais (incluíram respostas que constavam de temas que relacionavam o surgimento da doença ao próprio comportamento do participante como o uso do cigarro, hábitos alimentares, sedentarismo, uso de bebida alcoólica, tristeza, ansiedade e nervosismo no trabalho); (2) ao comportamento e fatores genéticos (quando o participante atribuía a causa da doença tanto ao seu comportamento, como à hereditariedade); (3) fatores genéticos/hereditários (referindo-se a respostas com temas fortemente relacionados à

hereditariedade); (4) desconhece (quando os participantes diziam não saber); (5) acaso ou destino (referindo-se a respostas que tinham o conteúdo relacionado ao acaso ou quando utilizavam respostas como “tinha que ser assim”) e (6) comportamento dos outros (quando os temas das respostas apresentadas pelos participantes estavam relacionados a situações em que outras pessoas eram responsabilizadas por sua doença, como, por exemplo, familiares e profissionais da saúde). As verbalizações dos participantes apresentaram mais de um tema, de modo que puderam ser agrupadas em mais de uma categoria. Mas, após a categorização dos conteúdos das respostas verbais, cada participante foi classificado dentro de uma das categorias de causalidade, de acordo com a predominância do conteúdo de sua resposta.

Em relação à questão *“O (A) Sr (a) acha que poderia ter feito algo para evitar a doença ou a condição atual de saúde?”* as respostas dos participantes foram classificadas em duas categorias: “sim” e “não”. Os critérios adotados para esse agrupamento das respostas dos participantes na categoria “sim” foram: (1) respostas que descreviam mudanças de hábitos ou comportamentos e (2) respostas que descreviam mudanças em relação a emoções e humor. Foram consideradas como categoria “não” as respostas que englobavam conteúdos como: (1) não poderia (2) a doença é hereditária, (3) não tinha nada para ser feito, (4) eu não tinha conhecimento e (5) a atribuição da causalidade da doença a outra pessoa e ao destino/ acaso.

As questões referentes à pergunta *“O (A) Sr (a) acha que mudou alguma coisa na sua vida com a doença do coração?”* foram também categorizadas em duas classes, de acordo com o conteúdo das mesmas: “sim, modificou” e “não modificou”. Os critérios utilizados basearam-se exclusivamente nos conteúdos das respostas de cada sujeito.

No tópico referente às condições clínicas, os diagnósticos médicos dos participantes foram classificados como: (1) IAM, critério adotado para pacientes que sofreram IAM; (2) Angina, critério para participantes que tinham Angina Instável ou Estável, mas não tiveram episódio de IAM e (3) IC e/ou Valvopatias, critério para classificar os participantes que apresentavam IC e Valvopatias. Para o desenvolvimento dessas categoriais contou-se com a colaboração de um profissional médico, que avaliou as possibilidades dos agrupamentos dos participantes de acordo com as características clínicas.

Em relação à percepção de complexidade do tratamento, os participantes foram avaliados quanto ao conhecimento sobre o número de modalidades/especialidades nas quais se tratavam. Foram considerados os tratamentos realizados com diversas categorias de profissionais de saúde, como fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, etc., além dos diferentes tipos de especialidades médicas. De acordo com a resposta apresentada, os participantes foram agrupados em: (1) “menciona modalidades nas quais se trata” (quando os pacientes relatavam as modalidades nas quais se tratavam ou sabiam mencionar que não faziam acompanhamentos de saúde com outras equipes ou profissionais, além da RCV); e (2) “não menciona modalidades nas quais se trata” (quando os participantes diziam que faziam outros tratamentos, mas não conseguiam citá-los).

3.7.1.2 Operacionalização das Categorias das Questões Abertas do Roteiro II

Também de acordo com o sistema Quantitativo Interpretativo, as respostas verbais dos pacientes, relativas ao Roteiro II, foram analisadas e agrupadas em categorias, respeitando a similaridade e frequência dos conteúdos de seus temas. Deste modo, as verbalizações referentes ao motivo do abandono ao programa de RCV foram categorizadas em: (1) retornar ao trabalho (com temas referentes a gostar do trabalho, necessidade de retomada do trabalho para complementação de renda e perda do auxílio/renda); (2) alto custo despendido (cujas verbalizações referiam aos gastos financeiros em participar do programa de RCV); (3) satisfação com o resultado (verbalizações sobre crenças de que já estaria bem); (4) distância de casa (com verbalizações cujo conteúdo relacionava-se à distância da cidade, ao longo tempo de espera para retornar para casa e ao longo tempo de espera para pegar o ônibus); (5) impedido por alguém (impedido de participar por um membro da família e dependência de um membro da família para chegar ao local da reabilitação); (6) adoecimento (verbalizações cujo conteúdo abrangia temas como “estar doente ou ter problemas de saúde” e “dores/ mal estar enquanto fazia a atividade física”); (7) insatisfação com os resultados (compreendendo verbalizações como “não percebeu

melhora”); (8) dificuldade de adaptação à pista (incluindo temas relacionados como “pista é ruim”, “na pista não tem o cuidado do profissional” e “na pista não tem atenção”); (9) fatores psicológicos (incluindo verbalizações com conteúdos sobre tristeza, desmotivação e falta de vontade) e (10) sem justificativa. Vale ressaltar que, os participantes cujas verbalizações relacionadas ao motivo do abandono se incluíam na categoria “adoecimento”, apresentavam queixas de saúde que não necessariamente foram diagnosticadas pelos médicos. Por esse motivo, foram incluídos no grupo abandono, uma vez que se diferenciaram dos participantes que apresentavam uma queixa de saúde diagnosticada pela equipe e que foram afastados da RCV. Estes últimos foram incluídos no grupo de sujeitos que aderiram ao tratamento, como foi descrito anteriormente nos critérios de adesão e abandono do programa de RCV.

3.7.2 Análise dos Instrumentos

Os dados referentes aos instrumentos ISSL, BDI e SF-36 foram avaliados obedecendo-se aos seus próprios critérios, visto que estes instrumentos apresentam adaptação e validação para a população brasileira, com normas de análise. Desde modo, os dados do ISSL foram cotados e analisados de acordo com os critérios apontados por Lipp (2000), e os dados do BDI foram analisados de acordo com o que propõe Cunha (2001). Os dados referentes ao instrumento SF-36 foram cotados e analisados de acordo com Ciconelli et al. (1999), mas também foram categorizados de acordo com algumas diretrizes apontadas pelos autores do instrumento, como possibilidades de categorização das médias dos domínios de saúde. Após análise dos instrumentos, os dados foram lançados em planilhas do programa *Excel*.

3.7.3 Análise Estatística dos Dados

Os dados dos instrumentos e dos Roteiros I e II foram lançados em uma planilha do *Excel* do programa *Office 2007*.

Para a análise descritiva dos dados foi utilizado o programa *Epi Info* e para se analisar as possíveis relações entre as variáveis estudadas e adesão ao programa de RCV utilizou-se o método de Regressão Logística, teste não-paramétrico que permite verificar a associação entre variáveis, através do cálculo do *Odds Ratio*, estimando fator de risco ou de proteção de determinado evento, dado o Intervalo de Confiança de 95% (uma medida relativa de um fator de risco) (PAGANO, GAUVREAU, 2004).

Optou-se por analisar as associações entre as variáveis (sóciodemográficas, clínicas, percepção de risco, percepção de complexidade do tratamento, suporte social, prática de exercício físico, depressão, estresse e percepção do estado de saúde) e o abandono ao programa, entendendo-se que ao se analisar o abandono poderia se identificar as dificuldades associadas à adesão ao tratamento. Logo, o cálculo do *Odds Ratio*, neste estudo visou identificar fatores associados ao risco de abandono ao programa de RCV.

Inicialmente foram calculados os *Odds* brutos, identificando-se associações entre cada uma das variáveis estudadas com abandono. Posteriormente foram calculados os *Odds* ajustados, para estimar a existência de interação entre as variáveis observadas.

Para se certificar a existência de evidências de diferença entre os grupos adesão e abandono, nas variáveis do instrumento SF-36, foi aplicado o teste não-paramétrico de *Wilcoxon*. Deste modo, foi possível verificar se existiam diferenças entre os grupos, quanto à distribuição dos dados. Foi utilizado o procedimento PROC NPAR1WAY do software SAS versão 9.1.

4 RESULTADOS

Atendendo aos objetivos propostos no estudo e também para facilitar a descrição dos resultados, estes são relatados em etapas. Na primeira etapa é apresentada a caracterização sóciodemográfica, clínica e psicológica da amostra, a partir dos resultados obtidos na avaliação inicial, momento em que os 72 participantes do estudo ingressavam no programa de RCV. Na segunda etapa são demonstradas possíveis relações entre as variáveis sóciodemográficas, clínicas e psicológicas estudadas com a adesão ou o abandono ao tratamento. São apresentadas variáveis que puderam prever o abandono, a partir dos dados obtidos na avaliação inicial, quando os pacientes ingressaram no programa de RCV e, na avaliação final, momento em que os participantes deixavam o programa ou completavam seis meses de participação no mesmo.

4.1 Caracterização Sóciodemográfica, Clínica e Psicológica da Amostra

Nos parágrafos posteriores são apresentados os dados referentes à caracterização sóciodemográfica da amostra, como: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda, condição empregatícia dos participantes e distância entre a cidade de origem do participante e o local de tratamento. São apresentados os dados referentes às condições médicas, como tipos de diagnósticos dos pacientes e a presença de fatores de risco para DCV. Também é feita uma descrição da amostra quanto às características psicológicas, como: percepção de risco (conhecimento sobre o tratamento e conhecimento sobre o diagnóstico e fatores de risco), percepção da complexidade do tratamento, percepção de suporte social, presença de sintomas depressivos, presença de estresse e percepção do estado de saúde. Por fim é apresentada a caracterização dos participantes quanto à prática de exercícios prévia ao programa de RCV.

4.1.1 Características Sócio-demográficas

A amostra do estudo foi composta por 72 pacientes, com DCV, que ingressaram no programa de RCV do HCFMRP – USP. Os dados referentes às condições sócio-demográficas dos participantes podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1 - Frequências e porcentagens das características sócio-demográficas da amostra representativa dos pacientes ingressantes no programa de Reabilitação Cardiovascular (n=72).

Características sócio-demográficas	n	%
Sexo		
Homens	43	59,7
Mulheres	29	40,3
Idade		
30 – 40 anos	03	4,2
41 – 50 anos	10	13,9
51 – 60 anos	32	44,4
Mais de 60 anos	27	37,5
Estado civil		
Com companheiro (a)	60	83,3
Sem companheiro (a)	12	16,7
Escolaridade		
Até 07 anos de estudo	44	61,1
08 – 10 anos de estudo	08	11,1
Mais que 10 anos	20	27,8
Condição empregatícia		
Aposentado	23	31,9
Afastado/ recebe auxílio doença	15	20,8
Trabalhando/ em atividade	14	19,4
Dona de casa	12	16,7
Desempregado e sem auxílio	08	11,1
Renda pessoal por salários mínimos mensais*		
Até 1 salário	25	34,7
1,1 – 3 salários	38	52,8
Mais que 3 salários	05	6,9
Não sabe referir	04	5,6
Distância da residência		
Em Ribeirão Preto ou até 50 km	51	70,8
Entre 50 e 100 km	13	18,1
Mais que 100 km	08	11,1

*O salário mínimo considerado para o cálculo foi de 460 reais, valor vigente para o Estado de São Paulo na época da pesquisa.

Nota-se, na Tabela 1, que a amostra foi constituída em sua maior parte de homens 43 (59,7%), com idades distribuídas entre 30 e 74 anos (média=57,7).

Dos participantes, 60 (83,3%) relataram ter um companheiro, ou seja, serem casados ou amasiados.

Em relação à escolaridade, 44 (61,1%) tinham até sete anos de estudos, o que os classificou como tendo ensino fundamental incompleto, sendo que seis destes (8,3%) eram analfabetos. Entre os que tinham mais de 10 anos de estudo, sete (9,7%) completaram o ensino superior ou relataram ter uma formação técnica.

Parte da amostra, representada por 25 (34,7%) participantes, apresentava renda *per capita* de até um salário mínimo. Nesta categoria, seis participantes (8,3%) referiram não ter renda no momento em que foi realizada a entrevista.

Ainda em relação às características sócio-demográficas, quando questionados se teriam prejuízos financeiros para realizar o tratamento, 17 (23,6%) participantes afirmaram positivamente, que teriam prejuízos financeiros para participarem do programa de RCV.

4.1.2 Condições Clínicas

De acordo com a consulta realizada no prontuário médico dos pacientes, verificou-se que 69 (95,8%) deles tinham diagnóstico de HAS, 32 (44,4%) de DM, 63 (87,5%) de DLP, 36 (50,0%) de sobrepeso ou obesidade e 53 (73,6%) foram considerados pelos médicos como sedentários. Os participantes foram divididos em categorias de acordo com o diagnóstico médico: IAM, Anginas, IC e Valvopatias. Deste modo, 38 (52,8%) foram classificados como sendo do grupo de IAM, 21 (29,2%) como Anginas e 13 (18,1%) como IC ou Valvopatias.

Também foi verificado que 47 (65,3%) participantes relataram ter fumado no passado, mas deixado o vício. Entretanto, nove (12,5%) se declararam fumantes ao iniciar o programa.

4.1.3 Percepção de Risco

Os resultados apresentados nesse tópico referem-se ao: conhecimento do participante sobre o tratamento no programa de RCV e expectativas atribuídas ao exercício físico; conhecimento do participante sobre seu diagnóstico e dos fatores de risco; atribuição de causalidade da doença e o impacto da doença na vida do paciente, conforme descritos em seguida.

4.1.3.1 Conhecimento sobre o Tratamento na RCV e Expectativas quanto ao Exercício

Dos 72 participantes, 42 (58,3%) não conseguiram descrever o motivo pelo qual ingressaram no programa de RCV, ou seja, o motivo do tratamento com exercícios de condicionamento físico.

Também foram investigadas as expectativas dos participantes em relação ao exercício, com o questionamento: *“O(A) sr (a) acha que o exercício lhe fará bem?”*. Os dados obtidos são apresentados no Gráfico 1.

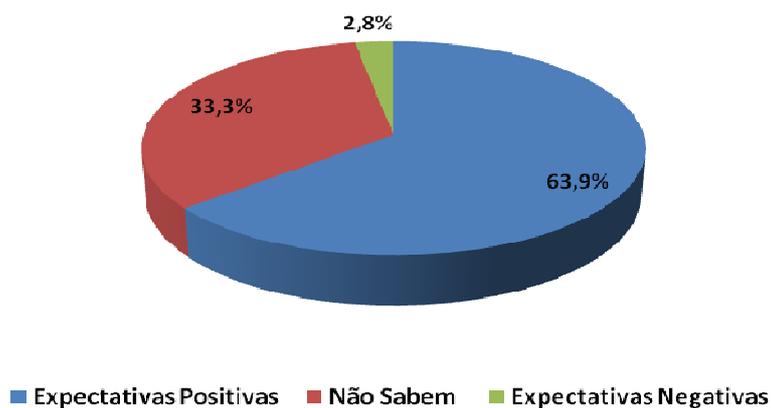


Gráfico 1 - Porcentagens dos participantes, ingressantes no Programa de Reabilitação Cardiovascular, quanto às expectativas atribuídas em relação aos exercícios de condicionamento físico (n=72).

Nota-se no Gráfico 1 que 46 (63,9%) participantes atribuíram expectativas positivas em relação ao exercício físico, acreditando que o mesmo lhes faria bem, 24 (33,3%) referiram não saber e dois (2,8%) disseram que não achavam que o exercício lhes faria bem.

As expectativas positivas em relação ao tratamento, atribuídas pelos participantes que conseguiram descrevê-las, podem ser observadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Frequências dos temas das verbalizações dos participantes ingressantes no programa de Reabilitação Cardiovascular, quando lhes era perguntado: *Por que o sr (a) acha que o exercício lhe fará bem?*

Temas das verbalizações das expectativas positivas	n
Melhora física	92
Sentirá o corpo melhor/ aumentará a capacidade física/ diminuirá o cansaço	22
Melhorará o coração/ o coração ficará mais forte	15
Diminuirá dores no peito/ perna	12
Desentupirá as veias	10
Irá emagrecer	07
Evitará piora/ outro enfarte/ cirurgia	07
Diminuirá/ melhorará/estabilizará pressão	07
Melhorará o diabetes	04
Evitará o sedentarismo	04
Diminuirá os remédios	04
Os médicos que falaram	20
Melhora psicológica	18
Terá mais segurança/ diminuirá o medo/ diminuirá a ansiedade	09
Aumentará a motivação/ entusiasmo/ disposição/distrairá	09
Aprenderá fazer o exercício	04
Poderá retornar ao trabalho	02
Não sabe responder ou afirmam que o exercício não lhes faria bem	40

Nota-se na Tabela 2 que as verbalizações de expectativas direcionadas à melhora física foram as mais citadas, seguidas pelas verbalizações de que foram os médicos aqueles que falaram que o exercício faria bem.

4.1.3.2 Conhecimento sobre o Diagnóstico e Fatores de Risco

Dos participantes, 60 (83,3%) demonstraram ter conhecimento sobre o diagnóstico da doença, ou seja, conseguiram descrever o diagnóstico dentro dos

critérios estabelecidos no estudo: nomeavam a doença e sabiam explicá-la em termos populares ou técnicos ou não a nomeavam, mas sabiam explicá-la.

Assim como foi avaliado o conhecimento dos participantes em relação ao diagnóstico da doença, também foi avaliado o conhecimento dos mesmos em relação aos fatores de risco para DCV (obesidade, DLP, DM e HAS). Classificou-se como “sabe se faz tratamento/ controle” aos participantes que relatavam respostas compatíveis com as descrições diagnósticas dos prontuários médicos, confirmadas a partir das três últimas consultas ambulatoriais. A Tabela 3 descreve as frequências e porcentagens dos participantes em relação ao conhecimento sobre o tratamento ou controle dos fatores de risco.

Tabela 3 - Frequências e porcentagens dos participantes ingressantes no programa de Reabilitação Cardiovascular, quanto ao conhecimento sobre o tratamento ou controle dos fatores de risco para DCV (n=72).

Conhecimento sobre tratamento ou controle dos fatores de risco para DCV	Sim		Não	
	n	%	n	%
Sabe que faz tratamento/ controle de peso	61	84,7	11	15,3
Sabe que faz tratamento/ controle de DLP	61	84,7	11	15,3
Sabe que faz tratamento/ controle para DM	66	91,7	06	8,3
Sabe que faz tratamento/ controle de HAS	60	83,3	12	16,7

DCV= Doenças Cardiovasculares, DLP= Dislipidemias, DM= *Diabetes Mellitus* e HAS= Hipertensão Arterial Sistêmica.

4.1.3.3 Atribuição de Causalidade e o Impacto da Doença

Quando questionados sobre o que poderia ter causado a doença cardíaca, os participantes apresentaram respostas com conteúdos diversos, que permitiu os classificar dentre cinco categorias de atribuição de causalidade: o próprio comportamento e fatores emocionais, fatores genéticos ou hereditariedade, desconhece, o comportamento de outros e acaso ou destino. A caracterização dos participantes em relação às categorias de atribuição de causalidade é apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 - Frequências e porcentagens dos participantes, ingressantes no programa de Reabilitação Cardiovascular, distribuídos nas categorias de causalidade da doença (n=72).

Causalidade da doença	n	%
O próprio comportamento e fatores emocionais	24	33,3
Fatores genéticos/ hereditariedade	17	23,6
Desconhece	13	18,1
O comportamento de outros	09	12,5
Acaso/destino	09	12,5

Observou-se na Tabela 4 que 24 (33,3%) participantes atribuíram a causa da doença ao próprio comportamento e fatores emocionais. Os participantes que atribuíram a causalidade da doença a fatores genéticos ou hereditariedade, ao acaso ou destino e ao comportamento de outros, somados representaram 54,2% da amostra.

As frequências de verbalizações dos participantes que atribuíram a causalidade da doença ao próprio comportamento e fatores emocionais são apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5 - Frequências dos conteúdos das verbalizações dos participantes que atribuíram a causalidade da doença do coração ao próprio comportamento e fatores emocionais, ao ingressarem no programa de Reabilitação Cardiovascular.

Verbalizações de atribuição de causalidade	n
O próprio comportamento/ fatores emocionais	77
Cigarro	23
Fatores emocionais (nervoso, estresse e tristeza)	20
Alimentação ruim	15
Sedentarismo	08
Bebida alcoólica	06
Pressão alta	03
Atividade física em excesso	02

Alguns exemplos de verbalizações dos participantes sobre a atribuição de causalidade da doença são apresentados nos parágrafos seguintes.

Exemplo 1 (O próprio comportamento/ fatores emocionais):

(Participante 6): *“Cigarro, gordura, fritura, né. A dificuldade de não ter um hábito de alimentação. Na profissão (caminhoneiro) não tem jeito, tem que comer cada dia num lugar...você fica na estrada. O estresse por causa da profissão que era muito corrida.”*

Exemplos 2 (Fatores genéticos/ hereditariedade):

(Participante 26) *“Apesar de ter fumado, e muito, e ter sido sedentário, os meus irmãos que eram cuidadosos tiveram o mesmo problema. Então, para mim foi meio inevitável.”*

(Participante 63) *“Os médicos falaram que foi o cigarro. Mas eu acho que não foi o cigarro não. Acho que foi o colesterol que eles descobriram que é genético. Meu pai e minha mãe tinham colesterol alto e morreram do coração.”*

Exemplo 3 (O comportamento de outros):

(Participante 8) *“O pior é o estresse. Quem não fica estressada com uma pessoa assim? (refere-se à mãe). O pior é que ela não tem nenhum problema físico como pressão alta, não enfartou, nada. Ela tá assim (Alzheimer) porque não aceitou as coisas da vida (morte do marido).”*

Exemplo 4 (Desconhece):

(Participante 16) *“Não sei... eles não me falaram, não. Os médicos não sabem por que a minha pressão sobe tanto. Não descobriram ainda. E o pior é que eu não sinto. As meninas falam: ‘é porque a senhora come muito’. Mas é mentira, eu regulo.”*

Exemplo 5 (Acaso/ destino):

(Participante 41) *“Não sou de acreditar nessas coisas assim, eu acho que é o destino, o que é pra ser vai ser.”*

Ainda investigando-se a atribuição de causalidade da doença e a percepção dos fatores de risco para DCV, verificou-se que, quando perguntado *“O (A) sr.(a) acha que poderia ter feito algo para evitar a doença ou a condição atual de saúde?”*, 45 (62,5%) participantes referiram que *“não”*, ou seja, acreditavam que não poderiam ter evitado a condição de saúde apresentada. Os conteúdos das verbalizações dos participantes foram listados e agrupados em categorias, que podem ser vistas na Tabela 6.

Tabela 6 - Frequências das categorias das verbalizações apresentadas pelos participantes em Reabilitação Cardiovascular, quando lhes era perguntado: *O que o senhor (a) acha que poderia ter feito para evitar a doença ou a condição atual de saúde?*

Categorias sobre como evitar	n
Nada	45
Ter evitado o cigarro	15
Ter cuidado da alimentação	11
Ter evitado problemas emocionais	08
Ter feito atividade física	07
Ter evitado a bebida	06

Observa-se na Tabela 6 que, dentre os conteúdos das verbalizações apresentadas pelos participantes que acreditavam que poderiam ter feito algo para evitar a condição atual de saúde, se destacou “ter evitado o cigarro”.

Entre as citações da categoria “Nada”, ou seja, dentre as verbalizações dos participantes que acreditavam que não poderiam ter feito algo para evitar, destacam-se os conteúdos cujos temas referiam-se à condição de saúde como sendo hereditária, à atribuição de responsabilidade ao comportamento de outros, ao acaso e a justificativas de desconhecimento sobre os fatores de risco e de prevenção, como exemplificado respectivamente nos exemplos 6, 7, 8, e 9.

Exemplo 6 (Fatores Genéticos/ hereditariedade):

(Participante 16) *“Não, não...eu conheço gente que come gordura, come gordura mesmo e não tem veia entupida.”*

(Participante 42) *“Não, porque meu pai morreu disso.”*

Exemplo 7 (O comportamento dos outros):

(Participante 68) *“O médico não explicou nada. Nunca perguntei pro médico o que é, por que cada dia tem um médico diferente que atende.”*

Exemplo 8 (Acaso/ destino):

(Participante 54) *“Acho que deu por que tinha que dar.”*

Exemplo 9 (Desconhece):

(Participante 28) *“Creio que não, por que a gente não tinha o conhecimento.”*

O Gráfico 2 demonstra a relação entre as respostas positivas e negativas dos participantes, quando questionados se poderiam ter evitado a condição atual de saúde e as categorias de atribuição de causalidade da doença.

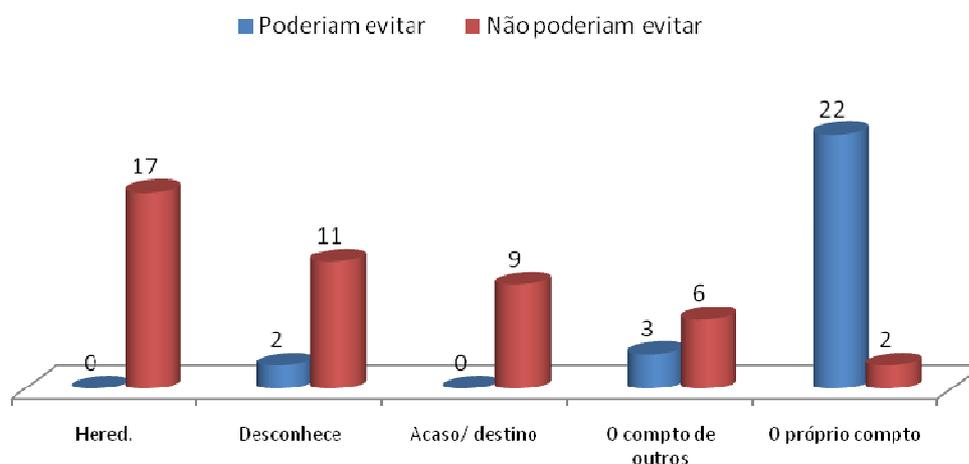


Gráfico 2 - Frequências das categorias de causalidade entre os participantes, ingressantes no programa de Reabilitação Cardiovascular, que referiram que poderiam ter feito algo para evitar e que não poderiam ter feito algo para evitar a doença ou a sua condição de saúde (n=72).

Em relação ao Gráfico 2, verificou-se que todos os participantes que referiram a causalidade da doença à hereditariedade, ou seja, aspectos não modificáveis de risco, relataram não poder evitar a condição de saúde. O mesmo ocorreu com os participantes que atribuíram a causalidade de doença ao acaso. Dentre os pacientes que desconheciam a causa da doença, 11 (84,6%) verbalizaram que nada poderiam ter feito para evitar a condição de saúde apresentada e, dentre os pacientes que atribuíram a causalidade de doença ao próprio comportamento, dois (4,4%) não acreditavam no controle pessoal de sua condição.

Foi investigado o impacto da doença na vida dos pacientes, quando perguntado "O (A) sr. (a) acha que mudou alguma coisa na sua vida com a doença do coração?". Verificou-se que 55 (76,4%) pacientes responderam que a doença acarretou mudanças, sendo que 43 (59,7%) consideraram essas mudanças como negativas e 12 (16,7%) consideraram como positivas. Dos participantes, 17 (23,6%) disseram que a doença do coração não trouxe nenhum tipo de modificação para sua vida.

Alguns exemplos de verbalizações do impacto da doença na vida dos pacientes são listados em seguida.

Exemplos 10 (Mudanças negativas):

(Participante 5) *“Sempre fui uma pessoa muito ativa. Fazia comida em casa, pra família, pros amigos, era uma delícia... Depois que passei mal, não posso mais nada, tudo eles proíbem... só tenho vontade de chorar agora.”*

(Participante 56) *“Agora eu tô inseguro, tenho medo de morrer. E depois que eu aposentei, por invalidez, a gente se sente um inútil. Antigamente eu conseguia segurar mais, cuidar da minha mulher, mas agora não tô mais conseguindo, eu explodo.”*

Exemplos 11 (Mudanças positivas):

(Participante 57) *“Eu comecei a pensar mais na saúde, no bem-estar.”*

(Participante 71) *“Mudou. Porque a gente fica pensando. Melhorou a vida, porque eu tinha uma tosse seca, que não tenho mais (deixou o cigarro). Nunca tinha ido no médico, agora fui, quase morto, mas fui! É um erro, a gente tem que cuidar.”*

Exemplo 12 (Ausência de mudanças):

(Participante 44) *“Nenhuma. Inclusive é como se eu não tivesse tido. Não parei de fumar, comer, nada (risos). Nunca tentei parar de fumar e depois do enfarte piorou, agora que eu fumo mais... Não sinto nada, parece que não tenho nada. Acho que estão exagerando.”*

4.1.4 Percepção de Complexidade do Tratamento

A percepção de complexidade do tratamento foi avaliada pelo conhecimento dos pacientes sobre as modalidades médicas nas quais se tratavam. Dos pacientes que ingressavam no programa de RCV, 59 (81,9%) não conseguiram relatar, quando questionados na entrevista, a diversidade de modalidades médicas das quais se tratavam, além do tratamento que iniciavam na RCV.

Observou-se também que 59 (81,9%) participantes, quando ingressaram na RCV, não conseguiram mencionar os médicos ou outros profissionais que cuidavam de sua saúde e que lhes forneciam orientações sobre seus tratamentos.

4.1.5 Percepção de Suporte Social

Algumas variáveis relacionadas a suporte social foram investigadas logo quando o participante ingressava na RCV, dentre elas: número de pessoas com quem o paciente residia, a percepção de suporte social em relação a outros tratamentos de saúde, a percepção de apoio social em relação à prática do exercício físico e a rede de contato social. Os dados referentes ao suporte social são mostrados na Tabela 7.

Tabela 7 - Frequências e porcentagens dos participantes, ingressantes no programa de Reabilitação Cardiovascular, quanto à percepção de apoio em relação a outros tratamentos, ao incentivo social em relação ao exercício físico e a rede de contato social (n=72).

Percepção de suporte social	n	%
Percepção do apoio social em relação a outros tratamentos de saúde		
Sente-se apoiado	55	76,4
Não se sente apoiado	17	23,6
Percepção do incentivo social em relação ao exercício físico		
Sente-se incentivado (a)	49	68,1
Não se sente incentivado (a)	23	31,9
Quem oferece o incentivo em relação ao exercício físico		
Familiares	44	61,1
Profissionais	04	5,6
Outros	01	1,38
Não se sente incentivado	23	31,9
Terá acompanhante durante RCV		
Terá acompanhante	20	27,8
Não terá acompanhante	52	72,2
Rede de contato social		
Considera que tem amigos com quem contar		
Sim	53	73,6
Não	19	26,4
Costuma conversar sobre dificuldades ou problemas		
Sim	34	47,2
Não	38	52,8

Destaca-se na Tabela 7 que, dos participantes, 55 (76,4%) sentem-se apoiados em relação a outros tratamentos de saúde, 49 (68,1%) pacientes verbalizam receber apoio social quanto à prática do exercício físico. Observou-se também que 53 (73,6%) pacientes verbalizam que tem amigos com quem contar, mas que 38 (52,8%) não têm o hábito de conversar com pessoas de seu convívio sobre suas dificuldades ou problemas.

Ainda em relação ao suporte social, quando investigado o número de pessoas com quem o paciente residia, verificou-se que 23 (31,9%) participantes relataram viver com até uma pessoa, sendo que três (4,2%) destes disseram viver sozinhos, e 49 (68,1%) disseram residir com mais de uma pessoa.

4.1.6 Sintomas Depressivos e Sintomas de Estresse

Os sintomas de depressão foram avaliados segundo os critérios do Inventário Beck de Depressão (BDI), nos modelos BDI e na subescala que avalia os sintomas cognitivos/afetivos de depressão BDI-13 e, os dados referentes à presença de sintomas depressivos na amostra, nestes dois modelos, são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 - Frequências e porcentagens dos participantes, ingressantes no programa de Reabilitação Cardiovascular, segundo a presença de sintomas indicativos de depressão, nos modelos de avaliação BDI e BDI - 13 (n=72).

Sintomas depressivos (BDI)	n	%
Sintomas clínicos de depressão	09	12,5
Níveis de depressão		
Mínimo	43	59,7
Leve	20	27,8
Moderado	09	12,5
BDI 13 (sintomas cognitivos/afetivos de depressão)		
Presença de sintomas indicativos de depressão	27	37,5
Ausência de sintomas indicativos de depressão	45	62,5

Na Tabela 8 verifica-se que nove participantes (12,5%) do estudo apresentaram escores no nível moderado, o que, segundo as normas do instrumento, os classificam como tendo sintomas indicativos de depressão. Nenhum dos integrantes da amostra apresentou escores no nível grave. Quando avaliados segundo os critérios do BDI 13, que visa analisar somente os aspectos cognitivos/afetivos do instrumento, desprezando os sintomas somáticos e de desempenho de depressão, observou-se que 27 (37,5%) participantes apresentaram escores ≥ 10 , o que os classificam como tendo sintomas clínicos indicativos de depressão.

Os sintomas de estresse foram avaliados a partir dos critérios do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). Os dados referentes à presença de sintomas indicativos de estresse na amostra podem ser vistos na Tabela 9.

Tabela 9 - Frequências e porcentagens dos participantes, ingressantes no programa de Reabilitação Cardiovascular, segundo a presença de sintomas indicativos de estresse, quanto às fases de estresse e à predominância dos sintomas, de acordo com o Inventário ISSL (n=72).

Sintomas de Stress (ISSL)	n	%
Ausência de estresse	40	55,6
Diagnóstico de Stress	32	44,4
Fases de estresse		
Fase alerta	0	-
Fase resistência	31	96,9
Fase quase exaustão	0	0
Fase exaustão	01	3,1
Predominância dos sintomas		
Sintomas psicológicos	25	78,1
Sintomas físicos	06	18,8
Sintomas físicos e psicológicos	01	3,1

Na tabela 9 pode-se observar que 32 (44,4%) participantes apresentaram sintomas diagnósticos de estresse, sendo que destes 31 (96,9%) foram diagnosticados na fase de resistência e um (3,1%) na fase de exaustão. Também se pode verificar que, dos 32 participantes que apresentaram sintomas indicativos de estresse, 25 (78,1%) apresentavam predominância de sintomas psicológicos de estresse, seis (18,8%) a predominância de sintomas físicos e apenas um (3,1%) participante apresentava sintomas físicos e psicológicos na mesma proporção.

4.1.7 Percepção do Estado de Saúde

A percepção do estado de saúde foi avaliada pela versão brasileira do instrumento *Medical Outcomes Study 36-Item, Short Form Survey (SF-36)*, o Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36). Segundo o instrumento pontuações nos domínios de saúde acima da média de 50, indicam um melhor estado de saúde. As pontuações abaixo dessa média indicam um pior estado de saúde.

As médias dos escores dos domínios de saúde do instrumento, representativas da amostra, são apresentadas no gráfico 3.

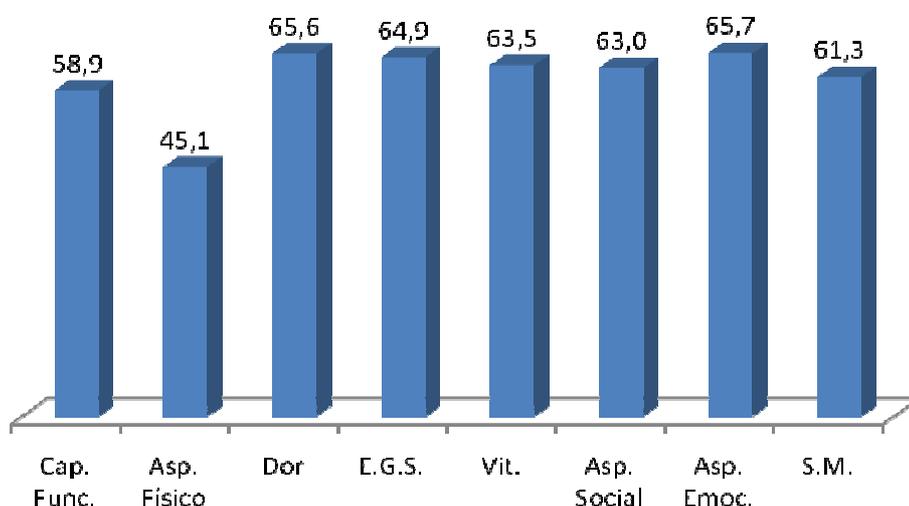


Gráfico 3 - Médias dos escores dos domínios do instrumento SF-36: Capacidade Funcional, Aspecto Físico, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspecto Emocional e Saúde Mental, apresentadas pelos participantes do estudo na primeira avaliação (n=72).

No gráfico 3 observa-se que a amostra de ingressantes no programa de RCV apresentou pontuações abaixo da média no domínio Aspecto Físico, o que indica uma pior percepção do estado de saúde dos participantes quanto a este domínio.

As frequências e porcentagens dos participantes de acordo com as pontuações apresentadas nos domínios de saúde do questionário SF-36 são descritas na tabela 10.

Tabela 10 - Frequências e porcentagens dos participantes, ingressantes no programa de Reabilitação Cardiovascular, quanto aos escores apresentados nos domínios de saúde do questionário SF-36 (n=72).

Escores do SF-36	n	%
Capacidade Funcional		
Escores >50	43	59,7
Escores ≤50	29	40,3
Aspecto Físico		
Escores >50	24	33,3
Escores ≤50	48	66,7
Dor		
Escores >50	53	73,6
Escores ≤50	19	26,4
Estado Geral de Saúde		
Escores >50	55	76,4
Escores ≤50	17	23,6
Vitalidade		
Escores >50	52	72,2
Escores ≤50	20	27,8
Aspectos Sociais		
Escores >50	35	48,6
Escores ≤50	37	51,4
Aspectos Emocionais		
Escores >50	47	65,3
Escores ≤50	25	34,7
Saúde Mental		
Escores >50	47	65,3
Escores ≤50	25	34,7

Pode-se notar na tabela 10 que 48 (66,7%) participantes apresentaram percepção de saúde com comprometimento no domínio Aspecto Físico e 37 (51,4%) demonstraram piores escores no domínio Aspectos Sociais, ao apresentarem pontuações inferiores a 50.

4.1.8 A Prática de Exercício Físico

Dos 72 integrantes do estudo, 38 (52,8%) relataram nunca ter feito exercícios físicos, 20 (27,8%) já faziam exercícios e 14 (19,4%) não estavam fazendo no momento da entrevista. Entre os que disseram já estar fazendo quando ingressaram no programa de RCV, 11 (55,0%) relataram que essa prática ocorria somente quando

tinham tempo disponível, e nove (45,0%) afirmaram ter um horário na sua rotina diária para a realização da atividade física regular.

Quando questionados se teriam algum problema de saúde que dificultaria a realização do exercício físico, 55 (76,4%) participantes verbalizam alguma limitação física que acreditavam que iria dificultar a prática do exercício no programa de RCV. Entre as queixas apontadas, 26 (36,1%) pacientes referiam ter dores nas pernas ou problemas vasculares, 22 (30,6%) referiam ter problemas de coluna ou ortopédicos e sete (9,7%) relataram outras queixas.

4.1.9 Adesão ao Programa de RCV

Dos participantes do estudo, 36 (50,0%) concluíram os seis meses de tratamento, ou receberam alta médica, assim compondo o grupo adesão e 36 (50,0%) pacientes abandonaram o tratamento em menos de seis meses do ingresso no mesmo, compondo o grupo abandono. A caracterização dos participantes em relação à adesão e ao abandono ao programa de reabilitação cardíaca pode ser vista na Tabela 11.

Tabela 11 - Frequência e porcentagem dos participantes quanto à adesão e abandono ao programa de Reabilitação Cardiovascular (n=72).

Adesão e Abandono		n	%
Adesão		36	50,0
Abandono		36	50,0
Adesão			
Em atividade (6 meses)		30	41,7
Afastamento médico		03	4,2
Alta médica		01	1,4
Falecimento		02	2,8
Abandono			
Abandono durante a fase II		14	19,4
Abandono após terminar a fase II		17	23,6
Abandono durante a fase III		05	6,9

Como pode ser visto na Tabela 11, dentre os participantes do grupo adesão, três (4,2%) foram afastados da atividade física pelos médicos, em razão de piora do quadro clínico, um (1,4%) recebeu alta e dois (2,8%) participantes faleceram durante o período do tratamento.

Verificou-se também que cinco (6,9%) participantes do grupo abandono não completaram o estudo: três deles por não retornarem para a avaliação final e dois por terem deixado o programa de RCV antes de completarem um mês de participação no mesmo, o que inviabilizou a reaplicação dos instrumentos. Logo, do total de 72 participantes, 65 concluíram as etapas da pesquisa, sendo 34 pacientes do grupo adesão e 31 do grupo abandono.

Observou-se que o abandono dos participantes ocorreu predominantemente após o término da fase II, a partir do momento em que os mesmos ingressariam na fase III da RCV e, assim, seriam encaminhados para a pista de atletismo da USP.

Quando entrevistados, todos os participantes que abandonaram o tratamento apresentaram motivos para tal, com exceção de dois pacientes, que não justificaram a evasão. Os motivos para o abandono foram categorizados e são apresentados na Tabela 12.

Tabela 12 - Frequências dos conteúdos das verbalizações dos participantes do grupo abandono, quando lhes era perguntado: *Por que o sr (a) deixou o programa de reabilitação/ o exercício físico?*

Verbalizações sobre o motivo do abandono	n
Retornar ao trabalho	10
Impedido por alguém	10
Distância de casa	09
Adoecimento/problemas de saúde	06
Fatores psicológicos	06
Insatisfação com os resultados	04
Alto custo despendido	03
Dificuldade de adaptação à pista	03
Satisfação com o resultado	02
Não justifica	02

Observa-se na Tabela 12 que, dentre as justificativas verbalizadas, destacaram os conteúdos relacionados a “retornar ao trabalho”, “impedido por alguém” e a “distância de casa”. Os exemplos de verbalizações nessas categorias são apresentados em seguida.

Exemplo (retornar ao trabalho): *“Perdi o auxílio (desemprego), então tenho que procurar emprego, não tem jeito. Gostaria de fazer, mas tenho que trabalhar...”*
(Participante 66)

Exemplo (impedido por alguém): *“A mulher continua daquele jeito. A senhora viu o jeito que ela falou no telefone? Não me deixa eu vim, mas depois fica falando pra todo mundo e chorando, dizendo que é culpa dela. Não podia sair de casa que ela começava chorar. Já é a terceira vez que eu começo a fazer e paro. Parece que sempre que eu começo, ela piora (sorri)”.* (Participante 56)

Exemplo (distância de casa): *“Cada vez que eu vinha aqui, ficava até as sete da noite, perdia muito tempo. Também para acordar às quatro da manhã, ficava muito cansativo.”* (Participante 6)

4.2 Variáveis Sócio-demográficas, Clínicas e Psicológicas em Relação à Adesão e ao Abandono ao Programa de RCV

Serão apresentadas descrições de relações entre as variáveis sócio-demográficas e psicológicas com adesão ou abandono ao tratamento. As descrições serão apresentadas dentro dos subtópicos referentes às variáveis estudadas: características sócio-demográficas, características clínicas, percepção de risco (conhecimento sobre o tratamento e conhecimento sobre o diagnóstico e fatores de risco), percepção da complexidade do tratamento, percepção de suporte social, prática de exercício físico, sintomas depressivos, presença de estresse e percepção do estado de saúde.

4.2.1 Características Sócio-demográficas em Relação à Adesão e ao Abandono

Ao se analisar as possíveis relações entre as variáveis sócio-demográficas e adesão ou abandono à reabilitação, verificou-se associação entre a variável condição empregatícia com abandono ao programa. Também ao se fazer o ajustamento entre as

variáveis sócio-demográficas estudadas foi encontrado associação entre condição empregatícia, escolaridade e distância do tratamento com abandono.

As relações entre as condições sócio-demográficas e adesão ou abandono são apresentadas na Tabela 13.

Tabela 13 - Frequências e porcentagens das variáveis sócio-demográficas em relação à adesão e abandono. *Odds Ratio* brutos e ajustados entre as variáveis sócio-demográficas para o abandono, com IC de 95%.

Variáveis sócio-demográficas	Total (n=72)	Adesão (n=36)	Abandono (n=36)	OR	IC 95%		ORaj	IC 95%	
	n	n (%)	n (%)		LI	LS		LI	LS
Sexo									
Homens	43	23 (53,5)	20 (46,5)	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Mulheres	29	13 (44,8)	16 (55,2)	1,4	0,6	3,6	1,0	0,2	5,0
Idade									
Menor ou igual a 60 anos	45	21 (46,7)	24 (53,3)	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Mais de 60 anos	27	15 (55,6)	12 (44,4)	0,7	0,3	1,8	0,4	0,1	1,6
Estado civil									
Com companheiro (a)	60	32 (53,3)	28 (46,7)	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Sem companheiro (a)	12	04 (33,3)	08 (66,7)	0,4	0,1	1,6	0,2	0,0	1,8
Escolaridade									
Até 07 anos de estudo	44	19 (43,2)	25 (56,8)	ref	ref	ref	ref	ref	ref
08 – 10 anos de estudo	08	06 (75,0)	02 (25,0)	0,3	0,1	1,4	0,1*	0,0	0,6
Mais que 10 anos	20	11 (55,0)	09 (45,0)	0,6	0,2	1,8	0,3	0,1	1,6
Condição empregatícia									
Afastado/ recebe auxílio	15	12 (80,0)	03 (20,0)	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Aposentado	23	11 (47,8)	12 (52,2)	4,4	0,9	19,7	14,4*	1,5	143,5
Trab. /em atividade	14	05 (35,7)	09 (64,3)	7,2*	1,4	38,3	21,4*	1,9	241,4
Dona de casa	12	05 (41,7)	07 (58,3)	5,6*	1,0	30,9	7,4	0,8	72,7
Desemp. e s/ auxílio	08	03 (37,5)	05 (62,5)	6,7	0,9	45,0	7,9	0,6	105,2
Renda pessoal p/ salários mínimo mensais**									
Até 1 salário	25	10 (40,0)	15 (60,0)	ref	ref	ref	ref	ref	ref
1,1 – 3 salários	38	23 (60,5)	15 (39,5)	0,4	0,2	1,2	0,9	0,2	3,7
Mais que 3 salários	05	01 (20,0)	04 (80,0)	2,7	0,3	27,5	3,7	0,3	52,4
Não sabe referir	04	02 (50,0)	02 (50,0)	0,7	0,1	5,5	6,0	0,3	131,3
Distância da residência									
Em RP ou até 50 km	51	24 (47,1)	27 (52,9)	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Entre 50 e 100 km	13	09 (69,2)	04 (30,8)	0,4	1,0	1,5	0,2*	0,0	0,9
Mais que 100 km	08	03 (37,5)	05 (62,5)	1,5	0,3	6,9	3,0	0,3	28,7

**A renda foi calculada com base no salário mínimo de 460 reais, valor vigente para o Estado de São Paulo na época da pesquisa. *p < 0,05; IC = Intervalo de Confiança de 95%; LI = Limite Inferior; LS = Limite Superior; OR = *Odds Ratio*; ORaj = *Odds Ratio* ajustado. Trab./em atividade = participantes que estavam trabalhando/em atividade; Desemp. e s/ auxílio = participantes que estavam desempregados e sem receber o auxílio doença.

Em relação aos dados sócio-demográficos descritos na Tabela 13, especificamente sobre as condições empregatícias, nota-se que, dos 14 participantes que referiram ao iniciar o programa de RCV, que estavam trabalhando/em atividade, nove (64,3%) abandonaram a reabilitação. O cálculo do *Odds Ratio* mostrou um risco de abandono de participantes que estavam trabalhando/em atividade 7,2 vezes maior do que participantes que estavam afastados recebendo auxílio doença, logo ao iniciar a reabilitação (OR 7,2; IC 95%; 1,4-38,3).

Também na Tabela 13 verifica-se que, ao se realizar o ajustamento entre as variáveis sócio-demográficas continuou-se observando associação entre condição empregatícia e abandono, de modo que os participantes que estavam trabalhando/em atividade apresentaram maior risco de abandono em relação aos participantes que estavam afastados/ recebendo o auxílio doença, ao ingressarem no programa de RCV (ORaj 21,4; IC 95%, 1,9-241,4). Também foi observado que com o ajustamento, a condição “ser dona de casa” perdeu associação com abandono e, pacientes que eram aposentados apresentaram maior risco de abandonarem o programa do que pacientes que estavam afastados/recebendo auxílio doença (ORaj 14,4; IC 95%; 1,5-143,5).

Também pode ser visto na Tabela 13 que, com o ajustamento entre as variáveis sócio-demográficas, a distância entre a residência do paciente e o local de tratamento passou a mostrar associação com o abandono, de modo que os pacientes que residiam entre 50 e 100 quilômetros de distância do centro de RCV apresentaram menor chance de abandoná-la em relação aos pacientes que residiam no local de tratamento ou até 50 quilômetros do mesmo (ORaj 0,2; IC 95%; 0,0 - 0,9).

Ainda com o ajustamento das variáveis sócio-demográficas, pode-se verificar que participantes que tinham de oito a 10 anos de estudo apresentaram menor chance de abandono em relação aos participantes que tinham até sete anos de estudo (ORaj 0,04; IC 95%; 0,01-0,56), demonstrando associação entre escolaridade e abandono à RCV, como pode ser visto na Tabela 13.

Os participantes do estudo também foram indagados quanto a possíveis prejuízos financeiros em relação à participação no programa de RCV. Na avaliação inicial, quando questionados se teriam prejuízos em participar do programa, 17 participantes responderam positivamente. Destes, nove (52,9%) aderiram ao tratamento e oito (47,1%) abandonaram o mesmo.

Quando questionados, na avaliação final, se tiveram prejuízos financeiros decorrentes da participação no programa, cinco (50,0%) pacientes do grupo adesão e cinco (50,0%) do grupo abandono afirmaram positivamente. Não foram encontradas associações entre prejuízos financeiros e abandono à reabilitação.

Na avaliação final, verificou-se que 16 pacientes referiram diminuição de renda durante o período em que estavam na reabilitação. Destes, sete (43,7%) aderiram e nove (56,2%) abandonaram o programa. Dos 46 pacientes que relataram que não houve mudança na renda nesse período, 26 (56,5%) compuseram o grupo adesão e 20 (43,5%) o grupo abandono. Já entre os três pacientes que disseram que a renda aumentou durante o período em que faziam o tratamento, um (33,3%) aderiu e dois abandonaram (66,7%) o programa. Não foi observada associação entre mudanças na renda e risco de abandono ao tratamento.

4.2.2 Condições Clínicas em Relação à Adesão e ao Abandono

As relações entre as variáveis clínicas (definidas pelos diagnósticos médicos e pelos fatores de risco para DCV) e adesão ou abandono ao programa de RCV são apresentadas na Tabela 14.

Tabela 14 - Frequências e porcentagens das condições clínicas em relação à adesão e abandono. *Odds Ratio* brutos e *Odds Ratio* ajustados entre as variáveis clínicas em relação ao abandono, com IC de 95%.

Condições clínicas	Total (n=72)	Adesão (n=36)	Abandono (n=36)	OR	IC 95%		ORaj	IC 95%		
	n	n (%)	n (%)		LI	LS		LI	LS	
Sobrepeso/Obesidade										
Sim	36	16 (44,4)	20 (55,6)	1,6	0,6	4,0	1,2	0,4	3,4	
Não	36	20 (55,6)	16 (44,4)	ref	ref	ref	ref	ref	ref	
DLP										
Sim	63	32 (50,8)	31 (49,2)	ref	ref	ref	ref	ref	ref	
Não	09	04 (44,4)	05 (55,6)	1,3	0,3	5,3	2,3	0,3	15,7	
DM										
Sim	32	15 (46,9)	17 (53,1)	1,3	0,5	3,2	1,4	0,5	3,9	
Não	40	21 (52,5)	19 (47,5)	ref	ref	ref	ref	ref	ref	
HAS										
Sim	69	34 (49,3)	35 (50,7)	2,1	0,2	23,8	1,3	0,9	19,0	
Não	03	02 (66,7)	01 (33,3)	ref	ref	ref	ref	ref	ref	
Sedentarismo										
Sim	53	24 (45,3)	29 (54,7)	2,1	0,7	6,1	1,8	0,5	6,0	
Não	19	12 (63,2)	07 (36,7)	ref	ref	ref	ref	ref	ref	
Tabagismo ao iniciar a RCV										
Sim	09	03 (33,3)	06 (66,7)	2,2	0,5	9,6	1,9	0,4	9,2	
Não	63	33 (52,4)	30 (47,6)	ref	ref	ref	ref	Ref	Ref	
Diagnósticos										
IAM	38	17 (44,7)	21 (55,3)	1,4	0,4	5,1	1,7	0,3	8,7	
Angina	21	12 (57,1)	09 (42,9)	0,9	0,2	3,5	0,9	0,1	5,4	
ICα ou Valvopatias	13	07 (53,8)	06 (46,2)	ref	ref	ref	ref	ref	ref	

IC = Intervalo de Confiança de 95%; LI = Limite Inferior; LS = Limite Superior; OR= *Odds Ratio*; ORaj = *Odds Ratio* ajustado. DLP = Dislipidemias; DM = *Diabetes Mellitus*; HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica; IAM= Infarto Agudo do Miocárdio; ICα= Insuficiência Cardíaca.

A análise estatística dos dados não mostrou associações entre as condições clínicas, tanto referentes aos fatores de risco para DCV, quanto aos diagnósticos médicos, e adesão ou abandono ao programa de RCV.

Na Tabela 14, quando observados os fatores de risco para DCV e abandono, verifica-se que dos 36 participantes que apresentaram diagnósticos médicos de sobrepeso ou obesidade, 20 (55,6%) abandonaram a reabilitação. O mesmo ocorreu com 17 (53,1%) dos 32 pacientes que tinham diagnóstico de DM, 35 (50,7%) dos 69 pacientes que tinham HAS e 29 (54,7%) dos 53 participantes que foram considerados pelos médicos como sedentários. Dentre os nove pacientes que se diziam fumantes, ao iniciar o programa de RCV, seis (66,7%) constituíram o grupo abandono.

Ao se analisar as relações entre os tipos de diagnósticos e o abandono ao programa, nota-se na Tabela 14 que, dos 38 participantes que tinham apresentado

IAM, 21 (55,3%) abandonaram o programa de RCV. Como já citado, não foram encontradas associações entre os diagnósticos com abandono ao programa.

Os participantes foram novamente avaliados quanto ao tabagismo ao concluírem seis meses de tratamento ou quando abandonaram o mesmo. Observou-se que seis (9,2%) pacientes relataram continuar fumando na avaliação final. Destes, quatro (66,7%) abandonaram a reabilitação. A análise estatística também não encontrou associação entre tabagismo, na avaliação final, e abandono à RCV.

Ao se calcular o *Odds Ratio* ajustado de todas as variáveis clínicas continuou-se não identificando associações entre essas variáveis com abandono a RCV, como mostra a Tabela 14.

4.2.3 Percepção de Risco em Relação à Adesão e ao Abandono

As variáveis chamadas de percepção de risco, como já citado anteriormente, compreenderam o conhecimento sobre o tratamento na RCV, o conhecimento sobre o diagnóstico e fatores de risco para DCV, a atribuição de causalidade da doença e o impacto da mesma. As relações entre essas variáveis de percepção de risco e adesão ou abandono foram analisadas, e são descritas em seguida.

4.2.3.1 Conhecimento sobre o Tratamento e Expectativas quanto ao Exercício em Relação à Adesão e ao Abandono

Os dados referentes ao conhecimento dos participantes sobre o motivo do tratamento, no momento em que ingressaram no RCV e na avaliação final, em relação à adesão ou abandono são apresentados na Tabela 15.

Tabela 15 - Frequências e porcentagens das categorias do conhecimento sobre o tratamento em relação à adesão e abandono. *Odds Ratio* brutos da variável conhecimento sobre o tratamento para o abandono, com IC de 95%.

Conhecimento sobre o tratamento	Total n	Adesão n (%)	Abandono n (%)	OR	IC 95%	
					LI	LS
Avaliação inicial (n=72)						
Sabem o motivo	30	16 (53,3)	14 (46,7)	ref	ref	ref
Não sabem o motivo	42	20 (47,6)	22 (52,4)	1,3	0,5	3,2
Avaliação final (n=65)						
Sabem o motivo	44	28 (63,6)	16 (36,4)	ref	ref	ref
Não sabem o motivo	21	06 (28,6)	15 (71,4)	4,4*	1,4	13,5

* $p < 0,05$; IC = Intervalo de Confiança de 95%; LI = Limite Inferior; LS = Limite Superior; OR= *Odds Ratio*.

Nota-se na Tabela 15 que, na avaliação final, quando novamente investigado o conhecimento sobre o tratamento, 21 participantes não conseguiram descrever o motivo do tratamento na RCV, e que destes, 15 (71,4%) constituíram o grupo abandono. A análise estatística mostrou associação entre não saber o motivo do tratamento, na avaliação final, e o abandono a RCV. Com o cálculo do *Odds Ratio* verificou-se que o risco de abandono dos pacientes que não sabiam o motivo do tratamento foi 4,4 vezes maior em relação aos pacientes que sabiam o motivo do tratamento, na avaliação final (OR 4,4; IC 95%; 1,4-13,5).

Também foram investigadas, na avaliação inicial, as expectativas dos participantes em relação a fazer o exercício físico, pelo questionamento: “O (A) sr. (a) acha que o exercício lhe fará bem?”. Quando os pacientes completavam seis meses de participação no programa de RCV ou o abandonavam, também foi solicitado que avaliassem a prática do exercício físico, pelo questionamento: “O (A) sr. (a) acha que o exercício lhe fez bem?”. Os dados referentes às análises das expectativas dos participantes quando ingressavam na RCV e das avaliações quanto ao exercício na avaliação final, são mostradas na Tabela 16.

Tabela 16 - Frequências e porcentagens das expectativas e avaliações dos participantes quanto ao exercício físico, em relação à adesão e abandono. *Odds Ratio* brutos das expectativas e avaliações para o abandono, com IC de 95%.

Expectativas e avaliações dos participantes em relação ao exercício físico	Total	Adesão	Abandono	OR	IC 95%	
	n	n (%)	n (%)		LI	LS
Expectativas (n=72)						
O exercício lhe fará bem?						
Fará bem	46	28 (60,9)	18 (39,1)	ref	ref	ref
Não sabe ou não fará bem	26	08 (30,8)	18 (69,2)	3,5*	1,3	9,7
Avaliações (n=65)						
O exercício lhe fez bem?						
Fez bem/ muito bem	48	28 (58,3)	20 (41,7)	ref	ref	ref
Mais ou menos	10	05 (50,0)	05 (50,0)	1,4	0,4	5,5
Não fez bem	07	01 (14,3)	06 (85,7)	8,4	0,9	75,2

* $p < 0,05$; IC = Intervalo de Confiança de 95%; LI = Limite Inferior; LS = Limite Superior; OR= *Odds Ratio*.

Na Tabela 16, nota-se que dos 46 participantes que atribuíram expectativas positivas em relação ao exercício, acreditando que o mesmo lhes faria bem, 28 (60,9%) aderiram à reabilitação. Entre os 26 que acreditavam que o exercício não lhes faria bem, ou não sabiam se o exercício lhes faria bem, 18 (69,2) abandonaram o programa. A análise estatística mostrou existir uma associação entre as expectativas negativas ou incertezas sobre o tratamento e o abandono à RCV. O cálculo do *Odds Ratio* verificou que o risco de abandono dos pacientes que acreditavam que o exercício não lhes faria bem ou que não sabiam se o exercício lhes faria bem foi 3,5 vezes maior que os pacientes que tinham expectativas de que o exercício iria lhes fazer bem (OR 3,5; IC95%; 1,3-9,7).

Ainda em relação à Tabela 16, na avaliação final, quando investigadas as avaliações quanto ao exercício físico, observou-se que dos sete participantes que referiram que a prática do exercício não lhes fez bem, seis (85,7%) compuseram o grupo abandono. Não foi identificado, pela análise estatística, associação entre as avaliações finais sobre a prática do exercício físico e abandono à RCV.

4.2.3.2 Conhecimento sobre o Diagnóstico e Fatores de Risco em Relação à Adesão e ao Abandono

As relações entre o conhecimento sobre o diagnóstico e sobre os fatores de risco para DCV, com adesão e o abandono são apresentadas na Tabela 17.

Tabela 17 - Frequências e porcentagens das categorias do conhecimento sobre o diagnóstico, na avaliação inicial e avaliação final, e dos fatores de risco para DCV, na avaliação inicial, em relação à adesão e abandono. *Odds Ratio* brutos do conhecimento sobre o diagnóstico e fatores de risco em relação ao abandono, com IC de 95%.

Conhecimento sobre o diagnóstico e fatores de risco para DCV	Total	Adesão	Abandono	OR	IC 95%	
	n	n (%)	n (%)		LI	LS
Conhecimento sobre o diagnóstico						
Avaliação inicial (n=72)						
Conhecimento suficiente	60	32 (53,3)	28 (46,7)	ref	ref	ref
Conhecimento insuficiente	12	04 (33,3)	08 (66,7)	2,3	0,6	8,4
Avaliação final (n=65)						
Conhecimento suficiente	60	34 (56,7)	26 (43,3)	----	----	----
Conhecimento insuficiente	05	0	05 (100,0)			
Conhecimento sobre trat. controle dos fatores de risco para DCV (n=72)						
Sabe que faz trat./ controle de peso						
Sim	61	32 (52,5)	29 (47,5)	ref	ref	ref
Não	11	04 (36,4)	07 (63,6)	1,9	0,5	7,3
Sabe que faz trat./ controle de DLP						
Sim	61	30 (49,2)	31 (50,8)	ref	ref	ref
Não	11	06 (54,5)	05 (45,5)	0,8	0,2	2,9
Sabe que faz trat./ controle para DM						
Sim	66	33 (50,0)	33 (50,0)	ref	ref	ref
Não	06	03 (50,0)	03 (50,0)	1,0	0,2	5,3
Sabe que faz trat./ controle de HAS						
Sim	60	30 (50,0)	30 (50,0)	ref	ref	ref
Não	12	06 (50,0)	06 (50,0)	1,0	0,3	3,5

IC = Intervalo de Confiança de 95%; LI = Limite Inferior; LS = Limite Superior; OR= *Odds Ratio*. DCV= Doenças Cardiovasculares; DLP = Dislipidemias; DM = *Diabetes Mellitus*; HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica. O *Odds Ratio* do conhecimento sobre o diagnóstico, na avaliação final, não pôde ser calculado.

A análise dos dados não mostrou associações entre o conhecimento sobre o diagnóstico e o conhecimento sobre os fatores de risco para DCV e abandono ao programa de RCV.

Observa-se na Tabela 17 que, dentre os 12 participantes que tinham conhecimento insuficiente sobre o diagnóstico da doença, ao ingressar no programa de RCV, oito (66,7%) abandonaram o tratamento. Todos os participantes que tinham conhecimento insuficiente na avaliação final constituíram o grupo abandono. Em relação ao conhecimento sobre os fatores de risco e abandono a RCV, nota-se que, dos 11 pacientes que desconheciam se faziam tratamento ou controle de peso, sete (63,6%) abandonaram a reabilitação. Com já citado, não foi identificada associação entre o conhecimento sobre o diagnóstico da doença e sobre os fatores de risco para DCV e abandono a RCV.

4.2.3.3 Atribuição de Causalidade e Impacto da Doença em Relação à Adesão e ao Abandono

As relações entre a causalidade atribuída à doença do coração e adesão ou abandono à reabilitação cardíaca são apresentadas na Tabela 18.

Também na Tabela 18, são demonstradas as relações entre as respostas positivas e negativas dos participantes, quando questionado, ao ingressarem na RCV, se poderiam ter evitado a condição de saúde que apresentavam no momento da entrevista.

Tabela 18 - Frequências e porcentagens da atribuição de causalidade da doença e das respostas positivas e negativas dos participantes, quando questionado se poderiam evitar a condição de saúde apresentada, em relação à adesão e abandono. *Odds ratio* brutos das variáveis em relação ao abandono, com IC de 95%.

Atribuição de causalidade da doença	Total	Adesão	Abandono	OR	IC 95%	
	n	n (%)	n (%)		LI	LS
Categorias de causalidade						
Avaliação inicial (n=72)						
O próprio comport.e fat. emocionais	24	15 (62,5)	09 (37,5)	ref	ref	ref
Outros fatores	35	13 (37,1)	22 (62,8)	2,8*	1,0	8,3
Desconhece	13	08 (61,5)	05 (38,5)	1,0	0,3	4,2
Avaliação final (n=65)						
O próprio comport.e fat. emocionais	27	18 (66,7)	09 (33,3)	ref	ref	ref
Outros fatores	26	09 (34,6)	17 (65,4)	3,8*	1,2	11,8
Desconhece	12	07 (58,3)	05 (41,7)	1,4	0,4	5,8
Poderia ter feito algo para evitar a condição atual de saúde? (n=72)						
Sim	27	17 (62,9)	10 (37,1)	ref	ref	ref
Não	45	19 (42,2)	26 (57,8)	2,3	0,9	6,2

* $p < 0,05$; IC = Intervalo de Confiança de 95%; LI = Limite Inferior; LS = Limite Superior; OR= *Odds Ratio*. O próprio comport. e fat. emocionais = O próprio comportamento e fatores emocionais.

Pode-se verificar na Tabela 18 que, quando investigado com os participantes as causas atribuídas à doença do coração, 35 deles atribuíram a outros fatores que não se relacionavam ao próprio comportamento e emoções (hereditariedade, acaso ou destino e ao comportamento de outros). Destes, 22 (62,8%) abandonaram a RCV. Com o cálculo do *Odds Ratio* identificou-se que os participantes que atribuíram a causa de sua doença do coração a outros fatores, que não se relacionavam com seu comportamento ou fatores emocionais, apresentaram 2,8 vezes maior risco de abandono à reabilitação, quando comparados com os participantes que atribuíram a causalidade da doença ao próprio comportamento e fatores emocionais (OR 2,8; IC 95%; 1,0-8,3).

Também na Tabela 18 pode ser visto que, na avaliação final, quando novamente investigado com os participantes as causas atribuídas à doença do coração, entre os 26 participantes que atribuíram a causalidade da doença a outros fatores não relacionados ao próprio comportamento e emoções, 17 (65,4%) abandonaram a RCV. A análise estatística mostrou associação entre atribuição de causalidade da doença e abandono ao tratamento. O cálculo do *Odds Ratio* mostrou que o risco de abandono

dos participantes que atribuíram a causalidade a outros fatores foi 3,8 vezes maior que os participantes que atribuíram a causa da doença ao próprio comportamento e fatores emocionais, na avaliação final (OR 3,8; IC 95%, 1,2-11,8).

Ainda na Tabela 18, nota-se que, 45 participantes afirmaram que não poderiam ter evitado a condição de saúde apresentada. Entre estes participantes, 26 (57,8%) constituíram o grupo abandono. A análise estatística não mostrou associação entre a variável, “acreditar que poderia ter evitado”, e abandono à RCV.

Também foi investigado o impacto da doença do coração na vida dos participantes, verificando-se se a doença acarretou modificações para vida dos mesmos. As relações entre o impacto da doença e adesão ou abandono à reabilitação são apresentadas na Tabela 19.

Tabela 19 - Frequências e porcentagens das respostas referentes ao impacto da doença do coração na vida dos participantes, em relação à adesão e abandono. *Odds Ratio* brutos do impacto da doença do coração para o abandono, com IC de 95%.

Impacto da doença do coração na vida	Total	Adesão	Abandono	OR	IC 95%	
	n	n (%)	n (%)		LI	LS
Não trouxe mudanças	17	07 (41,2)	10 (58,8)	ref	ref	ref
Trouxe mudanças	55	29 (52,7)	26 (47,3)	0,6	0,2	1,9
Tipo de mudança						
Mudanças positivas	12	08 (66,7)	04 (33,3)	ref	ref	ref
Mudanças negativas	43	21 (48,8)	22 (51,2)	2,1	0,6	8,0
Não trouxe mudanças	17	07 (41,2)	10 (58,8)	2,9	0,6	13,3

IC = Intervalo de Confiança de 95%; LI = Limite Inferior; LS = Limite Superior; OR= *Odds Ratio*.

A análise estatística não mostrou associação entre o impacto da doença do coração e abandono ao tratamento.

Pode-se verificar na Tabela 19 que, dos 17 participantes que relataram que a doença do coração não trouxe nenhum tipo de modificação para sua vida, 10 (58,8%) abandonaram a RCV.

Os dados referentes à percepção de risco na avaliação inicial (conhecimento sobre o tratamento, expectativas quanto ao exercício físico e causalidade da doença) foram ajustados entre si, em relação ao abandono e são apresentados na Tabela 20. Também na mesma Tabela 20 são apresentados os ajustamentos dos dados de percepção de risco na avaliação final (conhecimento sobre o tratamento, avaliação sobre o exercício físico e causalidade).

Tabela 20: *Odds Ratio* brutos e *Odds Ratio* ajustados entre as variáveis de percepção de risco em relação ao abandono, na avaliação inicial e avaliação final.

Percepção de risco	Adesão	Abandono	OR	IC 95%		ORaj	IC 95%	
	n (%)	n (%)		LI	LS		LI	LS
Avaliação inicial (n=72)								
Conhecimento do tratamento								
Sabem o motivo	16 (53,3)	14 (46,7)	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Não sabem o motivo	20 (47,6)	22 (52,4)	1,3	0,5	3,2	0,9	0,3	2,4
Expectativas quanto ao exercício								
Fará bem	28 (60,9)	18 (39,1)	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Não sabe ou não fará bem	08 (30,8)	18 (69,2)	3,5*	1,3	9,7	3,5*	1,2	10,6
Causalidade da doença								
O próprio comport.e fat. emoc.	15 (62,5)	09 (37,5)	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Outros fatores	13 (37,1)	22 (62,8)	2,8*	1,0	8,3	2,4	0,8	7,4
Desconhece	08 (61,5)	05 (38,5)	1,0	0,3	4,2	0,8	0,2	3,4
Avaliação final (n=65)								
Conhecimento do tratamento								
Sabem o motivo	28 (63,6)	16 (36,4)	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Não sabem o motivo	06 (28,6)	15 (71,4)	4,4*	1,4	13,5	3,7*	1,1	12,5
Avaliações sobre o exercício								
Fez bem/ muito bem	28 (58,3)	20 (41,7)	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Mais ou menos	05 (50,0)	05 (50,0)	1,4	0,4	5,5	1,7	0,4	7,5
Não fez bem	01 (14,3)	06 (85,7)	8,4	0,9	75,2	5,3	0,5	55,8
Causalidade da doença								
O próprio comport.e fat. emoc.	18 (66,7)	09 (33,3)	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Outros fatores	09 (34,6)	17 (65,4)	3,8*	1,2	11,8	3,6*	1,1	12,2
Desconhece	07 (58,3)	05 (41,7)	1,4	0,4	5,8	1,4	0,3	6,6

* $p < 0,05$; IC = Intervalo de Confiança de 95%; LI = Limite Inferior; LS = Limite Superior; OR = *Odds Ratio*; ORaj = *Odds Ratio* ajustados. Causalidade da doença= categorias de atribuição de causalidade da doença do coração; O próprio comport.e fat. emocionais = o próprio comportamento/ fatores emocionais.

Na Tabela 20, observa-se que, ao se realizar os ajustamentos entre as variáveis “conhecimento sobre o motivo do tratamento”, “expectativas dos participantes em relação ao exercício físico” e a “atribuição de causalidade da doença”, na avaliação inicial, verificou-se que as expectativas do pacientes apresentavam sobre o exercício ao ingressarem no programa de RCV continuaram mostrando associação com o abandono, de modo que os participantes que atribuíram expectativas negativas ao exercício físico ou que não sabiam se ele lhes faria bem apresentaram um maior risco de abandono em relação aos pacientes que apresentavam expectativas positivas quanto ao exercício (ORaj 3,6; IC 95%; 1,2-10,9). Observou-se também que, com o ajustamento entre as variáveis, a causalidade da doença perdeu associação com o abandono, na avaliação inicial.

Ainda na Tabela 20, observa-se que, com os ajustamentos das variáveis “conhecimento sobre o tratamento”, “avaliação sobre os benefícios do exercício físico”

e “atribuição da causalidade da doença”, na avaliação final, identificou-se que o conhecimento sobre o motivo do tratamento na RCV continuou demonstrando associação com o abandono (ORaj 3,7; IC 95%, 1,1-12,9). Observou-se também na avaliação final que, com o ajustamento entre as variáveis de percepção de risco, a causalidade da doença, especificamente a atribuição da causa da doença a outros fatores não relacionados ao próprio comportamento, continuou apresentando associação com o abandono (ORaj 3,6; IC 95%; 1,1-12,2).

4.2.4 Percepção de Complexidade do Tratamento em Relação à Adesão e ao Abandono

A percepção da complexidade do tratamento foi avaliada pelo conhecimento dos pacientes sobre as modalidades/especialidades nas quais se tratavam. Também foi avaliada a relação entre os pacientes e os membros da equipe, por meio do conhecimento dos participantes sobre os profissionais que cuidavam do seu tratamento na RCV. A relação equipe-paciente e a percepção da complexidade do tratamento quanto à adesão e ao abandono a RCV são apresentadas na Tabela 21.

Tabela 21 - Frequência e porcentagens dos participantes quanto ao conhecimento sobre os profissionais que cuidam de sua saúde e ao conhecimento da diversidade modalidades tratadas, em relação à adesão e abandono. *Odds Ratio* brutos das variáveis para o abandono, com IC de 95%.

Conhecimento sobre quem cuida da sua saúde	Total	Adesão	Abandono	OR	IC 95%	
	n	n (%)	n (%)		LI	LS
Avaliação inicial (n=72)						
Conhecimento dos profissionais						
Nomeia quem cuida da saúde	13	05 (38,5)	08 (61,5)	1,8	0,5	6,1
Não nomeia quem cuida da saúde	59	31 (52,5)	28 (47,5)	ref	ref	ref
Modalidades de tratamento						
Menciona modalidades nas quais trata	19	12 (63,2)	07 (36,7)	ref	ref	ref
Não menciona modalidade nas quais trata	53	24 (45,3)	29 (54,7)	2,1	0,7	6,1
Avaliação final (n=65)						
Conhecimento dos profissionais						
Nomeia quem cuida da saúde	36	24 (66,7)	12 (33,3)	ref	ref	ref
Não nomeia quem cuida da saúde	29	10 (34,5)	19 (65,5)	3,8*	1,4	10,7

* $p < 0,05$; IC = Intervalo de Confiança de 95%; LI = Limite Inferior; LS = Limite Superior; OR= *Odds Ratio*.

Nota-se na Tabela 21 que, na avaliação final, dos 29 pacientes que não nomeavam os médicos ou outros profissionais que cuidavam de sua saúde, 19 (65,5%) abandonaram a RCV. A análise dos dados mostrou associação entre o conhecimento sobre quem cuida da saúde, na avaliação final, e abandono. Os pacientes que não nomeavam o médico ou outros profissionais que cuidavam da saúde, na avaliação final, apresentaram 3,8 vezes maior risco de abandono em relação aos pacientes que mencionavam os profissionais que cuidavam de sua saúde.

4.2.5 Percepção de Suporte Social em Relação à Adesão e ao Abandono

As relações entre as variáveis de suporte social “percepção do incentivo social quanto à prática do exercício físico”, “ter acompanhante durante a RCV” e a “rede de contato social” foram analisadas, e a relação com a adesão e o abandono à reabilitação são apresentadas na Tabela 22.

Tabela 22 - Frequências e porcentagens dos participantes quanto ao suporte social, em relação à adesão e abandono. *Odds ratio* brutos e *Odds Ratio* ajustados entre as variáveis de suporte social para o abandono, com IC de 95%.

Percepção de suporte social em relação ao exercício	Total n	Adesão n (%)	Abandono n (%)	OR	IC 95%		ORaj	IC 95%	
					LI	LS		LI	LS
Avaliação inicial (n=72)									
Percepção do incentivo social quanto ao exercício									
Sente-se incentivado (a)	49	29 (59,2)	20 (40,8)	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Não se sente incentivado (a)	23	07 (30,4)	16 (69,6)	3,3*	1,2	9,5	3,3*	1,1	10,4
Acompanhante durante RCV									
Terá acompanhante	20	12 (60,0)	08 (40,0)	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Não terá acompanhante	52	24 (46,2)	28 (53,8)	1,8	0,6	5,0	1,3	0,4	3,8
Rede de contato social									
Possui amigos	53	27 (50,9)	26 (49,1)	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Não possui amigos	19	09 (47,4)	10 (52,6)	1,2	0,4	3,3	0,8	0,3	2,6
Avaliação final (n=65)									
Percepção do incentivo social quanto ao exercício									
Sente-se incentivado (a)	14	08 (57,1)	13 (42,9)	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Não se sente incentivado (a)	51	26 (50,9)	18 (49,1)	4,5*	1,6	13,1	4,9*	1,5	16,4
Acompanhante durante RCV									
Teve acompanhante	14	08 (57,1)	06 (42,9)	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Não teve acompanhante	51	26 (51,0)	25 (49,0)	1,3	0,4	4,2	0,7	0,2	2,8
Rede de contato social									
Aumentou contato social	38	26 (68,4)	12 (31,6)	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Não aumentou contato social	27	08 (29,6)	19 (70,4)	5,2*	1,8	15,0	5,2*	1,6	16,3

* $p < 0,05$; IC = Intervalo de Confiança de 95%; LI = Limite Inferior; LS = Limite Superior; OR= *Odds Ratio*, ORaj= *Odds Ratio* ajustados. RCV = Reabilitação Cardiovascular.

Observa-se na Tabela 22 que, dos 49 participantes que ao ingressarem no programa de RCV relataram sentirem-se incentivados socialmente em relação à prática do exercício físico, 29 (59,2%) aderiram ao tratamento. Entre os 23 pacientes que disseram, na avaliação inicial, que não se sentiam apoiados quanto à prática do exercício físico, 16 (69,6%) abandonaram a RCV. A análise estatística encontrou associação entre a percepção do incentivo social quanto à prática do exercício e abandono ao tratamento. O cálculo do *Odds Ratio* mostrou que os participantes que relatavam, na avaliação inicial, que não se sentiam incentivados quanto à prática do exercício físico apresentaram um risco 3,3 vezes maior de abandono à reabilitação, em relação aos participantes que se sentiam incentivados (OR 3,3; IC 95%; 1,2-9,5).

Ainda em relação à Tabela 22, observa-se que, quando novamente avaliado a percepção do incentivo social quanto à prática do exercício físico, na avaliação final, 26 participantes relataram que não se sentiram incentivados em relação ao exercício, e destes, 18 (69,2%) abandonaram o programa de RCV. A análise estatística mostrou

associação entre percepção do incentivo social quanto ao exercício e abandono ao tratamento, também na avaliação final. O cálculo do *Odds Ratio* verificou que o risco de abandono dos pacientes que não se sentiram incentivados quanto à prática do exercício, na avaliação final, foi 4,5 vezes maior que os pacientes que relataram incentivados socialmente (OR 4,5; IC 95%; 1,6-13,1).

Ainda em relação ao suporte social percebido, investigou-se com os participantes sua rede de contato social, identificando se acreditavam que tinham amigos com quem poderiam contar. Destaca-se, na Tabela 22 que, na avaliação final, quando investigado o aumento da rede de contato social em relação à avaliação inicial, 38 participantes referiram que fizeram amizades durante o período em que estiveram na reabilitação. Destes, 26 (68,4%) aderiram ao tratamento. Entre os 27 pacientes que não apresentaram aumento de sua rede de contato social, no período em que estiveram na RCV, observou-se que 19 (70,4%) abandonaram o programa. A análise estatística identificou associação entre o aumento de contatos sociais e abandono. O cálculo do *Odds Ratio* mostrou que o risco de abandono entre os pacientes que relataram não ter feito amizades durante a reabilitação foi 5,2 vezes maior que os pacientes que relataram ampliação de sua rede social (OR 5,2; IC 95%, 1,8-15,0).

Como pode ser visto na Tabela 22, ao se realizar o ajustamento das variáveis relacionadas ao suporte social, “percepção do incentivo social em relação ao exercício” físico, “ter acompanhante durante a RCV” e a “rede de contato social”, continuou-se observando associação entre a percepção de incentivo social quanto ao exercício e abandono ao iniciar a reabilitação (ORaj 3,3; IC 95%; 1,1-10,4). Observou-se também que a percepção do incentivo social, na avaliação final, continuou associada ao abandono a RCV (ORaj 4,9; IC 95%; 1,5-16,4).

Também com o ajustamento das variáveis relacionadas ao suporte social, observou-se que a rede social continuou mostrando associação com o abandono, na avaliação final. Pacientes que não apresentavam aumento de sua rede de contato social, durante o período em que estiveram na RCV, apresentaram maior risco de abandono em relação aos pacientes que apresentaram aumento de rede social (ORaj 5,2; IC 95%; 1,6-16,3), como pode ser visto na Tabela 22.

4.2.6 Sintomas Depressivos e de Estresse em Relação à Adesão e ao Abandono

Os dados referentes à presença de sintomas clínicos indicativos de depressão foram avaliados segundo o inventário BDI, e são apresentados na Tabela 23.

Tabela 23 - Frequências e porcentagens dos participantes quanto à presença de sintomas indicativos de depressão, segundo o inventário BDI, em relação à adesão e abandono. *Odds Ratio* brutos e ajustados entre as variáveis indicativas de depressão para o abandono, com IC de 95%.

Sintomas indicativos de depressão (BDI)	Total n	Adesão n (%)	Abandono n (%)	OR	IC 95%		ORaj	IC 95%	
					LI	LS		LI	LS
Avaliação inicial (n=72)									
Níveis de depressão – BDI									
Mínimo	43	24 (55,8)	19 (44,2)	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Leve	20	08 (40,0)	12 (60,0)	1,9	0,7	5,6	0,3	0,0	2,3
Moderado (depressão)	09	04 (44,4)	05 (55,6)	1,6	0,4	6,7	0,1	0,0	1,6
Subescala BDI 13									
Ausência de depressão	45	28 (62,2)	17 (37,8)	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Presença de depressão	27	08 (29,6)	19 (70,4)	3,9*	1,4	10,9	16,7*	1,7	163
Avaliação final (n=65)									
Níveis de depressão – BDI									
Mínimo	46	26 (56,5)	20 (43,5)	---	---	---	---	---	---
Leve	12	08 (66,7)	04 (33,3)	---	---	---	---	---	---
Moderado (depressão)	07	0	07 (100,0)	---	---	---	---	---	---
Subescala BDI 13									
Ausência de depressão	45	27 (60,0)	18 (40,0)	ref	ref	ref	---	---	---
Presença de depressão	20	07 (35,0)	13 (65,0)	2,8	0,9	8,3	---	---	---

* $p < 0,05$; IC = Intervalo de Confiança de 95%; LI = Limite Inferior; LS = Limite Superior; OR= *Odds Ratio*; ORaj= *Odds Ratio ajustados*. A subescala BDI 13 considera os sintomas cognitivos/afetivos do instrumento, desconsiderando os sintomas somáticos de depressão. O *Odds Ratio* dos níveis de depressão e os ajustamentos entre as variáveis de depressão na avaliação final, não puderam ser calculados.

A análise estatística não encontrou associação entre a presença de sintomas indicativos de depressão no modelo BDI com abandono ao tratamento, na avaliação inicial. Também não foram encontradas associações entre os níveis de depressão com abandono à reabilitação.

Em relação à Tabela 23, ao se observar a presença de depressão segundo o modelo BDI-13, que considera exclusivamente os sintomas cognitivos/afetivos do instrumento, verificou-se que 27 pacientes apresentaram sintomas indicativos de depressão, ao ingressarem na RCV. Destes, 19 (70,4%) abandonaram o tratamento. A análise estatística identificou associação entre presença de sintomas de depressão, segundo o modelo BDI-13, com abandono ao tratamento. O cálculo do *Odds Ratio*

mostrou que o risco de abandono da reabilitação entre os participantes que apresentaram sintomas cognitivos/afetivos de depressão foi 3,9 vezes maior que entre os participantes que não apresentaram sintomas cognitivos/afetivos de depressão, na avaliação inicial (OR 3,9; IC 95%; 1,4-10,9).

Na Tabela 23 é possível verificar que, na avaliação final, sete participantes apresentaram escores de depressão no nível moderado, o que os classificam como tendo sintomas clínicos indicativos de depressão. Todos esses participantes abandonaram o tratamento, mas não foi possível analisar a relação entre a presença de depressão, na avaliação final, com abandono à reabilitação.

Ao se realizar o ajustamento entre as variáveis de depressão (nos modelos BDI e BDI-13) na avaliação inicial, observou-se que a presença de sintomas indicativos de depressão, segundo os critérios do BDI-13, continuou associada ao abandono do programa de RCV (ORaj 16,7; IC95%; 1,7-163,0). Não foi possível realizar os ajustamentos entre as variáveis de depressão (nos modelos BDI e BDI 13) na avaliação final.

O estresse foi avaliado segundo o instrumento ISSL. Os dados referentes à relação entre estresse e adesão ou abandono ao tratamento são apresentados na Tabela 24.

Tabela 24 - Frequências e porcentagens dos participantes quanto à presença de sintomas indicativos de estresse, segundo o inventário ISSL, em relação à adesão e abandono. *Odds Ratio* das variáveis de estresse para o abandono, com IC de 95%.

Sintomas indicativos de estresse (ISSL)	Total	Adesão	Abandono	OR	IC 95%	
	n	n (%)	n (%)		LI	LS
Sintomas de estresse						
Avaliação inicial (n=72)						
Ausência de estresse	40	21 (52,5)	19 (47,5)	ref	ref	ref
Presença de estresse	32	15 (46,9)	17 (53,1)	1,3	0,5	3,2
Predominância de sintomas (n=72)						
Ausência de sintomas	40	21 (52,5)	19 (47,5)	ref	ref	ref
Sintomas físicos	06	03 (50,0)	03 (50,0)	---	---	---
Sintomas psicológicos	25	11 (44,0)	14 (56,0)	---	---	---
Sintomas físicos e psicológicos	01	0	01 (100,0)	---	---	---
Sintomas de estresse						
Avaliação final (n=65)						
Ausência de estresse	48	28 (58,3)	20 (41,7)	ref	ref	ref
Presença de estresse	17	06 (35,3)	11 (64,7)	2,6	0,8	8,1
Predominância de sintomas (n=65)						
Ausência de sintomas	48	28 (58,3)	20 (41,7)	ref	ref	ref
Sintomas físicos	04	04 (100,0)	0	---	---	---
Sintomas psicológicos	10	05 (50,0)	05 (50,0)	---	---	---
Sintomas físicos e psicológicos	03	02 (66,7)	01 (33,3)	---	---	---

IC = Intervalo de Confiança de 95%; LI = Limite Inferior; LS = Limite Superior; OR= *Odds Ratio*. O *Odds Ratio* dos tipos predominantes de sintomas de estresse, segundo o ISSL, na avaliação inicial e final, não pôde ser calculado.

Pode-se verificar na Tabela 24 que, dos 32 participantes que apresentaram sintomas indicativos de estresse, na avaliação inicial, 17 (53,1%) abandonaram a RCV. Na avaliação final, dos 17 participantes que apresentavam sintomas indicativos de estresse, segundo o ISSL, 11 (64,7%) abandonaram o tratamento. Não foi identificada associação entre estresse e abandono ao tratamento na RCV.

Não foi possível realizar os ajustamentos entre sintomas de estresse e a predominância dos sintomas, tanto na avaliação inicial, quanto na avaliação final.

4.2.7 Percepção do Estado de Saúde em Relação à Adesão e ao Abandono

A percepção do estado de saúde foi avaliada pelo questionário SF-36, que considera as pontuações nos domínios acima da média de 50, como um indicativo de

melhor estado de saúde e as pontuações abaixo de média de 50, como indicativo de um pior estado de saúde. Também, de acordo com os critérios do instrumento, quanto maior os escores dos domínios, melhor a percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde.

As distribuições dos dados dos domínios de saúde do instrumento SF-36, atribuídos pelo grupo adesão e pelo grupo abandono, na avaliação inicial, são apresentadas na Tabela 25.

Tabela 25 - Descrição das variáveis dos domínios de saúde do instrumento SF-36, por grupo, na avaliação inicial.

Grupo	Domínios (SF-36)	Média	Desvio padrão	Min	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máx
Abandono (n=36)	Cap. Funcional	56,0	20,8	15	40,0	52,5	72,5	90
	Asp. Físico	44,4	36,9	0	12,5	25	75,0	100
	Dor	64,7	29,9	0	46,0	61	100,0	100
	EGS	60,2	25,6	5	43,5	62	87,0	100
	Vitalidade	61,0	21,7	10	52,5	60	77,5	100
	Asp. Sociais	61,1	29,2	0	37,5	56,25	93,75	100
	Asp. Emoc.	59,3	35,7	0	33,3	66,7	100,0	100
	Saúde Mental	56,9	23,9	4	40,0	56	78,0	100
Adesão (n=36)	Cap. Funcional	61,8	16,9	30	50,0	60	72,5	90
	Asp. Físico	45,8	36,1	0	25,0	50	75,0	100
	Dor	66,4	26,3	22	42,0	61	100,0	100
	EGS	69,6	20,8	22	66,0	72	84,5	100
	Vitalidade	66,0	22,7	20	45,0	65	90,0	100
	Asp. Sociais	64,2	30,4	12,5	37,5	50	100,0	100
	Asp. Emoc.	72,2	39,4	0	33,3	100	100,0	100
	Saúde Mental	65,7	20,9	24	48,0	70	80,0	100

Min=Mínimo, Máx=máximo, Cap. Funcional=Capacidade Funcional, Asp. Físico=Aspecto Físico, EGS=Estado Geral de Saúde, Asp. Sociais=Aspectos Sociais, Asp. Emoc.=Aspecto Emocional.

Nota-se na Tabela 25 que, na avaliação inicial, tanto os participantes do grupo abandono, quanto os do grupo adesão apresentaram médias abaixo de 50 pontos no domínio Aspecto Físico. Os participantes do grupo abandono apresentaram maiores médias no domínio Dor, enquanto que os participantes do grupo adesão apresentaram maiores medias do domínio Estado Geral de Saúde.

As distribuições dos dados dos domínios do instrumento SF-36, atribuídos pelo grupo adesão e pelo grupo abandono, na avaliação final, são apresentadas na Tabela 26.

Tabela 26 - Descrição das variáveis dos domínios de saúde do instrumento SF-36, por grupo, na avaliação final.

Grupo	Domínios (SF-36)	Média	Desvio padrão	Min	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máx
Abandono (n=34)	Cap. Funcional	60,5	25,1	15	35,0	65,0	80	100
	Asp. Físico	61,3	39,7	0	25,0	75,0	100	100
	Dor	64,7	29,7	20	41,0	61,0	100	100
	EGS	65,3	23,7	20	52,0	67,0	87	100
	Vitalidade	62,7	24,9	15	40,0	65,0	85	100
	Asp. Sociais	62,9	29,5	12,5	37,5	62,0	100	100
	Asp. Emoc.	68,8	42,1	0	33,3	100,0	100	100
	Saúde Mental	57,9	28,9	8	28,0	56,0	84	100
Adesão (n=31)	Cap. Funcional	69,1	20,4	30	55,0	70,0	85	100
	Asp. Físico	70,6	34,0	0	50,0	75,0	100	100
	Dor	66,6	27,1	31	41,0	62,0	100	100
	EGS	66,8	22,5	17	57,0	67,0	82	100
	Vitalidade	74,3	22,7	20	65,0	80,0	90	100
	Asp. Sociais	84,2	27,9	25	75,0	100,0	100	100
	Asp. Emoc.	86,3	27,4	0	100,0	100,0	100	100
	Saúde Mental	73,1	18,1	28	64,0	78,0	88	100

Min.=Mínimo, Máx=máximo, Cap. Funcional=Capacidade Funcional, Asp. Físico=Aspecto Físico, EGS=Estado Geral de Saúde, Asp. Sociais=Aspectos Sociais, Asp. Emoc.=Aspecto Emocional.

As diferenças entre os grupos adesão e abandono, quanto à distribuição dos dados dos domínios de saúde do SF-36, na avaliação inicial e na avaliação final, são demonstradas na Tabela 27.

Tabela 27 - Diferenças entre o grupo adesão e abandono, na avaliação inicial e na avaliação final, quanto à distribuição dos dados referentes aos domínios de saúde do instrumento SF-36.

Domínios (SF-36)	Avaliação Inicial p-valor	Avaliação Final p-valor
Capacidade Funcional	0,22	0,20
Aspecto Físico	0,81	0,41
Dor	0,97	0,79
Estado Geral de Saúde	0,10	0,80
Vitalidade	0,36	0,06
Aspectos Sociais	0,70	< 0,01
Aspectos Emocionais	0,09	0,10
Saúde Mental	0,13	0,04

Na Tabela 27 é possível observar que não foram encontradas diferenças significantes entre o grupo adesão e grupo abandono, quanto aos domínios de saúde do instrumento SF-36, na avaliação inicial. Já na avaliação final, observou-se diferença significativa entre o grupo adesão e abandono no domínio Aspectos Sociais ($p < 0,01$) e

Saúde Mental ($p=0,04$). Deste modo, verificou-se que o grupo adesão apresentou melhores distribuições que o grupo abandono nessas duas subescalas.

O Gráfico 4 ilustra as médias dos domínios de saúde do instrumento SF-36, representativas da percepção do estado de saúde atribuída pelo grupo adesão e grupo abandono, ao ingressarem no programa de RCV.

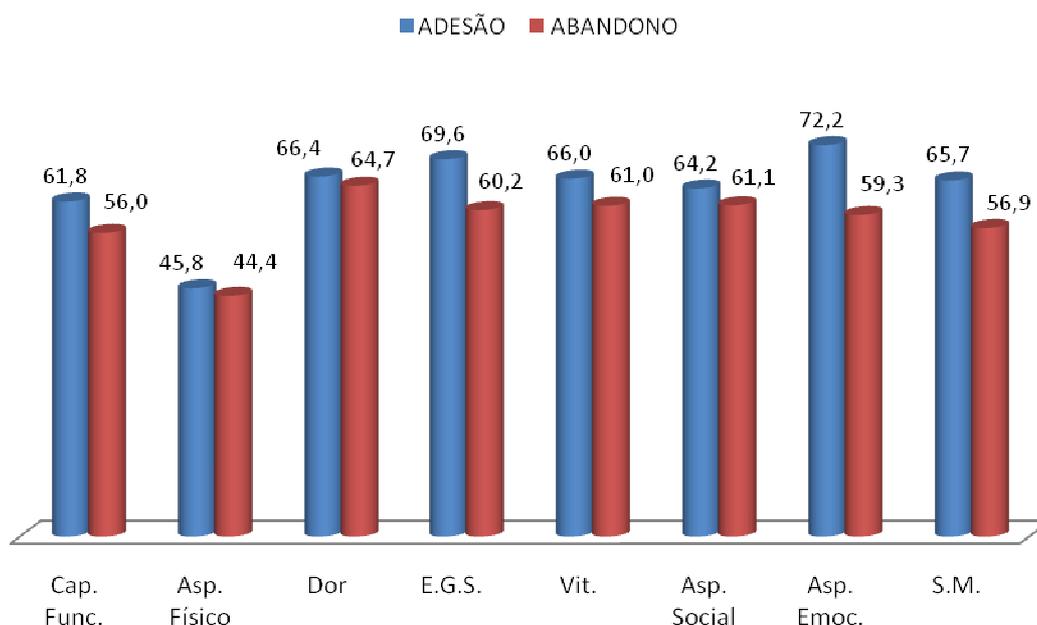


Gráfico 4 - Médias dos domínios de saúde do instrumento SF-36, representativas da percepção sobre o estado de saúde atribuída pelos participantes do grupo adesão ($n=36$) e grupo abandono ($n=36$), na avaliação inicial.

Cap. Func.=Capacidade Funcional, Asp. Físico=Aspecto Físico, EGS=Estado Geral de Saúde, Vit.=Vitalidade, Asp. Sociais=Aspectos Sociais, Asp. Emoc.=Aspecto Emocional, S.M.=Saúde Mental.

Nota-se no Gráfico 4 que, na avaliação inicial, tanto os participantes do grupo abandono, quanto os do grupo adesão apresentaram média abaixo de 50 pontos no domínio aspecto físico, o que, segundo os critérios do instrumento SF-36 indicaria um pior estado de saúde.

As médias dos domínios de saúde do instrumento SF-36, representativas da percepção do estado de saúde dos participantes do grupo adesão e do grupo abandono, na avaliação final, são ilustradas no Gráfico 5.

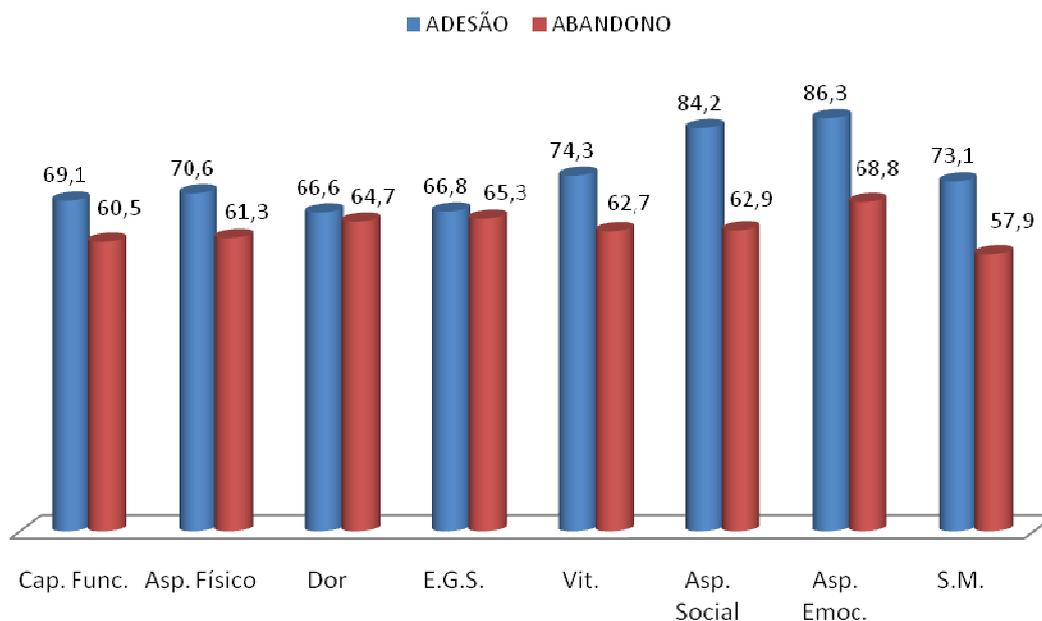


Gráfico 5 - Médias dos domínios de saúde do instrumento SF-36, representativas da percepção sobre o estado de saúde atribuída pelos participantes do grupo adesão (n=34) e grupo abandono (n=31), na avaliação final.

Cap. Func.=Capacidade Funcional, Asp. Físico=Aspecto Físico, EGS=Estado Geral de Saúde, Vit.=Vitalidade, Asp. Sociais=Aspectos Sociais, Asp. Emoc.=Aspecto Emocional, S.M.=Saúde Mental.

Nota-se no Gráfico 5 que, tanto os participantes do grupo adesão, quanto os do grupo abandono, apresentaram médias acima de 50 pontos em todos os domínios de saúde, o que indicaria, segundo os critérios do SF-36, um melhor estado de saúde.

4.2.8 Prática de Exercício Físico em Relação à Adesão e ao Abandono

Os dados referentes ao histórico de prática de exercícios físicos e a relação com adesão ou abandono ao programa de RCV são mostradas na Tabela 28.

Tabela 28 - Frequências e porcentagens dos participantes quanto à prática de exercícios físicos anterior ao ingresso no programa de RCV, em relação à adesão e abandono. *Odds Ratio* brutos da prática de exercícios para o abandono, com IC de 95%.

Prática de exercícios físicos prévia	Total	Adesão	Abandono	OR	IC 95%	
	n	n (%)	n (%)		LI	LS
Faziam exercícios físicos	20	14 (70,0)	06 (30,0)	ref	ref	ref
Não faziam exercícios físicos	14	07 (50,0)	07 (50,0)	2,3	0,6	9,6
Nunca fizeram exercícios físicos	38	15 (39,5)	23 (60,5)	3,6*	1,1	11,4

* $p < 0,05$; IC = Intervalo de Confiança de 95%; LI = Limite Inferior; LS = Limite Superior; OR= *Odds Ratio*.

Observa-se na Tabela 28 que dos 38 participantes que, ao ingressarem na RCV, relataram nunca ter feito exercícios físicos, 23 (60,5%) abandonaram a reabilitação. A análise estatística identificou associação entre a história de prática de exercícios físicos e abandono ao tratamento. O *Odds Ratio* mostrou que o risco de abandono ao tratamento entre os pacientes que nunca fizeram exercícios foi 3,6 vezes maior que os pacientes que já faziam exercícios físicos, ao ingressar no programa de RCV (OR 3,6; IC95%, 1,1-11,4).

Quando questionados, na avaliação final, sobre a prática de exercício feito em casa (externo ao programa de RCV), 18 (52,9%) participantes do grupo adesão e 18 (58,1%) do grupo abandono disseram não fazê-la. Não foi observada associação entre a prática de exercício em casa com abandono ao tratamento.

Os conteúdos motivos apresentados pelos participantes para não fazer exercício físico em casa foram categorizados e são apresentados na Tabela 29.

Tabela 29 - Frequências das categorias das verbalizações dos participantes do grupo adesão e abandono, quanto aos motivos de não fazer exercício físico em casa.

Motivos de não fazer exercício em casa	Adesão n	Abandono n	Total n (%)
Falta de motivação/ preguiça	08	09	17 (47,2)
Problemas físicos/ falta de saúde	03	06	09 (25,0)
Falta de tempo	03	03	06 (16,7)
Ausência de companhia	01	0	01 (2,8)
Medo	0	03	03 (8,3)
Não tem autorização médica	04	0	04 (11,1)

Na Tabela 29, destacam-se as verbalizações relacionadas à “falta de motivação/ preguiça” e a existência de problemas de saúde que dificultariam a prática do exercício físico em casa.

5 DISCUSSÃO

5.1 Adesão e Abandono ao Programa de RCV

Para a OMS (2004), adesão é um fenômeno multifatorial, que envolve variáveis sócio-econômicas, fatores relacionados à doença e condições do tratamento, variáveis relacionadas a características do paciente e do sistema de saúde. Para Straub (2005), adesão é difícil de ser aferida por ser um conceito amplo que abarca inúmeros fatores e, também, pela dificuldade de prever os comportamentos dos indivíduos, já que se comportam diferentemente dependendo do contexto em que estão inseridos.

Os trabalhos que se propuseram compreender a adesão a tratamentos médicos mostram que são baixas as taxas de participação dos pacientes em programas que almejam mudanças de comportamentos, como os de reeducação alimentar, tratamentos para combater o uso de tabaco e de álcool e programas de exercícios físicos (CHOW et al., 2010). Segundo Straub (2005) até 80% dos pacientes abandonam programas que envolvem mudanças no estilo de vida.

A dificuldade em relação à participação dos pacientes em programas de RCV parece ser universal e diversos são os estudos que procuram identificar variáveis que possam prever abandono ou as recusas dos pacientes em participar dos programas, e assim desenvolver intervenções que possam aumentar as taxas de adesão, otimizando a utilização dos programas de RCV.

Uma revisão de literatura, com 15 estudos, incluindo pacientes dos Estados Unidos, Reino Unido e Nova Zelândia, mostra que a participação nos programas varia entre 13% e 70%, e que a definição do conceito de adesão e os métodos utilizados para avaliá-la foram contraditórios nos estudos (COOPER et al. 2002). Segundo Witt et al. (2004) e Suaya et al. (2007), apesar dos benefícios físicos e psicológicos que a RCV oferece aos pacientes, as taxas de participação nos Estados Unidos são baixas, entre 55% e 14%, após ter um IAM.

O estudo de Deskur-Smlelecka et al. (2009), realizado na Polônia, identificou que 22,9% dos pacientes que iniciaram a RCV a deixaram durante a fase II. Eles citam

que as taxas de adesão de pacientes cardiopatas a programas de reabilitação geralmente variam entre 40% e 50%, num período de seis a 12 meses.

O estudo Norte Americano desenvolvido por Casey et al. (2008) descreve que 21,2% dos pacientes que participaram da fase II de um programa de RCV de 12 semanas não o concluíram. Neste estudo, o programa envolvia sessões que visavam a prática do exercício físico monitorado e conteúdos educativos; ocorriam, em média, três vezes por semana, totalizando 36 sessões. Lavie e Milani (2006a) mostraram que 24,8% dos participantes de um programa de 12 semanas, com sessões de exercícios e programa educativo, não completaram a fase II da RCV.

Corroborando os dados apresentados, o presente estudo mostrou que 50% dos participantes do programa de RCV abandonaram o tratamento em menos de seis meses de participação no mesmo. Observou-se que 23,6% dos pacientes abandonaram o programa ao terminar a fase II, momento em que eram convidados a participar da fase III, na pista de atletismo da USP, e que 19,4% dos participantes abandonaram a reabilitação durante a fase II. Segundo Godoy (1997), a segunda fase do programa de RCV se caracteriza por um período em que ocorre a avaliação física do paciente e início da adaptação do indivíduo ao exercício físico.

Observou-se ainda que uma menor parte dos pacientes, que correspondeu a 6,9%, abandonou o programa quando já estavam na fase III da RCV. A terceira fase do programa de RCV objetiva alcançar e manter os efeitos fisiológicos do exercício regular e corresponde a um momento em que a prática do exercício ainda é supervisionada pelos fisioterapeutas e pelos médicos, mas a supervisão é menos controlada (GODOY, 1997).

Os achados deste estudo estão de acordo com Dishman (1994), Forjaz e Tinucci (2002) e Keller, Fleury e Mujezinovic-Womack (2003), que dizem que metade dos indivíduos que iniciam algum programa de exercícios físicos desiste dessa prática dentro de seis meses. Os dados do presente estudo sugerem que as dificuldades de adesão dos pacientes se fizeram, predominantemente, durante a fase II, momento de avaliação do paciente e período em que estes teriam que se adaptar ao exercício físico regular. Nota-se que grande parte dos participantes deixou o programa nesta fase ou ao terminá-la, portanto, anterior ao período de adaptação ao exercício.

Uma limitação do atual estudo é que a adesão foi avaliada pela participação no programa num período de seis meses, e não pelo número de sessões em que o paciente estava presente e que fazia o exercício físico. Observou-se, ao longo da pesquisa, que alguns participantes apresentaram alta frequência de faltas no programa e comportamentos de esquiva em relação a fazer o exercício (como relatar sentir-se mal, evitando realizar a atividade proposta), principalmente no início da sua participação. Apesar dessa limitação, acredita-se que o presente trabalho utilizou um critério objetivo para avaliar a participação dos pacientes na RCV.

Na literatura, Casey et al. (2008), ao analisar as razões dos pacientes para o abandono da reabilitação cardíaca, encontraram que 17% dos participantes que não completaram a RCV apresentaram relatos de problemas de saúde e 16% alegavam impedimentos pelo trabalho ou outros compromissos. No trabalho de Deskur-Smlelecka et al. (2009), as verbalizações que justificaram o abandono mostraram-se relacionadas a problemas com o transporte até o centro de reabilitação (39%) e à incompatibilidade entre o trabalho e o tratamento (13%). Estes pesquisadores descrevem também que 9% dos pacientes convidados a participar do programa de RCV citaram problemas de saúde como barreiras para esse tratamento e 11% deles expressaram intenção de participar do programa, mas não compareceram em nenhuma das sessões de treinamento.

Quando os participantes do presente estudo foram questionados sobre o motivo do abandono à reabilitação, observou-se verbalizações, em maior frequência, relacionadas às categorias “retorno ao trabalho”, “ser impedido por alguém” e “distância de casa”. Esses dados mostram-se semelhantes aos encontrados na literatura.

Em relação aos motivos para o abandono apresentados, algumas considerações devem ser realizadas. A primeira delas é que segundo Godoy (1997), Kulcu et al. (2007) e Moraes et al. (2005) possibilitar o retorno ao trabalho é dos principais objetivos do programa de RCV, que visa à retomada da saúde global do indivíduo. Logo, acredita-se que abandonar a RCV em razão das atividades laborais poderia sinalizar possíveis benefícios que a participação no programa produziu para o sujeito.

A segunda consideração seria sobre a justificativa para o abandono relacionada a “ser impedido por alguém”. Diversos estudos descrevem que compromissos ou

responsabilidades, sobretudo com familiares, seriam barreiras para a efetiva participação na reabilitação cardíaca (COOPER et al. 2007, DESKUR-SMLELECKA et al. 2009, KING et al. 2000; PETTER et al. 2009; SHERWOOD, JEFFERY, 2000). Assim como no atual trabalho, Deskur-Smlelecka et al. (2009) identificaram que, entre as justificativas apresentadas pelos pacientes para não participar da reabilitação cardíaca, estaria a “necessidade cuidar de membros da família”. O trabalho de Petter et al. (2009) descreve que barreiras familiares, como a falta de suporte, podem influenciar na adesão à reabilitação e King et al. (2000) e Sherwood e Jeffery (2000) dizem que geralmente as mulheres apresentam maior dificuldade de praticar exercícios físicos por serem responsáveis por tarefas domésticas e cuidados com filhos.

A terceira consideração envolve as justificativas relacionadas ao tema “distância de casa”. Os pacientes alegavam que esperavam muitas horas para retornar para casa, após terminarem a sessão de reabilitação, e se queixavam também de dificuldades decorrentes da dependência de transporte. Assim como o presente trabalho, Petter et al. (2009) e Dunlay et al. (2009) demonstraram que preocupações com o transporte estiveram associadas com deixar a reabilitação, e que a distância entre o centro de reabilitação e a residência do participante também foi uma das barreiras para a adesão à RCV. Dunlay et al. (2009) identificaram que os pacientes que tinham habilitação para dirigir eram mais prováveis de participar do programa de RCV, quando comparados com os que não dirigiam.

Observou-se que as justificativas relatadas pelos pacientes para o abandono, no atual estudo, se mostram semelhantes às justificativas apresentadas por participantes de outros estudos internacionais, o que revela que as dificuldades verbalizadas por pacientes sobre participar dos programas de RCV parecem ser universais.

5.2 Características Sócio-demográficas

Alguns estudos internacionais demonstram existir relação entre variáveis sócio-demográficas, como sexo, idade, escolaridade e renda, com adesão aos programas de RCV, mas os dados referentes a essa relação ainda são divergentes

(TAYLOR, WILSON, SHARP, 2010). Outros estudos, como o de Deskur-Smlelecka et al. (2009), não encontram relações entre as características sócio-demográficas e adesão à reabilitação.

Straub (2005) descreve que, na população geral, homens praticam mais atividades físicas que mulheres, e que a prática diminuiria com a idade. Diversos estudos mostram a prevalência de homens nos programas de RCV (CASEY et al., 2008; GONÇALVES et al., 2006; HAMER e STAMATAKIS, 2009; JACKSON et al., 2005). No estudo de Dunlay et al. (2009), 65,5% da amostra foi constituída por homens, apesar de não encontrarem diferenças quanto ao gênero na adesão ao programa. No presente estudo, os homens representaram 59,7% da amostra e também não foi encontrada associação entre sexo e abandono ao programa de RCV.

No que se refere à idade, alguns trabalhos demonstram existir relação entre esta variável e adesão à RCV (CASEY, et al., 2008; LAVIE, MILANI, 2006a; HAMER, STAMATAKIS, 2009). Hamer e Satamatakis (2009) identificaram, em um programa de RCV, que os participantes mais velhos constituíram o grupo de pacientes inativos. Já Casey et al. (2008) observaram que pacientes mais velhos, com 65 anos ou mais, apresentaram 2,4 vezes maior chance de aderir à RCV do que pacientes mais jovens, com idades inferiores a 65 anos. Estes últimos autores observaram que 35% dos participantes mais jovens abandonaram a reabilitação, enquanto que 15% do grupo de pacientes mais velhos fizeram o mesmo.

No presente trabalho, observou-se que 62,5% da amostra foi constituída por pacientes que tinham idades inferiores a 60 anos e que 53,3% dos participantes deste grupo abandonaram a reabilitação, enquanto que o abandono no grupo de paciente com idades superiores a 60 anos foi 44,4%. Entretanto, não foi encontrada associação entre idade e abandono à reabilitação.

No atual trabalho também não foram identificadas associações entre estado civil e renda com abandono à RCV, diferentemente do que descrevem Dishman (1994), King et al. (1992) e Jackon et al. (2005), que mostram a tendência entre não ter companheiros e abandono da reabilitação, além da associação entre baixa renda e menor participação nos programas de RCV.

Quanto às condições empregatícias dos participantes, foi identificada associação entre “estar trabalhando/em atividade” e abandonar a reabilitação. Os

participantes que estavam trabalhando, quando ingressaram na RCV, demonstraram 7,2 vezes maior risco de abandono, quando comparados com os participantes que estavam afastados/recebendo auxílio doença. Pôde-se verificar também neste estudo que, com o ajustamento entre as variáveis sócio-demográficas, ocorreu o aumento do risco de abandono da variável “estar trabalhando/em atividade”.

Como citado anteriormente, entre as justificativas apresentadas pelos participantes para o abandono, destacaram-se, com maiores frequências, as verbalizações relacionadas a “retornar ao trabalho”. Esses achados são convergentes aos resultados apresentados por Sanderson et al. (2003), que observaram uma associação entre abandono e trabalho, de modo que os pacientes que verbalizavam razões não médicas para o abandono tinham 2,2 vezes maior chance serem empregados e estarem trabalhando, quando comparados com os pacientes do grupo que apresentou razões médicas (problemas físicos) para o abandono.

Notou-se que grande parte dos pacientes que relataram que estavam trabalhando/em atividade eram autônomos. Supõe-se que, se esses pacientes fossem melhor orientados sobre os benefícios do programa e recebessem suporte para melhor organizar seu tempo de trabalho, poderiam apresentar maior participação na reabilitação cardíaca, assim concluindo as etapas que ela compreende.

O estudo de Yonezawa et al. (2009) buscou identificar os efeitos de participar da fase II de um programa de RCV para o retorno ao trabalho, entre pacientes que tiveram um IAM. O estudo revelou que participar do programa mostrou-se associado com melhor percepção de qualidade de vida, menores níveis de ansiedade e diminuição do relato de estressores no trabalho, após seis meses do IAM, quando comparados aos pacientes que não participaram da RCV.

No presente estudo, a condição de “ser aposentado” passou a demonstrar associação com o abandono, quando ajustada a outras variáveis sócio-demográficas. Considera-se que no futuro, análises mais aprofundadas no grupo de pacientes aposentados poderão ser realizadas, a fim de identificar características presentes neste grupo que possam estar influenciando o abandono, como por exemplo, renda, condições físicas (capacidade funcional e co-morbidade) e escolaridade.

Ao ser realizado o ajustamento entre as variáveis sócio-demográficas, observou-se que escolaridade passou a apresentar relação com o abandono. Pacientes que

tinham de oito a 10 anos de estudo mostraram menor chance de abandono, quando comparados com os pacientes que tinham até sete anos de estudo. Entretanto, não foi observada associação entre pacientes com mais de 10 anos de estudo e adesão ou abandono à RCV. Esses dados mostram que, neste estudo, a adesão foi melhor observada em pacientes que tinham o ensino médio completo ou incompleto, quando comparados com os pacientes que tinham o ensino fundamental completo ou incompleto. Mas não foi observada associação entre ter ensino superior completo ou incompleto com adesão ou abandono à RCV.

Também pôde ser verificada, com o ajustamento das variáveis sócio-demográficas, a associação entre distância do local de tratamento e abandono, de modo que os pacientes que residiam entre 50 e 100 quilômetros de distância do centro de RCV demonstraram menor chance de abandonar a reabilitação, em relação aos pacientes que residiam no local do tratamento ou até 50 quilômetros do mesmo. Não foi encontrada associação entre os participantes que residiam a mais de 100 quilômetros de distância do local de tratamento e abandono à RCV, mas observou-se que 62,5% destes deixaram o tratamento antes de completar seis meses no mesmo.

A distância entre a residência e o local de tratamento foi citada pelos participantes que abandonaram a reabilitação como uma das justificativas para deixá-la. Ao mesmo tempo, pacientes que residiam em localidades situadas entre 50 e 100 quilômetros do centro de RCV demonstram menor chance de abandono. Acredita-se que, neste estudo, a contradição destes dados pode estar relacionada à percepção de distância atribuída pelos pacientes e pelo custo de resposta em participar da RCV: muitos dos que residiam na cidade em que ocorria o tratamento queixavam-se das dificuldades de transporte urbano e acesso ao mesmo, enquanto que os participantes que residiam em localidades mais afastadas recebiam o apoio (em custos financeiros) do governo municipal para o seu deslocamento até o centro de reabilitação.

Esses dados corroboram com os achados de Deskur-Smelelecka et al. (2009), que descrevem que as dificuldades com o transporte foram apresentadas pelos pacientes como as razões para não ter completado a fase II do programa de RCV, mas os autores também não encontraram diferenças estatisticamente significantes entre o grupo de pacientes que aderiu e o grupo que abandonou o tratamento, em relação à distância entre o local de residência do paciente e o centro de reabilitação.

De forma geral, os dados referentes às variáveis sócio-demográficas, nesse estudo, demonstraram algumas contradições, confirmando Taylor, Wilson e Sharp (2010), que descrevem que as associações entre variáveis sócio-demográficas e adesão à RCV, apresentadas na literatura internacional, ainda são divergentes. Acredita-se que pesquisas futuras, com um maior tamanho amostral, poderiam melhor investigar as associações entre essas variáveis e adesão à RCV.

5.3 Condições Clínicas

A literatura demonstra que alguns fatores de risco, como obesidade, tabagismo, HAS e DM, poderiam estar relacionados com adesão à reabilitação. Deskur-Smelelecka et al. (2009) não identificaram em seu estudo relação entre IMC, hipertensão e DM com abandono à RCV, mas identificaram associação entre tabagismo e a recusa em participar de um programa de reabilitação cardíaca.

Casey et al. (2008) identificaram associações entre o aumento de peso e de IMC com abandonar a fase II de um programa de RCV, mas não identificaram diferenças entre os grupos de pacientes que aderiram e abandonaram a reabilitação no que se refere aos tipos de diagnósticos médicos apresentados.

Buckworth (2000) descreve que pacientes obesos praticam menos atividades físicas que pacientes que não tem obesidade e Sanderson et al. (2003) verificaram em seu estudo que no grupo de pacientes que abandonou a RCV destacaram-se os pacientes que tinham obesidade.

Hamer e Stamatakis (2009) verificaram diferenças quanto às condições físicas entre um grupo de pacientes inativos em relação a outros dois grupos: um composto por pacientes moderadamente ativos e outro por pacientes ativos. Identificaram que no grupo de inativos ocorria a prevalência de hipertensos, diabéticos, tabagistas e de pacientes que tinham sido admitidos no hospital devido a IAM. Entretanto, não identificaram relação entre obesidade e inatividade física.

Neste estudo não foram encontradas associações entre variáveis clínicas (tipos de diagnóstico e fatores de risco) com abandono à RCV. Observou-se que 55,6% dos

pacientes que tinham obesidade abandonaram o tratamento, mas não foi encontrada associação entre essa variável e abandono. Acredita-se que pesquisas futuras, com um maior tamanho amostral, permitiriam uma melhor análise dessas relações.

Entre as limitações deste estudo, deve ser dito que não foram incluídas análises da terapêutica recebida pelo paciente e dos indicadores de sua capacidade física, anterior à entrada no programa. Há estudos que mostram que a classe funcional da cardiopatia (medida pela *New York Heart Association* - NYHA) e o tipo de terapêutica recebida poderiam estar associados com melhor ou pior percepção do estado de saúde e adesão ao exercício físico (FALLER et al. 2007; PASQUALI et al. 2003).

5.4 Percepção de Risco

A literatura mostra que diversas variáveis psicológicas vêm sendo associadas com adesão à reabilitação cardíaca, tais como: percepção da doença e de suas consequências, conhecimento de fatores de risco, percepção de seu estado de saúde, crenças sobre a reabilitação cardíaca e expectativas em relação à mesma (ALWAN et al. 2009; COOPER et al., 2002; COOPER et al. 2005; COOPER et al. 2007; DUNLAY et al. 2009; WITT, THOMAS, ROGER, 2005). Mas, segundo French, Cooper e Weinman (2006) a relação entre percepção da doença, de suas consequências e do tratamento, com a adesão ou abandono à RCV, ainda se mostram contraditórias e os efeitos dessas variáveis na adesão ainda não podem ser estimados.

5.4.1 Conhecimento sobre o Tratamento e Expectativas quanto ao Exercício

No presente estudo, quando investigadas as expectativas dos pacientes sobre a prática do exercício físico na RCV, observou-se que 63,9% deles as descreveram como sendo positivas. Dentre as expectativas positivas relatadas, destacaram-se verbalizações cujos conteúdos estavam associados a melhoras físicas, como

“diminuição do cansaço” e “o coração ficará mais forte”. Segundo Vila, Rossi e Costa (2008), que estudaram os significados atribuídos à cardiopatia por pacientes submetidos à revascularização do miocárdio, a percepção da doença cardíaca é, muitas vezes, vinculada à sensação de fraqueza física e também moral.

Neste estudo destacaram-se também, dentre as expectativas relatadas, verbalizações cujos conteúdos estavam relacionados com o tema “os médicos que mandaram”. Esse dado revela que, para esses pacientes, o comportamento de participar da RCV configurava-se no seguimento de uma regra estabelecida a partir da instrução médica. Para Coelho (2007), o seguimento de regras é importante para se garantir a adesão inicial a um tratamento (como, por exemplo, fazer dieta ou atividade física regular), uma vez que as consequências positivas para esses comportamentos de adesão nem sempre são observadas a curto prazo: os pacientes não discriminam mudanças imediatas em relação ao corpo e bem-estar, ao contrário, muitas vezes a prática do exercício produz eventos aversivos, como dores musculares e exigem um alto custo de resposta (uma vez que muitos dos pacientes são sedentários).

Para que o comportamento de adesão perdure, parece ser necessário que ele também seja mantido por contingências ambientais em vigor: por reforçamento positivo ou por reforçamento negativo. No primeiro caso, o comportamento de fazer atividade física poderia ser mantido por reforçadores como perceber os benefícios do exercício ou aumentar contatos sociais (reforçadores sociais). No segundo caso, o comportamento de fazer o exercício poderia ser mantido pela diminuição do medo de piora do quadro físico.

Verificou-se também no atual estudo que 33,3% dos pacientes, ao iniciarem a RCV, relataram incertezas quanto aos benefícios do programa, especificamente sobre o exercício físico. Foi identificada associação entre ter expectativas negativas ou incertezas quanto aos benefícios do tratamento na reabilitação e abandono da mesma, de modo que o risco de abandono entre os pacientes que não acreditavam nos benefícios do exercício ou não sabiam se ele lhes faria bem foi 3,5 vezes maior do que entre os pacientes que apresentavam expectativas positivas em relação ao exercício, acreditando nos benefícios do mesmo.

Esses achados corroboram os achados de Cooper et al. (2005) que, em uma pesquisa qualitativa, avaliaram as crenças de pacientes que sofreram IAM a respeito

da reabilitação cardíaca, identificando que muitos pacientes tinham expectativas positivas sobre participar de um programa de RCV, acreditando que o mesmo poderia lhes ser benéfico. Mas parte significativa dos pacientes não conhecia os benefícios que este modelo de tratamento poderia lhes trazer, não acreditava no papel do exercício e não percebia seus efeitos.

Os dados deste estudo também corroboram os achados de Dunlay et al. (2009), que identificaram existir associação entre a importância que o paciente dava à reabilitação e a adesão à mesma. Os pesquisadores verificaram que a chance de pacientes que atribuíram alta importância à RCV aderir ao tratamento foi 2,4 vezes maior do que pacientes que não atribuíram importância a esta forma de tratamento, durante a hospitalização. Concluíram que pacientes que atribuíram alta importância à RCV e que sentiam a sua necessidade, após terem um IAM, apresentavam maior participação no programa.

Neste estudo verificou-se que 58,3% dos pacientes não conseguiram descrever, na avaliação inicial, o motivo pelo qual estavam na RCV e porque tinham que fazer exercícios de condicionamento físico. Deve ser dito que os pacientes eram convidados para a reabilitação e recebiam informações sobre o exercício físico e sobre o funcionamento do programa, em consulta ambulatorial prévia ao início da reabilitação. Deste modo, esse dado sugere que parte dos participantes não conseguiu compreender ou assimilar as orientações recebidas, o que pode ter dificultado a sua adesão.

Ao longo da participação na RCV, observou-se que qualitativamente ocorreu uma diminuição do número de participantes que não conseguiam descrever o motivo da RCV, mas a análise dos dados mostrou a existência de associação entre a variável “conhecimento sobre os motivos do tratamento na RCV” e adesão à mesma, de modo que os participantes que apresentavam um conhecimento insuficiente, na avaliação final, sobre o motivo do tratamento na RCV, apresentavam um risco 4,4 vezes maior de abandoná-la, quando comparados aos participantes que demonstravam conhecimento suficiente.

Os dados encontrados neste estudo mostraram-se semelhantes aos achados de Dunlay et al. (2009), em relação ao conhecimento dos participantes quanto à RCV. Os autores relataram em seu trabalho que, apesar da alta participação de pacientes no

programa de RCV por eles avaliado (64,2%), encontraram um número expressivo de pacientes que não tinham conhecimento sobre a reabilitação cardíaca e que apresentavam preocupações sobre participar da mesma. Verificaram que um em cada seis pacientes reportou ausência de conhecimento sobre a RCV quando foram convidados a participar do programa.

Os dados do presente estudo corroboram o que foi identificado por Cooper et al. (2007), que verificaram que pacientes que não tinham conhecimento do papel da RCV ou a identificavam como inapropriada ou desnecessária para sua condição de saúde, após apresentarem IAM, demonstraram-se menos prováveis de aderir à reabilitação cardíaca quando comparados com os pacientes que aderiram a RCV.

A relação entre ter conhecimento sobre a RCV e adesão à mesma também foi observada por Banerjee et al. (2010). Os pesquisadores identificaram que muitos pacientes que aderiram ao programa demonstraram interesse em ter conhecimento a respeito da prática de exercícios físicos e dieta. Para os autores, os participantes que entenderam a importância de mudança em seu estilo de vida participaram e se envolveram na reabilitação cardíaca.

Os achados do presente estudo revelaram que a ausência de expectativas positivas sobre os benefícios pessoais do exercício aumentou o risco de abandono ao ingressar na RCV, independente do conhecimento que o participante tinha a respeito dos motivos do tratamento e da atribuição de causalidade que ele dava a sua doença do coração naquele momento. Mas, ao longo da participação no tratamento, observou-se que o risco de abandono esteve associado ao conhecimento insuficiente sobre o tratamento e à atribuição da causalidade da doença a outros fatores não relacionados ao próprio comportamento, sendo que essa associação mostrou ser independente da avaliação que o paciente fez sobre os benefícios do exercício físico.

Alguns estudos mostram a importância de programas de RCV que contenham práticas educativas para mudanças de estilos de vida e manutenção de comportamentos saudáveis (BANERJEE et al., 2010; HANYU et al., 1999; LISSPERS et al., 2005; VERGÈS et al., 1998). É importante dizer que o programa de RCV em que ocorreu o atual estudo era focado exclusivamente no exercício físico, ou seja, não existiam práticas educativas sistematizadas. Os dados encontrados sugerem que intervenções

psicoeducativas, durante a RCV, visando aumentar o conhecimento dos pacientes sobre a reabilitação cardíaca, poderiam facilitar a adesão.

A literatura internacional aponta que as expectativas positivas em relação à RCV, durante a hospitalização, quando o paciente ainda está na fase I da reabilitação cardíaca, podem influenciar na adesão às outras fases (BLANCHARD, 2008; COOPER et al., 2007; DUNLAY et al., 2009). Com base nesses achados, considera-se que intervenções psicológicas durante a hospitalização, que visem trabalhar crenças ou a atribuição de significado à doença cardíaca e tratamento, possam facilitar, posteriormente, a adesão ao programa.

5.4.2 Conhecimento sobre Diagnóstico e Fatores de Risco para DCV

Neste estudo verificou-se que 12 participantes, o que representou 16,7% da amostra, apresentaram conhecimento insuficiente sobre o diagnóstico de sua doença cardíaca quando ingressaram na RCV e que, destes, 66,7% abandonaram a reabilitação. Observou-se também que todos os pacientes que continuavam apresentando um conhecimento insuficiente sobre o diagnóstico de sua doença, na avaliação final, abandonaram a RCV. Entretanto, estatisticamente, não é possível verificar a existência de associações entre a variável “conhecimento sobre o diagnóstico” e abandono à RCV, na avaliação final, devido à presença do valor “zero” apresentado em uma das categorias dessa variável e que impede a análise. Todavia, os dados demonstram que o conhecimento insuficiente sobre o diagnóstico parece ter sido importante para o abandono ao longo do tempo.

Semelhante ao que foi identificado neste estudo, a pesquisa qualitativa de Cooper et al. (2005) mostra como o conhecimento insuficiente sobre a cardiopatia poderia influenciar na decisão de participar do programa de RCV. Pacientes que não apresentavam conhecimento sobre a doença cardíaca demonstraram menor participação na RCV. Também em outro estudo, Cooper et al. (2007) identificaram que pacientes que apresentavam menor entendimento sobre sua condição de saúde demonstraram ser menos propensos a aderir à reabilitação.

O presente trabalho não identificou associação entre ter conhecimento dos fatores de risco para DCV e abandono ao tratamento. Foram encontrados dados relativamente semelhantes entre os participantes que aderiam e que abandonaram a RCV quanto ao conhecimento sobre fazer tratamento ou controle de DLP, de DM e de HAS. Em relação ao conhecimento sobre fazer tratamento ou controle de peso, observou-se que, dos 11 pacientes que desconheciam se faziam tratamento ou controle do peso, sete (63,6%) abandonaram a RCV. Acredita-se que futuramente outras pesquisas, com maior amostra, possam melhor investigar essas relações.

Portanto, neste estudo identificou-se que apresentar um conhecimento insuficiente sobre a doença cardíaca, assim como apresentar um conhecimento insuficiente sobre os motivos do tratamento, parece ter influenciado na adesão à reabilitação cardíaca.

5.4.3 Atribuição de Causalidade e o Impacto da Doença

Dos participantes do estudo, 33,3% atribuíram a causalidade de sua doença cardíaca ao próprio comportamento e a fatores emocionais, apresentando verbalizações relacionadas ao consumo de cigarros, alimentação inadequada e sedentarismo, além de aspectos psicológicos, como “nervoso” e “tristeza”. Verificou-se que 23,6% dos participantes atribuíram a causa da doença cardíaca exclusivamente a fatores genéticos ou hereditariedade, 12,5% atribuíram ao acaso ou destino e também 12,5% atribuíram a causa da doença ao comportamento de outros, como pessoas de sua família e médicos. Esses dados revelam que uma importante parcela dos participantes, o que correspondeu a 54,2% da amostra, atribuiu a doença do coração a fatores não modificáveis de risco, como hereditariedade ou eventos que eles identificavam como sendo incontroláveis (por exemplo, destino e o comportamento de outros).

Foi verificado que 62,5% dos participantes verbalizaram que nada poderia ter feito para evitar a condição de saúde que apresentavam, não acreditando no controle pessoal de sua saúde. Também foi possível notar que nem todos os participantes que

atribuíram a causa da doença ao próprio comportamento acreditavam que poderiam ter evitado a condição de saúde apresentada. Notou-se também que 84,6% dos pacientes que relataram desconhecer as causas da doença do coração acreditavam que não poderiam ter feito algo para evitar a condição de saúde que apresentavam.

Apesar do grande número de participantes que abandonaram a RCV não acreditarem no controle pessoal de sua condição de saúde, não foi identificada associação entre a variável “poderia ter feito algo para evitar a condição de saúde” e abandono à RCV. Entretanto, o presente estudo identificou associação entre atribuir a causalidade da doença a fatores não modificáveis com abandono. Os participantes que atribuíam a causalidade da doença do coração a outros fatores não relacionados ao próprio comportamento (como hereditariedade, o acaso ou destino e ao comportamento de outros) apresentaram um risco 3,8 vezes maior de abandono da RCV, quando comparados com os participantes que atribuíam as causas da doença ao próprio comportamento e fatores emocionais, na avaliação final.

Esses dados são semelhantes aos achados de Cooper et al. (2002) e Witt, Thomas e Roger (2005), que identificaram, a partir de um estudo de revisão de literatura, trabalhos que mostram que pacientes que não aderem a RCV são menos propensos a atribuir a causalidade da sua doença cardíaca a seu estilo de vida e também acreditam menos que sua doença pode ser controlada.

Witt, Thomas e Roger (2005) afirmam que pacientes que apresentam crenças de que a sua doença é resultante de eventos externos ou fatores incontroláveis, como hereditariedade, apresentariam menor participação na RCV. No presente estudo, pacientes que não identificaram a causa da doença como associadas ao seu comportamento ou hábitos, como tabagismo, alimentação inadequada e sedentarismo, apresentaram maior tendência a abandonar o tratamento.

Logo, os dados revelaram que, ao longo da participação no tratamento, as variáveis de percepção de risco associadas ao abandono foram o conhecimento insuficiente sobre o motivo do tratamento e a atribuição de causalidade da doença a fatores não modificáveis, independente da avaliação que os pacientes fizeram sobre os benefícios do exercício físico.

Alguns estudos sugerem que o modo como os pacientes percebem as consequências de sua doença cardíaca poderia influenciar nos comportamentos de

autocuidado e adesão a terapêuticas recomendadas após a doença cardíaca (COOPER et al. ,2007; WITT, THOMAS, ROGER, 2005). O presente estudo investigou como o impacto da doença na vida dos pacientes poderia influenciar na adesão à RCV.

Observou-se que para grande parte dos pacientes a doença do coração produziu mudanças na vida, sendo que para 59,7% destes, as mudanças foram negativas. Verificou-se também que 23,6% dos participantes não perceberam modificações em sua vida decorrentes da doença cardíaca.

Dentre os participantes que relataram não perceber as mudanças decorrentes da doença do coração, 58,8% abandonaram o programa de RCV e, dentre os que perceberam as mudanças como consequências negativas, 51,2% abandonaram a reabilitação. Mas, não foi identificada associação entre o impacto da doença cardíaca e abandono à RCV, diferentemente do que foi relatado por Cooper et al. (2002), que descrevem a importância da percepção das consequências da doença para a adesão à RCV e de Cooper et al. (2007), cujos resultados mostraram que pessoas que relatavam mais dificuldades relacionadas a participar do programa de RCV acreditavam em um menor controle pessoal de sua condição de saúde, além de perceberem mais as consequências negativas da doença e o efeito emocional da mesma.

Considera-se importante dizer que muitos fatores, em interação, estão associados ao surgimento das cardiopatias, inclusive os fatores hereditários, e que o atual estudo não pretendeu negar a importância da hereditariedade no desenvolvimento dos eventos cardíacos. Mas diversos trabalhos mostram que comportamentos de autocuidado e estilos de vida estão associados com o desenvolvimento de doenças crônicas (como é o caso das cardiopatias). Ao se investigar a causalidade atribuída pelo paciente à doença cardíaca não se pretendeu unicamente responsabilizá-lo por sua condição de saúde, mas identificar a sua percepção sobre a interação entre comportamentos de saúde e o desenvolvimento de doenças, uma vez que se acredita que hábitos de vida saudáveis podem tanto prevenir doenças quanto desacelerar seu desenvolvimento quando elas já estão instaladas.

Em relação às variáveis de percepção de risco, os resultados encontrados no presente estudo reforçam a importância da implementação de programas educativos que possam realizar orientações aos pacientes sobre o tratamento (a função da reabilitação cardíaca), sobre fatores de risco e sobre a importância de mudanças no

estilo de vida, antes do paciente ingressar na RCV e também durante a sua participação no programa. O conhecimento sobre o tratamento parece ser fundamental para a motivação e manutenção dos hábitos que visem mudanças no estilo de vida, como a adesão à RCV. O entendimento que o indivíduo tem a respeito da doença parece ser essencial para sua experiência sobre o evento cardíaco (aquilo que ele acredita) e pode determinar comportamentos que ele apresentará durante o tratamento.

5.5 Percepção de Complexidade do Tratamento

Alguns estudos têm mostrado que a adesão está relacionada à complexidade do tratamento: quanto maior o número de cuidados com a saúde que o paciente deve ter por dia, menor é a probabilidade de ocorrência destes comportamentos e, quanto maior o número de modalidades de tratamento envolvidas, menos o indivíduo seguirá as recomendações dos profissionais de saúde (MALERBI, 2000; STRAUB, 2005).

Neste estudo, o número de modalidades/especialidades nas quais os pacientes se tratavam foi avaliado por meio do relato verbal, durante a entrevista. Observou-se que um número expressivo de participantes, representado por 81,9% da amostra, não conseguiu verbalizar quais seriam as modalidades nas se tratavam, além da RCV. A análise estatística não mostrou associação entre a variável “mencionar as especialidades nas quais se trata” e abandono à RCV.

Considera-se importante dizer que, neste estudo, não foi investigada a relação entre conseguir mencionar as modalidades nas quais se tratavam e outras variáveis, como escolaridade, renda e conhecimento sobre o tratamento, por exemplo. Acredita-se que, no futuro, essa associação possa ser feita para melhor avaliar a relação entre a ausência de conhecimento sobre o seu tratamento e adesão.

Também deve ser dito que não foi avaliado se os participantes verbalizavam corretamente todas as especialidades nas quais faziam tratamento ou se deixavam de citar alguma, devido à dificuldade em rastrear todas as especialidades nas quais os pacientes poderiam estar fazendo algum tipo de tratamento, dentro e fora da

instituição. Em razão dessa dificuldade, optou-se por avaliar somente se eles conseguiam ou não mencionar modalidades nas quais se tratavam, além da RCV. Além disso, muitos deles precisavam do auxílio do acompanhante para descrever outros tratamentos. De qualquer modo, acredita-se que a dificuldade identificada no relato dos participantes em mencionar as especialidades revela uma possível barreira de compreensão dos pacientes do universo da saúde.

Verificou-se que, ao ingressar na RCV, 81,9% dos participantes não conseguiam nomear os profissionais que cuidavam de sua saúde, e que, na avaliação final, 44,6% dos pacientes continuaram não conseguindo nomeá-los. Esse dado sugere que, qualitativamente, houve um acréscimo no número de participantes que conseguiu mencionar os profissionais que cuidavam de sua saúde ao longo do tempo em que estiveram na RCV.

No presente estudo foi identificada uma associação entre não conseguir nomear os profissionais que cuidavam de sua saúde e abandono da RCV, de modo que os pacientes que não nomeavam os profissionais apresentaram um risco 3,8 vezes maior de abandono em relação aos pacientes que nomeavam os profissionais, na avaliação final.

Deve ser dito que os pacientes que deixavam a reabilitação eram reavaliados no momento do abandono, o qual pode ter ocorrido durante ou ao final da fase II ou durante a fase III. Assim, a dificuldade desses participantes em nomear os profissionais que cuidavam de sua saúde pode estar relacionada tanto ao tempo insuficiente para formação de vínculo com os profissionais da RCV, como pode sinalizar dificuldades no próprio vínculo. Considera-se importante dizer que quando o presente trabalho foi desenvolvido, os participantes que ingressavam na fase II da reabilitação cardíaca eram seguidos por diversos fisioterapeutas, que se revezavam a cada mês entre as fases I, II e III da RCV, respeitando as características da instituição. Por ser um hospital-escola, a rotatividade de profissionais atuando na instituição em que a pesquisa foi desenvolvida também é grande, o que pode ter dificultado o estabelecimento do vínculo entre paciente e equipe.

Alguns estudos têm investigado possíveis associações entre adesão e relações terapêuticas, como vínculo entre o profissional e o paciente, a comunicação entre a equipe, satisfação dos pacientes com os cuidados de saúde, satisfação dos profissionais

com o seu trabalho e características de personalidade dos profissionais. Os trabalhos avaliam como essas diferentes variáveis poderiam influenciar na adesão de um paciente à terapêutica recomendada (BURNS, EVON, 2007; DI MATTEO et al. 1993; HALL, ROTER, KATZ, 1988; HALL et al. 2010; STRAUB 2005). Para Di Matteo et al. (1993), pouca importância vem sendo dada ao papel que os profissionais de saúde podem ter em relação à adesão a um tratamento. Segundo os últimos autores, geralmente os estudos que investigam adesão enfocam exclusivamente variáveis associadas ao paciente, como sócio-demográficas, cognitivas, clínicas e outras barreiras físicas.

Banerjee et al. (2010), Blanchard (2008), Boswoth (2010) e Shen, Wachowiak e Brooks (2005) consideram que a relação médico-paciente pode ser um importante suporte social para o paciente, e que ela está diretamente relacionada à adesão à RCV. Para Banerjee et al. (2010), os médicos têm um papel central na entrada dos pacientes na RCV e também na adesão ao programa. Os pesquisadores descreveram a relação médico-paciente como um dos principais fatores relacionados à adesão, uma vez que os pacientes relatavam, em seu estudo, que seus médicos ficavam satisfeitos com a sua participação no programa de RCV e com a sua melhora física, e que isso os motivava. Os pesquisadores encontraram também que muitos pacientes só aceitaram participar do programa por ele ser supervisionado por médicos.

Burns e Evon (2007) avaliaram o quanto o vínculo terapêutico com uma equipe de RCV poderia estar associado com melhoras terapêuticas do paciente, como aumento da capacidade funcional, redução de peso e percepção de qualidade de vida. Os autores identificaram que pacientes que apresentaram maior vínculo com a equipe aceitaram as metas do tratamento, apresentaram maior percepção de controle de sua condição de saúde e demonstraram melhoras terapêuticas (redução de peso, maior tolerância ao esforço e retomada do trabalho com maior facilidade). Concluíram que a relação terapêutica pode facilitar ganhos na saúde.

5.6 Percepção de Suporte Social

Estudos epidemiológicos mostram evidências da forte relação existente entre pobre suporte social e aumento do risco de mortalidade e piora da doença coronariana (BERKMAN, LEO-SUMMERS, HORWITZ, 1992; BERKMAN et al., 2003; BRUMMETT et al., 2001; LETT et al., 2007). Além da associação com mortalidade, trabalhos têm investigado a relação entre suporte social, autocuidado e mudanças de comportamento de risco, como tabagismo, sedentarismo e alta ingestão de alimentos gordurosos. Suporte social parece ser uma variável que prediz a participação em programas que visam mudanças de hábitos, como dieta e prática de exercícios físicos (BERKMAN et al., 2003; BOUTIN-FOSTER, 2005; LITT, KLEPPINGER, JUDGE, 2002; RIEGEL et al., 2009; WALLACE et al., 2000). Mas, como o suporte social estaria associado a essas mudanças de comportamento e à adesão, ainda não está claro (SHEN, WACHOWIAK, BROOKS, 2005).

A literatura enfatiza a existência de algumas dificuldades que são observadas em estudos que investigam suporte social. Uma delas é a dificuldade de se estabelecer um consenso sobre o conceito de suporte social e outra é a diversidade metodológica utilizada nos estudos, que ora avaliam suporte social por meio de instrumentos, ora por meio de entrevistas (BOUTIN-FOSTER, 2005; KRANTZ, MCCENEY, 2002).

Neste estudo, foi considerado como rede de contato social e como apoio emocional ter pessoas com quem compartilhar dificuldades do dia a dia e a presença de amigas. O suporte social foi avaliado por meio de entrevista estruturada, já que não foi encontrado um instrumento padronizado para a população brasileira que permitisse avaliar especificamente as variáveis relacionadas ao suporte social. Considerou-se como suporte instrumental a percepção do indivíduo sobre o incentivo social recebido quanto à prática do exercício físico e a presença de acompanhante durante o tempo em que estivesse inserido no programa de RCV.

Dos participantes deste estudo, 68,1%% verbalizaram que se sentiam incentivados quanto à prática de exercícios físicos, sendo que para grande parte deles, o suporte era disponibilizado por familiares (61,1%). No trabalho de Banerjee et al. (2010), os participantes de um programa de RCV relataram que ter o suporte dos

membros da família, particularmente das esposas, foi um fator importante para se manter no programa de RCV.

Para Rosland et al. (2010), os familiares são fundamentais na adesão de pacientes com doenças crônicas aos tratamentos propostos. Os autores encontraram que 75% dos pacientes reportavam o envolvimento dos familiares no seu tratamento, mas que 25% deles também relataram que a família seria uma barreira para os cuidados de saúde. Os autores concluíram que suporte social estaria associado à adesão ao tratamento de doenças crônicas, como o *Diabetes* e Insuficiência Cardíaca.

A análise dos dados mostrou que a percepção de incentivo social quanto à prática do exercício físico esteve associada com adesão à RCV, na avaliação inicial. Observou-se que os participantes que não percebiam receber esse suporte apresentaram um risco de abandono 3,3 vezes maior do que os participantes que sentiam receber incentivo social quanto à prática do exercício físico, ao ingressarem na RCV. A percepção do incentivo social mostrou-se associada também à adesão na avaliação final, de modo que, os pacientes que não percebiam receber incentivo quanto à prática do exercício físico demonstraram um risco 4,5 vezes maior de abandono da RCV quando comparados aos participantes que diziam sentirem-se incentivados socialmente.

Os resultados mostraram também uma diferença entre os participantes quanto à adesão ao tratamento e aumento de rede de contato social. Observou-se que os participantes que não demonstraram aumento de sua rede de contato social, isto é, que não fizeram contatos e amizades no período em que estiveram na reabilitação, mostraram 5,2 vezes maior risco de abandono, quando comparados com os participantes que demonstraram aumento de sua rede social, ou seja, verbalizaram ter feito contatos e amizades enquanto estiveram na RCV.

Molloy et al. (2008b) verificaram que pacientes com doenças coronarianas que apresentavam maior rede social demonstraram maior probabilidade de aceitar participar de um programa de RCV quando comparados com os pacientes que apresentam menor rede social. Os dados do atual estudo se aproximam do que foi encontrado por esses autores, mas deve-se destacar que, no estudo de Molloy et al. (2008b) ter uma maior rede social foi um fator preditivo para aceitar participar da RCV e, assim, ingressar nela, enquanto que no atual estudo observou-se que o aumento de

rede social esteve associado com se manter por seis meses no programa de RCV. Para Shen, McCreary e Myers (2004), a participação em programas de RCV possibilita ao paciente aumentar sua rede social. Para os autores, a interação do paciente com a equipe de saúde também aumentaria a sua percepção de suporte social. Os pesquisadores enfatizam a importância do apoio do médico para participação do paciente na RCV.

Os dados do presente estudo se aproximam do que foi encontrado por Moore et al. (2003), mas divergem do que foi identificado no trabalho de Molloy et al. (2008a). Moore et al. (2003) identificaram que a percepção de suporte social esteve associada com adesão, após o término da fase II de um programa de RCV, por um período de três meses. O estudo de Molloy et al. (2008a) mostrou que 29,8% dos pacientes com doenças coronarianas verbalizavam não ter suporte social e, inicialmente, encontraram associação entre não ter esse tipo de suporte e abandono da RCV. No entanto, esta associação se perdeu quando essa variável foi ajustada com depressão. Estes últimos autores também não identificaram associação entre suporte emocional e adesão à RCV.

Uma limitação do presente trabalho é que não foram realizadas análises entre suporte social, depressão e abandono. Molloy et al. (2008a) demonstram que a associação entre suporte social e adesão à RCV perdeu-se ao se realizar o ajustamento com depressão. Os autores identificaram que a depressão esteve associada com a adesão, e o suporte social parece ter sido uma variável de confusão entre seus achados. Acredita-se que, futuramente, no presente estudo, a análise da associação entre depressão e suporte social poderá ser realizada para se avaliar o quanto as variáveis relacionadas ao suporte social predizem adesão à RCV, independente ou associadas a outras variáveis, como, no caso, a depressão.

Logo, esses achados demonstram que, a ausência de percepção de incentivo social quanto à prática de exercícios mostrou-se associada ao risco de abandono ao ingressar na RCV, independente do paciente acreditar que teria um acompanhante durante a sua participação na RCV e da rede social que ele apresentava nesse momento do tratamento. Ao longo da participação no programa, observou-se que o risco de abandono mostrou estar associado tanto à percepção de ausência de

incentivo social em relação à prática de exercícios quanto a não ter ampliado a sua rede de contato social.

Os dados revelados neste estudo mostram que se sentir apoiado socialmente em relação à prática do exercício físico é uma variável que estaria relacionada com adesão à RCV, e que este tipo de apoio é disponibilizado, na maioria das vezes, por familiares. Os achados mostram a importância de membros da família no tratamento e, em vista disto, propõe-se que eles sejam inseridos no contexto da reabilitação. Acredita-se também que grupos de orientação com familiares sobre a doença cardíaca e sobre a importância da prática regular do exercício físico possam colaborar para participação dos pacientes no programa de RCV.

Os achados revelam que pacientes que não aumentaram contatos sociais durante à RCV, abandonaram o tratamento. Em vista deste achado, intervenções psicológicas, para facilitar a integração dos pacientes no contexto social da RCV, parecem ser de grande importância, não só para a adesão, mas para melhorar a qualidade de vida desses pacientes. Considera-se que grupos psicoeducativos, além de propor orientações sobre a doença, tratamento e a importância de mudança de hábitos de vida, poderiam promover a coesão grupal entre os participantes da RCV e, entre estes e a equipe.

5.7 Sintomas Depressivos e Sintomas de Estresse

Diversos estudos evidenciam a existência de associação entre depressão e cardiopatias. Dados epidemiológicos estimam que entre 25 pacientes com doenças cardíaca, quatro apresentam depressão em nível grave e cinco pacientes apresentam depressão leve (KETTERER, MAHR, GOLDBERG, 2000). Estudos também mostram uma associação entre depressão e aumento do risco de mortalidade e morbidade: pacientes que sofreram IAM e que apresentam depressão mostram três vezes maior risco de morte quando comparados com pacientes que sofreram IAM e não apresentam depressão; a presença de depressão também aumenta a probabilidade de

internação em pacientes com IC (CARNEY, et al. 2009; KETTERER, MAHR, GOLDBERG, 2000; LESPÉRANCE, FRASURE-SMITH, 2000; RIEGEL et al., 2009).

No presente estudo, 12,5% dos participantes apresentaram escores moderados de depressão, segundo o instrumento BDI, o que os classificou como tendo sintomas indicativos de depressão. Quando avaliados segundo o modelo BDI-13, separando-se os componentes somáticos e de desempenho dos componentes cognitivos/afetivos de depressão, observou-se que 37,5% dos participantes apresentaram sintomas indicativos de depressão. Logo, observou-se que considerando exclusivamente os sintomas cognitivos/afetivos, depressão demonstra ser uma importante variável no contexto das cardiopatias. Esse dado se deve ao fato de que o uso do BDI, em sua avaliação total, pode ocasionar sobreposição dos sintomas clínicos de depressão e sintomas cardíacos, uma vez que os sintomas somáticos de depressão podem ser resultado das dificuldades físicas do problema cardíaco, e não propriamente de sintomas depressivos (CASEY et al. 2008).

Os dados observados no presente trabalho corroboram a literatura, que demonstra a relação entre depressão e cardiopatias, mas a prevalência de depressão mostrou-se superior às taxas de 15% a 30%, encontradas em outros estudos de pacientes em reabilitação cardíaca (CASEY et al., 2008; DESKUR-SMILELECKA et al., 2009; LAVIE, MILANI, 2006b, SHEN, WACHOWIAK, BROOKS, 2005, WHOOLEY et al., 2008).

Segundo Lespérance e Frasure-Smith (2000), a depressão tem consequências significativas para vida dos pacientes e seus familiares. Ela aumenta os custos com os cuidados de saúde e também influencia na adesão do paciente ao tratamento medicamentoso e na adesão a recomendações de mudanças no estilo de vida. Por ser altamente prevalente, a depressão é um dos maiores problemas para as famílias de pacientes cardíacos, pois interfere na rotina de vida e na produtividade, além de diminuir a eficácia dos tratamentos.

No estudo de Albert e Zeller (2009) a presença de sintomas depressivos foi associada com inatividade física e com a crença de que a doença cardíaca era incontrolável, incapacitante e representava diminuição do tempo de vida. Os trabalhos de Holzapfel et al. (2009) e Riegel et al. (2009) mostraram que pacientes com IC que apresentam sintomas de depressão possuem menor tendência a emitirem

comportamentos de autocuidado em relação à doença, incluindo, inclusive, menor prática de exercícios físicos.

No presente estudo, a presença de sintomas indicativos de depressão mostrou associação com abandono da RCV. Identificou-se que pacientes que apresentaram presença de sintomas cognitivos/afetivos de depressão (segundo o modelo BDI-13) mostraram 3,9 vezes maior risco de abandono ao ingressar na RCV quando comparados com os participantes que não tinham sintomas cognitivos/afetivos indicativos de depressão.

Não foi possível analisar a relação entre os níveis de depressão e abandono na avaliação final em função da presença do valor zero em uma das categorias (nível de depressão) a serem analisadas. Mas qualitativamente, pôde-se observar que todos os participantes que apresentaram depressão no nível moderado (o que, segundo os critérios do instrumento BDI, seria indicativo de sintomas depressivos), na avaliação final, abandonaram a RCV.

O trabalho de Whooley et al. (2008) mostrou que a presença de sintomas depressivos prediz um novo evento cardíaco em pacientes com diferentes tipos de cardiopatias, e que a associação entre depressão e morbidade foi mediada por comportamentos de risco, como inatividade física. Deskur-Smlelecka et al. (2009) identificaram associação entre sintomas cognitivos/afetivos indicativos de depressão e baixa adesão a um programa de RCV, na Polônia. Em uma amostra de 72 participantes, encontraram que pacientes sem sintomas indicativos de depressão, ao ingressar na fase I (quando ainda estavam internados), apresentaram maior probabilidade de participar da fase II do programa de RCV, que ocorria três vezes por semana, durante 12 semanas. Segundo os autores, os sintomas indicativos de depressão, durante a hospitalização, parecem ter influenciado na adesão à Fase II do programa de RCV.

Casey et al. (2008) identificaram que pacientes com sintomas clínicos de depressão, segundo o instrumento BDI, apresentaram 2,2 vezes maior risco de não completarem a fase II de um programa de RCV, com duração de 12 semanas, quando comparados com os participantes que não apresentavam sintomas indicativos de depressão. Os pesquisadores observaram que 33% dos participantes com sintomas indicativos de depressão abandonaram a RCV, enquanto que 17% dos pacientes que não tinham sintomas de depressão fizeram o mesmo. Mas, diferentemente do que foi

encontrado no presente estudo, quando os escores de depressão foram separados em sintomas somáticos e sintomas cognitivos/afetivos, somente os componentes somáticos apresentaram associação com abandono da RCV. Em vista desse achado, os autores acreditam que outras variáveis, como a capacidade física do paciente, podem também estar associadas à pobre adesão e ter influenciado nas taxas de depressão.

Em relação ao presente trabalho, deve ser dito que não foram analisadas as associações entre depressão e outras variáveis, como suporte social, capacidade funcional e a severidade da doença cardíaca, em relação ao abandono à RCV. Acredita-se que futuramente essas análises poderão ser realizadas a fim de se verificar como a depressão estaria relacionada a outras variáveis e ao abandono.

Os resultados observados neste estudo sugerem que a depressão foi uma variável associada ao abandono, ao ingressar na RCV, ou seja, pacientes que demonstravam sintomas cognitivos/afetivos sugestivos de depressão demonstraram maior risco de abandonar a reabilitação cardíaca logo ao ingressar nela. Além disso, a presença de sintomas indicativos de depressão parece também estar associada com o abandono, ao longo do tempo. Entretanto, não foi possível verificar estatisticamente essa relação.

Os achados deste trabalho corroboram os achados evidenciados em estudos prévios, que mostram que depressão é um fator de risco para o abandono aos programas de RCV (CASEY et al., 2008; DESKUR-SMILECKA et al., 2009; KULCU et al., 2005; SHEN, WACHOWIAK, BROOKS, 2005). Segundo Lespérance e Frasure-Smith (2000), Kronish et al. (2006) e Albert e Zeller (2009), a depressão está associada à baixa motivação, sentimentos de baixa autoestima e autoconfiança, diminuição de energia e aumento de fadiga, elementos necessários para o enfrentamento de doenças, mudanças no estilo de vida e manutenção de comportamentos saudáveis.

Em vista dos achados, acredita-se que desenvolver intervenções em relação ao quadro de depressão poderia aumentar as taxas de participação dos pacientes na RCV. Os dados indicam que as medidas de intervenção com os pacientes que apresentam sintomas indicativos de depressão devem ser realizadas logo quando eles ingressam no programa de RCV. Para Mierzynska et al. (2010), intervenções direcionadas a distúrbios psicológicos funcionalmente associadas a perdas somáticas (no caso, sintomas depressivos) seriam a base de uma hierarquia de intervenções psicológicas

necessárias aos pacientes cardiopatas. Somente a partir da realização de aconselhamento psicológico e psicoterapia (em grupo ou individual), com o foco nas desordens psicológicas apresentadas pelos pacientes (como a depressão e transtornos de ansiedade), é que se pode pensar em realizar as outras intervenções psicológicas direcionadas aos padrões de comportamentos de risco e mudanças de estilo de vida, como educação sobre a doença cardíaca, sobre os fatores de risco e tratamento.

No presente estudo avaliou-se também a presença de sintomas de estresse entre os pacientes que ingressavam no programa de RCV. Observou-se que 44,4% dos pacientes apresentaram sintomas indicativos de estresse, segundo os critérios do instrumento ISSL. Também foi observado que entre os participantes que apresentavam os sintomas, grande parte se encontrava na fase de resistência.

Os dados identificados neste estudo foram semelhantes ao encontrado por Soares et al. (2010), que verificaram, em uma amostra de pacientes que foram submetidos a angioplastia, que a grande parte dos pacientes que apresentava estresse, segundo o ISSL, encontravam-se na fase de resistência. Mas essa comparação entre os estudos deve ser feita com cautela, uma vez que os contextos em que a avaliação de estresse ocorreu foram diferentes: os pacientes no trabalho Soares et al. (2010) aguardavam pela angioplastia, enquanto que os participantes do atual estudo estavam ingressando na reabilitação cardíaca.

Não foi possível explicar porque grande parte dos pacientes que demonstrou estresse, neste estudo, encontrava-se na fase de resistência, mas deve ser lembrado que a fase II da RCV ocorre após a hospitalização. Logo, os pacientes, quando iniciam a fase II, já passaram pelo período agudo da cardiopatia e pela hospitalização. Supõe-se que, na fase II, os pacientes estão se adaptando aos estressores produzidos pela doença e hospitalização. A fase de resistência, segundo Lipp (2000), corresponderia a uma fase de adaptação ao evento estressor.

O presente estudo procurou avaliar como sintomas de estresse poderiam estar associados à adesão ao programa de RCV. Não foram encontradas associações entre sintomas indicativos de estresse, na avaliação inicial e na avaliação final, com abandono à reabilitação.

Os dados encontrados neste estudo se mostraram semelhantes ao que foi identificado por Deskur-Smlelecka et al. (2009), que também não verificaram

associação entre estresse emocional e participar do programa de RCV. Deve ser dito que, o estudo citado utilizou outro instrumento para avaliar os sintomas de estresse.

Poucos foram os estudos encontrados na literatura nacional que avaliaram a relação entre estresse emocional e cardiopatias e que utilizaram o instrumento ISSL. Também não foram encontrados outros estudos, internacionais, que avaliaram a relação entre estresse emocional e adesão à RCV.

5.8 Percepção do Estado de Saúde

Segundo alguns estudos, como Moriel et al. (2010) e Norris et al. (2004), uma alta incidência de eventos cardíacos é vista em pacientes com sintomas depressivos e que apresentam baixos escores de percepção de qualidade de vida. Em contrapartida, pacientes com diferentes tipos de doenças do coração apresentam alta frequência de estressores, gerados pela própria doença, como limitações físicas, perdas ocupacionais, isolamento social, risco de morte, fechando um ciclo vicioso que, por sua vez, intensifica a progressão da doença cardíaca (LESPÉRANCE, FRASURE-SMITH, 2000; MIERZYNSKA et al. 2010; MORIEL et al. 2010; ROSANSKY, BLUMENTHAL, KAPLAN, 1999; SHERWOOD, JEFFERY, 2000; YONEZAWA et al 2009).

O presente estudo procurou avaliar se a percepção do estado de saúde poderia influenciar na adesão do paciente ao programa de RCV, uma vez que alguns estudos referem que a percepção de saúde pode estar associada à adesão a tratamentos (AUDE, HILL, ANDERSON, 2006; KOMOROVSKY et al., 2007; LINDSAY et al. 2002; SIMCHEN et al. 2001). Utilizou-se para tal o instrumento SF-36, uma vez que vem sendo extensamente utilizado na área da saúde, em pacientes com doenças crônicas, como as cardiopatias (AUDE, HILL, ANDERSON, 2006; FALLER et al. 2007; GONÇALVES et al. 2006; KIMBERLEY, 2003; MORIEL et al., 2010; NOGUEIRA et al. 2010; SACCOMANN, CINTRA, GALLANI, 2010).

Com os resultados obtidos da aplicação do instrumento SF-36, notou-se que os participantes que ingressavam na RCV apresentaram escores diminuídos nos domínios Aspectos Físicos e Aspectos Sociais, ou seja, relataram comprometimentos no estado

de saúde percebido, quando comparados com a população saudável (CICONELLI, 1999; WARE, SHERBOURNE, 1992). O domínio Aspectos Físicos mostrou especialmente maior prejuízo, uma vez que 66,7% dos participantes apresentaram escores menores do que 50.

Segundo os critérios do instrumento SF-36, baixos escores no domínio Aspectos Físicos demonstram limitações no trabalho ou outras atividades diárias, como resultado de comprometimentos da saúde física (WARE, SHERBOURNE, 1992). O baixo escore neste domínio, encontrado neste estudo, apresenta-se como um dado semelhante ao encontrado por Moriel et al. (2010), Kristofferson, Löfmark e Carlsson (2005) e Spertus et al. (2000), que verificaram em uma amostra de pacientes com doenças coronarianas, piores escores no domínio Aspectos Físicos, e também semelhante ao encontrado por Nogueira et al. (2010) e Sneed et al. (2001), ao avaliar a percepção de qualidade de vida de pacientes com IC. Para Spertus et. al. (2000), o comprometimento físico apresentado por pacientes com doenças cardíacas reflete as dificuldades funcionais causadas pela própria doença e também por sintomas depressivos, frequentemente presentes em pacientes com doenças crônicas.

Os resultados observados neste trabalho também foram similares aos observados em outros estudos, que avaliaram que pacientes que ingressaram na RCV percebem prejuízos no estado de saúde e apresentam piores escores no domínio Aspectos Físicos (AUDE, HILL, ANDERSON, 2006; JETTE, DOWING, 1994; LINSAY et al., 2003; PASQUALI et al., 2003). Mas, quando comparados com o estudo de Aude, Hill e Anderson (2006) e Lidsay et al. (2002), os participantes da presente pesquisa apresentaram melhores médias em todos os domínios de saúde, exceto no item Saúde Mental.

No presente estudo, quando analisadas as diferenças nas distribuições dos escores dos domínios do SF-36 entre os grupos adesão e abandono, na avaliação inicial e final, identificou-se diferenças entre os grupos, na avaliação final. Pacientes que abandonaram a RCV apresentaram piores escores nos domínios Aspectos Sociais e Saúde Mental, na avaliação final.

Segundo os critérios do instrumento SF-36, o domínio Aspectos Sociais avalia os efeitos da saúde relatada nas atividades sociais diárias da vida do indivíduo, como estar com familiares e amigos (WARE, SHERBOURNE, 1992). Baixos escores neste

domínio sinalizam comprometimentos nas atividades sociais normais devido a problemas físicos e emocionais. O domínio Saúde Mental visa avaliar as dimensões de saúde mental, como ansiedade, depressão, redução de controle emocional e bem-estar psicológico. Baixos escores no domínio Saúde Mental sinalizam sentimentos de nervosismo e depressão, a todo tempo.

Na avaliação inicial não foram encontradas diferenças entre as distribuições dos domínios de percepção do estado de saúde, entre o grupo que aderiu e o que abandonou a RCV. Portanto, as diferenças observadas na avaliação final sugerem que a adesão à RCV pode ter melhorado percepção do estado de saúde, nos domínios Aspectos Sociais e Saúde Mental.

Os dados encontrados no presente estudo mostram-se semelhantes ao que foi encontrado em alguns estudos disponíveis na literatura (AUDE, HILL e ANDERSON, 2006; LINDSAY et al., 2002; PASQUALI et al., 2003; SIMCHEN et al., 2001). O trabalho de Pasquali et al. (2003) revelou que pacientes com uma melhor percepção do estado de saúde no domínio Aspectos Sociais, do instrumento SF-36, apresentaram maior chance de aderir à RCV. Os autores se propuseram a avaliar os benefícios psicossociais e físicos de um programa de RCV e também encontraram que pacientes que aderiam apresentaram melhora nos escores de Vitalidade e Capacidade Funcional.

Simchen et al. (2001) identificaram que pacientes que participaram da RCV apresentaram melhores percepções de seu estado de saúde no domínio Aspectos Sociais, além de melhores percepções nos domínios Capacidade Funcional e Estado Geral de Saúde. Entretanto, o objetivo desses autores foi avaliar os benefícios do programa de RCV para percepção do estado de saúde e qualidade de vida dos pacientes, e não avaliar propriamente a adesão ao programa.

Os achados revelados neste estudo também se mostraram convergentes ao que foi encontrado por Aude, Hill e Anderson (2006), que verificaram que a adesão a um maior número de sessões na RCV foi associada com melhor percepção de Saúde Mental. No trabalho de Lindsay et al. (2002) foi visto que a percepção do estado de saúde esteve associada com adesão à RCV, em pacientes com doenças coronarianas. Os últimos autores encontraram que, quando ingressaram no programa, os pacientes que aderiram a RCV apresentaram melhores escores em Saúde Mental, e depois de terminá-lo os pacientes que aderiram se diferenciaram dos que abandonaram nos

domínios Capacidade Funcional, Estado Geral de Saúde, Aspectos Físicos e Aspectos Sociais.

Apesar de amplamente utilizado para avaliar a percepção do estado de saúde em pacientes com DCV, poucos foram os estudos encontrados que utilizaram o instrumento SF-36 para avaliar a relação entre percepção do estado de saúde e a adesão à reabilitação cardíaca.

Devem ser ressaltadas, entre as limitações deste estudo, que não foram realizadas análises entre o abandono da RCV e a percepção do estado de saúde e outras variáveis como, por exemplo, sexo, idade, escolaridade, sintomas depressivos e agravamentos físicos da doença. Diferenças entre os gêneros podem estar associadas com pior estado de saúde, como encontraram Moriel et al. (2010) e Kristofferson, Löfmark e Carlsson (2005). Futuramente, análises sobre as relações entre a percepção do estado de saúde e outras variáveis poderão ser realizadas.

Os resultados observados neste estudo sugerem uma diferença entre os pacientes que aderiram e que abandonaram a RCV, no que se refere à percepção do estado de saúde. Apresentar uma pior percepção de Aspectos Sociais e Saúde Mental parece influenciar na adesão à reabilitação cardíaca ao longo do tempo.

Os pacientes que aderiram ao programa de RCV demonstraram menores perdas em relação às suas atividades sociais do que os pacientes que o abandonaram, ao longo do tempo. Também apresentaram melhor percepção de saúde mental, em relação aos que abandonaram. Acredita-se que o programa tenha criado um contexto social importante para os pacientes que aderiram à reabilitação, e que o ganho social proporcionado por esse contexto foi um facilitador para manutenção dos pacientes na reabilitação cardíaca, além de produzir também melhoras na percepção da saúde mental.

5.9 A Prática de Exercício Físico

Estudos internacionais evidenciam as dificuldades relacionadas à prática de atividade física regular e reforçam as preocupações com o sedentarismo, que é um

importante fator de risco para as DCV (BUCKWORTH, 2000; HAMER, STAMATAKIS, 2009; MYERS, 2003). Haskell et al. (2007) mostram dados epidemiológicos de 2005, que indicam que menos da metade (49,1%) da população adulta norte americana praticava as atividades físicas recomendadas por médicos e profissionais da saúde. Um estudo realizado no município de São Paulo, na década de noventa, mostrou que 70% da população era composta por indivíduos sedentários (REGO et al., 1990).

O estudo brasileiro realizado por Reichert et al. (2007) identificou, em uma amostra de 3.100 adultos, com idades de 20 anos ou mais, que 26,8% dos participantes realizavam atividades físicas, com duração de 150 minutos por semana, em seu tempo de lazer. Também encontraram que a barreira para a atividade física mais frequentemente citada pelos participantes foi falta de dinheiro, seguida por sentir-se muito cansado, falta de companhia e falta de tempo. Os autores identificaram que os indivíduos que apresentavam menor tempo de lazer tinham maior probabilidade de serem inativos.

No presente estudo, quando investigada a prática regular de exercícios físicos prévia à participação no programa de RCV, observou-se que mais da metade dos integrantes, o que correspondeu a 52,8% da amostra, nunca tinha feito exercícios físicos. Observou-se também que, logo ao iniciar no programa, 76,4% dos pacientes já verbalizavam que teriam problemas físicos que limitaria a prática de exercícios, antecipando dificuldades no tratamento.

Segundo Riegel et al. (2009), poucos pacientes com diagnóstico de IC fazem atividades físicas regularmente. Também é baixa a prática de atividade física entre pacientes que tiveram IAM (CHOW et al., 2010). Somente 33% dos pacientes que tiveram um IAM relataram participar de programas de RCV e praticar atividades físicas prescritas (DECKER et al., 2009). No estudo de Carlson, Riegel e Moser (2001), 53,2% dos pacientes avaliados relataram que não faziam atividades físicas regularmente e somente 8,1% participavam de programas de exercícios.

Os dados observados neste estudo também mostram a existência de associação entre história de prática de atividade física regular e adesão à RCV: pacientes que nunca praticaram exercícios físicos apresentaram um risco 3,6 vezes maior de abandono da RCV, quando comparados com pacientes que já praticavam atividades físicas, ao ingressar na reabilitação.

Esses dados corroboram os achados de Petter et al. (2009), que descrevem a relação entre a história prévia de prática de exercícios físicos e adesão à reabilitação cardíaca. Segundo os autores (2009), o comportamento passado, em relação ao exercício, seria um forte preditor da prática de exercícios no futuro. Pacientes com doenças coronarianas, que apresentam uma história de serem ativos fisicamente, demonstram mais elevados níveis de auto-eficácia para o exercício e acreditam mais nos seus benefícios quando comparados com pacientes que têm história de serem fisicamente inativos. Os pesquisadores também sugerem que diferenças quanto ao gênero podem estar associadas à história de atividade física: meninos praticam mais atividades físicas que meninas. Entretanto, os autores propõem pesquisas futuras para melhor entender a relação entre a história prévia de exercícios e a prática atual.

O que pôde ser visto neste estudo também vai ao encontro do que foi verificado por Trost et al. (2002), em estudo de revisão de literatura, que identificaram que a história de atividade física foi uma variável preditora de exercícios na fase adulta. King et al. (2000) afirmam que a observação de modelos, como amigos ou familiares se exercitando, seria um fator que influenciaria a prática de atividades físicas.

No presente estudo, durante a participação na reabilitação cardíaca, os pacientes foram orientados quanto à importância da prática do exercício físico externo ao programa de RCV (atividade física realizada em casa), em dias da semana em que não faziam exercício na instituição. Quando avaliada a prática de exercícios externa ao programa, notou-se que 52,9% dos participantes que aderiram à reabilitação e 58,1% dos que a abandonaram, relataram não fazê-la. Esse dado sugere que mesmo entre o grupo de pacientes que aderiu ao tratamento, a prática do exercício físico esteve restrita ao contexto do programa, e que muitos pacientes que aderiram não desenvolveram um novo repertório relacionado à prática regular de exercícios físicos.

Os dados encontrados neste trabalho se aproximam do que foi identificado por Valdivia et al. (2006), que verificaram que após o término de um programa de RCV, com dois meses de duração, 57,1% dos participantes do programa voltaram à condição de sedentários. Os autores consideram que, em relação à taxa de sedentarismo preliminar ao programa (87%), foi observada redução desse comportamento de risco,

mas pode-se perceber também que mais da metade dos participantes não mantiveram o comportamento de se exercitarem regularmente fora do contexto do programa.

O estudo de Marzolini et al. (2010), que avaliou a adesão a um programa externo de reabilitação cardíaca, focado num treino de exercícios de resistência, verificou que 50% dos participantes relataram ter mantido o treinamento, após o *follow-up*, e 50% disseram tê-lo abandonado. Os participantes do estudo que abandonaram o tratamento relataram razões relacionadas à falta de motivação (48%), falta de tempo (41%), estar cansado pelo trabalho, exercício ou outras atividades (31%). Dificuldades com compromissos familiares foram citadas por 15% dos participantes que abandonaram o treinamento e problemas físicos, por 13% deles.

Assim como no estudo de Marzolini et al. (2010), no presente estudo 47,2% dos participantes referiram que não fizeram os exercícios em casa por motivos relacionados à falta de motivação. Observou-se que 25,0% dos participantes relataram impedimentos devido a problemas físicos ou falta de saúde e 16,7% referiram falta de tempo para a prática do exercício.

Logo, no presente estudo, a história de prática de atividade física mostrou ser uma variável que prediz adesão. Para Forjaz e Tinucci (2002), os benefícios do exercício físico são evidentes, mas a prática dessa atividade é voluntária, despende tempo e exige envolvimento do paciente. O paciente deveria senti-la como agradável e compreendê-la como prioridade em sua vida.

Sugere-se, para estudos futuros na área, uma melhor investigação da história de prática de atividade física, uma vez que o comportamento de exercitar-se seria um comportamento instalado como outros e, portanto, aprendido pelo indivíduo durante sua vida.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo alcançou plenamente os objetivos propostos, uma vez que permitiu uma descrição de aspectos psicológicos, sociais e clínicos dos participantes do programa de RCV do HCFMRP-USP, além de identificar variáveis sócio-demográficas e psicológicas relacionadas com a adesão dos participantes ao programa, no período de seis meses. Com os achados identificados, foi possível propor sugestões de intervenção psicológicas, visando aumentar a participação dos pacientes no programa, além de melhorar o estado de saúde psicológico dos mesmos.

Neste estudo, metade dos pacientes que ingressaram na RCV abandonou o programa antes de seis meses de participação no mesmo, e, entre os motivos apresentados para o abandono destacaram-se “retorno ao trabalho”, “ser impedido por alguém” e “distância de casa”. Os índices de adesão e os motivos relatados pelos pacientes para o abandono se mostraram semelhantes ao encontrados em outros estudos internacionais.

Algumas variáveis sócio-demográficas e psicológicas demonstraram associação com o abandono a RCV. Entre as sócio-demográficas, identificou-se que estar trabalhando ao iniciar a reabilitação mostrou forte associação com o abandono, quando comparada com estar recebendo o auxílio doença, mesmo após o ajustamento entre todas as variáveis sócio-demográficas. Ser aposentado e apresentar baixa escolaridade também foram variáveis associadas com abandonar a RCV, mas essas associações surgiram somente com o ajustamento entre as variáveis sócio-demográficas. Apesar de muitos participantes relatarem a “distância de casa” como motivo para ter deixado a reabilitação, verificou-se que pacientes que residiam em localidades situadas entre 50 e 100 quilômetros do centro de reabilitação demonstraram menor chance de abandonar o programa quando comparados com os participantes que residiam no local de tratamento ou até 50 quilômetro de distância dele. Conclui-se que os achados sócio-demográficos se mostraram contraditórios neste estudo, o que também corrobora pesquisas prévias.

Não foram encontradas associações entre as variáveis clínicas e abandono à RCV, mas limitações do estudo podem ter influenciado nestes dados. Os resultados

encontrados mostraram que algumas variáveis psicológicas, como as expectativas negativas ou incertezas em relação ao tratamento, a percepção de ausência de suporte em relação ao exercício e a presença de sintomas depressivos foram preditores de abandono. O conhecimento insuficiente sobre o motivo do tratamento, a atribuição de causalidade da doença cardíaca a fatores não relacionados ao próprio comportamento, dificuldade em nomear os profissionais que cuidavam da saúde, a não ampliação da rede de contato social durante a participação na RCV e a percepção de pior estado de saúde nos domínios Aspectos Sociais e Saúde Mental foram variáveis associadas ao abandono ao longo da participação na RCV.

O presente estudo não tinha como objetivo avaliar mudanças em relação às variáveis psicológicas dos participantes que aderiram à reabilitação ao longo do tempo, mas pode-se verificar que os participantes que aderiram apresentaram melhores escores de percepção de saúde nos domínios Aspectos Sociais e Saúde Mental. Em decorrência deste dado, acredita-se o programa de RCV pode ter produzido mudanças na percepção de saúde, principalmente nesses dois domínios.

Com base nos achados, aspectos relevantes foram identificados, entre eles, a importância do desenvolvimento de programas educativos, que possibilitem um melhor entendimento da doença cardíaca, dos fatores de risco e da necessidade de mudanças no estilo de vida e de comportamentos de risco; a necessidade de avaliações psicológicas sistemáticas com pacientes cardiopatas, em função da alta incidência de sintomas depressivos encontrados nesse grupo e a importância do desenvolvimento de programas psicoterapêuticos para lidar com a problemática da depressão. Sugere-se ainda realizar intervenções com familiares e com a equipe de profissionais que atuam com os pacientes em reabilitação, visando facilitar a adesão.

Algumas considerações devem ser ressaltadas. Outras pesquisas nacionais, com maiores amostras, devem ser realizadas a fim de confirmar os achados do presente estudo. Também se considera importante que outras análises, entre as variáveis observadas neste estudo, poderão ser realizadas futuramente, assim possibilitando revelar outros resultados que podem não ter sido evidenciados. E, por último, notou-se, com este estudo, a necessidade de instrumentos psicológicos padronizados para a população brasileira, que auxiliem nos estudos quantitativos na área da saúde, especificamente sobre percepção de doença.

Por fim, ressalta-se a importância deste trabalho, uma vez que, de acordo com o levantamento bibliográfico realizado, este foi o primeiro estudo nacional que investigou variáveis sociais e psicológicas relacionadas com a adesão a um programa de RCV. Destaca-se a relevância deste estudo, por fornecer elementos para se compreender fatores relacionados à adesão de pacientes cardiopatas à reabilitação cardíaca e oferecer subsídios para intervenções multidisciplinares na área, que visem não somente aumentar a adesão dos pacientes ao programa e modificações nos hábitos de vida, mas que também contribuam para reduzir sofrimento psicológico dos pacientes com doenças cardíacas.

Conclui-se que apesar de diversos fatores apresentarem relação com a adesão à reabilitação cardíaca, nenhum deles parece predizer isoladamente a adesão dos pacientes aos programas de RCV. Deste modo, acredita-se que a adesão deve ser vista como um fenômeno complexo, que depende da interação específica de diversos fatores, em função das características do programa e características da população estudada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹⁶

ALBERT, N. M.; ZELLER, R. Depressed patients understand heart failure prognosis but not how to control it. **Heart Lung**, v. 38, p. 382-391, September/October, 2009.

ALLAN, J. L. et al. Depression and perceived behavioral control are independent predictors of future activity and fitness after coronary syndrome events. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 63, p. 501-508, 2007.

ALLENDER, S. et al. UK coronary heart disease statistics 2009-2010. British Heart Foundation, London Disponível em: www.bhj.org.br, Acessado em: abril/2010.

ALWAN, H. et al. Perception of cardiovascular risk and comparison with actual cardiovascular risk. **European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation**, v.16, n. 5, 556-561, 2009.

ARON, A. Prevalence of Heart Disease – United States, 2005, **Journal of American Medical Association**, v. 297, n. 12, p. 1308-1309, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CONCESSIONÁRIAS DE RODOVIAS Disponível em: <http://www.abcr.org.br/geode/>, acessado em: 10/08/09.

AUDI, T.; HILL, P.; ANDERSON, M. A. Quality of Life After Participation in a Rural Phase II Cardiac Rehabilitation Program. **J. Nursing Care Quality**, v. 21, n. 1, p. 56-62, 2006.

AVEZUM, A.; PIEGAS, L. S.; PEREIRA, J. C. R. Fatores de Risco Associados com Infarto Agudo do Miocárdio na Região Metropolitana de São Paulo. Uma Região Desenvolvida em um País em Desenvolvimento. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. 3, p. 206-13, 2005.

BANE, C.; HUGHES, C. M.; MCELNAY, J. C. The impact of depressive symptoms and psychosocial factors on medication adherence in cardiovascular disease. **Patient Education Counseling**, Ireland, v. 60, p. 187-93, 2006.

¹ De acordo com Universidade de São Paulo. Sistema Integrado de Bibliotecas da USP. Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso Parte I (ABNT) / Sistema Integrado de Bibliotecas da USP 2009.

BANERJEE, A. T. et al. Cultural factors facilitating cardiac rehabilitation participation among Canadian South Asians: A qualitative study. **Heart Lung**, v. 39, n. 6, p. 494-503, 2010.

BARROS, M. B. A. et al. G. D. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 911-26, 2006.

BARROS NETO, T. L. B.; CÉSAR, M. C.; TAMBEIRO, V. L. Avaliação da Aptidão Física Cardiorrespiratória. In: Ghorayeb, N.; Barros, T. (Ed.). **O Exercício: preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos especiais e preventivos**. São Paulo: Ed Atheneu, 1999. cap. 2, p. 15-24.

BELARDINELLI, R. et al. Randomized controlled trial of long-term moderate exercise training in chronic heart failure: effects on functional capacity, quality of live and clinical outcome. **Circulation**, v. 99, p. 1173-1182, 1999.

BERKMAN L. F. et al. From social integration to health. **Soc Sci Med**, v. 51, p. 843-857, 2000.

BERKMAN, L. F.; LEO-SUMMERS, L.; HORWITZ, R. I. Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective, population-based study of the elderly. **Annals of Internal Medicine**, v. 117, p. 1003-1009, 1992.

BERKMAN L.F. et al. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: The Enhancing Recovery in Coronary Heart disease Patients (ENRICH) randomized trial. **Journal of the American Medical Association**, v.289, p. 3106-3116, 2003.

BIASOLI-ALVES, Z. M. M. A Pesquisa em Psicologia – análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: Romanelli, G.; Biasoli-Alves, Z. M. M. (Org.). **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto - SP: Legis Summa, 1998. p. 135-157.

BLANCHARD, C. Understanding exercise behaviour during home-based cardiac rehabilitation: a theory of planned behavior perspective. **Canadian Journal of Physiology and Pharmacology**, v. 86, p.8-15, 2008.

BOSCO, R. et al. O efeito de um programa de exercício físico aeróbio combinado com exercícios de resistência muscular localizada na melhora da circulação sistêmica e local: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 10, n. 1, p. 56-62, 2004.

BOUTIN-FOSTER, C. Getting to the heart of social support: A qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification. **Heart Lung**, v. 34, p. 22-29, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Caderno 7. Brasília, DF, 2001.

BROADBENT, E. et al. The Brief Illness Perception Questionnaire. **Journal Psychosomatic Research**, v. 60, p. 631-637, 2006.

BRUMMETT, B. H. et al. Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosomatic Medicine*, v. 63, p. 267-272, 2001.

BUCKWORTH, J. Exercise determinants and interventions. **Int J Sport Psychol**, v. 31, p. 305-320, 2000.

BURNS, J. W.; EVON, D. Common and Specific Process Factors in Cardiac Rehabilitation: Independent and Interactive Effects of the Working Alliance and Self-Efficacy. **Health Psychology**, v. 26, n. 6, p. 684-692, 2007.

CASEY, E. et al. Depression predicts failure to complete phase-II cardiac rehabilitation. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 31, p. 421-431, springer, 2008.

CARLSON, J. J. et al. Self-efficacy, psychosocial factors, and exercise behavior in traditional versus modified cardiac rehabilitation. **J. Cardiopulmonary Rehabilitation**, v. 21. p. 363-373, 2001.

CARLSON, B.; RIEGEL, B.; MOSER, D. K. Self-care abilities of patients with heart failure. **Heart Lung**, v. 30, n. 5, p. 351-359, 2001.

CARNEY, et al. History of Depression and Survival After Acute Myocardial Infarction. **Psychosomatic Medicine**, v. 71, p. 253-259, 2009.

CASTRO, I. et al. Reabilitação Após Infarto Agudo do Miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 64, p. 289-296, 1995.

CHOW, C. K. et al. Association of Diet, Exercise, and Smoking Modification With Risk of Early Cardiovascular Events After Acute Coronary Syndromes. **Circulation**, v. 121, n. 6, p. 750-758, february 16, 2010.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

COELHO C. R. **Adesão ao Tratamento: Análise de contingências de indivíduos portadores de diabetes mellitus tipo 2**. 2007. 92 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia como Ciência e Profissão do Centro de Ciências da Vida) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2007.

COOPER, A. F. et al. Factors associated with cardiac rehabilitation attendance: a systematic review of the literature. **Clinical Rehabilitation**, v. 16, p. 541-551, 2002.

COOPER, A. F. et al. A qualitative study investigating patients' beliefs about cardiac rehabilitation. **Clinical Rehabilitation**, v. 19, 87-96, 2005.

COOPER, A. F. et al. assessing patients' beliefs about cardiac rehabilitation as a basis for predicting attendance after acute myocardial infarction. **Heart**, v. 93, p.53-58, 2007.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. 2ª Edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DANCHIN, N. et al. Epidemiology of acute coronary syndromes in France and in Europe. **Ann Cardiol Angeiol**, v. 59S2, p. S37-S41, 2010.

DECKER, C. et al. Risk factor management after myocardial infarction: Reported adherence and outcomes. **American Heart Journal**, v. 157, n. 3, march, p. 556-562, 2009.

DESKUR-SMILECKA, E. et al. Why patients after acute coronary syndromes do not participate in an early outpatient rehabilitation programme? **Kardiologia Polska**, v. 67, n. 6, p. 632-638, Poland, 2009.

DI MATTEO, R. M. et al. Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the medical outcomes study. **Health Psychology**, v. 12, n. 2, p. 93-102, 1993.

DI MATTEO, M. R.; HAYS, R. D. RRINCE, L. M. Relationship of physicians' nonverbal communication skills to patient satisfaction, appointment noncompliance, and physician workload. **Health Psychology**, v. 5, p. 581-594, 1986.

DISHMAN, R.K. Introduction : consensus, problems, and prospects. In: **Advances in exercise adherence**. Human Knetics, v. 36, p. 1-9, 1994.

DUARTE, M. S. Z. **Análise dos fatores psicossociais de risco em pacientes de primeiro infarto agudo do miocárdio**. 2002. 129 f. Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, Departamento de Psicologia e Educação, Ribeirão Preto, 2002.

DUNLAY, M. S. et al. Barriers to participation in cardiac rehabilitation. **American Heart Journal**, v. 158, n. 5, p. 852-859, 2009.

EVERSON-ROSE, S. A. Depressive Symptoms and Increase Visceral Fat in Middle-Aged Women. **Psychosomatic Medicine**, v. 71, p. 410-416, 2009.

FALLER, H. et al. Is health-related quality of life an independent predictor of survival in patients with chronic heart failure? **Journal of Psychosomatic Research**, v. 63, p. 533-538, 2007.

FARIN, E.; MEDER, M. Personality and the physicians-patient relationship as predictors of quality of life of cardiac patients after rehabilitation. **Health and Quality Life Outcomes**, 8:100, 2010.

FISHMAN, G. I. et al. Sudden Cardiac Death Prediction Report From a National Heart, Lung, and Blood Institute and Heart Rhythm Society Workshop. **Circulation**, v. 122, n. 22, p. 2335-2348, Nov, 2010.

FORJAZ, C. L.; TINUCCI, T. Estratégias de melhora da adesão ao exercício como tratamento não-farmacológico de doenças crônicas. In: Mion Jr, D.; Nobre, F. (Org.). **Risco Cardiovascular Global. Convencendo o paciente a diminuir o risco**. 3ª Edição. São Paulo: Lemos Editorial, 2002. cap. 5, p. 104-137.

FRAMINGHAM HEART STUDY. **History of the Framingham Heart Study**. Disponível em: www.framinghamheartstudy.org/about/history.html. Acessado em: 25/03/10

FRASURE-SMITH, N. et al. Depression and health-care cost during the first year following myocardial infarction. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 48, p. 471-478, 2000.

FRENCH, D. P.; COOPER, A.; WEINMAN, J. Illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation following acute myocardial infarction: A systematic review with meta-analysis. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 61, p. 757-767, 2006.

FROELICHER, V. F.; MYERS, J.N. **Exercise and the Health**. Philadelphia: WB Saunders, 2000, cap 5, p. 85-96.

GODOY, M. I. Congresso Nacional de Reabilitação Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 69, n. 4, p. 267-91, outubro, 1997.

GONÇALVES F. D. P. Avaliação da Qualidade de Vida Pós-Cirurgia Cardíaca na Fase I da Reabilitação Através do Questionário MOS SF-36. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.10, n.1, p. 121-126, 2006.

GUSMÃO, J.; MION JR, D. Adesão ao tratamento - conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

GUIMARÃES, S. S. Psicologia da Saúde e Doenças Crônicas. In: **Comportamento e Saúde: explorando alternativas**. Kerbauy, R. R. (Org.). 1ª Ed. Santo André: ARBytes, 1999. cap 3, p. 22-43.

HALL, J. A.; ROTER, D. L.; KATZ, N. R. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. **Medical Care**, v. 26, p. 1-19, 1988.

HALL, A. M. et al. The influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review. **Physical Therapy**, v. 90, n. 8, p. 1099-1110, 2010.

HAMER, M.; STAMATAKIS, E. Physical activity and mortality in men and women with diagnosed cardiovascular disease. **European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation**, v. 16, n 2, p.156-160, 2009.

HANYU, N. et al. Factors Influencing Knowledge of and Adherence to Self-care Among Patients With Heart Failure. **Arch. Intern. Medicine**, v.159, n. 26, p. 1613-1619, Jul, 1999.

HASKELL, W. L. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine Heart Association. **Circulation**, v.116, p. 1081-1093, 2007.

HOLZAPFEL, N. et al. Self-care and depression in patients with chronic heart failure. **Heart Lung**, v. 38, n. 5, p. 392-397, September/October, 2009.

HUSAK, L. et al. Social Support as a Predictor of Participation in Cardiac Rehabilitation After Coronary Artery Bypass Graft Surgery. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation**, v.24, n.1, p. 19-26, jan/fev 2004.

JACKSON, L. et al. Getting the most out of cardiac rehabilitation: a review of referral and adherence predictors. **Heart**, v. 91, p. 10-14, 2005.

JENKINS, C. D. Epidemiology of Cardiovascular Diseases. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 56, n. 3, 324-332, 1988.

JETTE, D. U.; DOWNING, J. Health Status of Individuals Entering a Cardiac Rehabilitation Program as Measured by the Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Survey. (SF-36). **Physical Therapy**, v. 74, n. 6, 1994.

KELLER, C.; FLEURY, J. MUJEZINOVIC-WOMANCK, M. Managing Cardiovascular Risk Reduction in Elderly Adults. **Journal of Gerontological Nursing**, June, 2003.

KETTERER, M. W.; MAHR, G.; GOLDBERG, D. Psychological factors affecting a medical condition: ischemic coronary heart disease. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 48, p.357-367, 2000.

KIMBERLEY, B. a Review to examine the use of SF-36 in cardiac rehabilitation. **British Journal of Nursing**, v. 12, n. 15, p. 904-909, 2003.

KING, A. C. et al. Determinants of physical activity and interventions in adults. **Medicine and Science in Sport Exercise**, v. 24, p. 221-236, 1992.

KING, A. C., et al. Personal and environmental factors associated with physical inactivity among different racial-ethnic groups of US middle-aged and older aged adults. **Health Psychology**, v. 19, n. 4, p. 354-364, 2000.

KOMOROVSKY, R. et al. Quality of live and behavioral compliance in cardiac rehabilitation patients: a longitudinal survey. **Intern J of Nursing Studies**, v. 10. n. 1016. p. 1-8, 2007.

KOP W. J. Chronic and Acute Psychological Risk Factors for Clinical Manifestations of Coronary Artery Disease. **Psychosomatic Medicine**, v. 61, p. 476-487, 1999.

KRANTZ, D.S.; McCENEY, M. Effects of Psychological and Social Factors on Organic Disease: A Critical Assessment of Research on Coronary Heart Disease. **Annu Rev Psychol**, v. 53, p. 341-69, 2002.

KREUTER M. W.; STRECHER, V. T. Changing inaccurate perceptions of health risk: result from a randomized trial. **Health Psychology**, v. 14, p. 56-63, 1995.

KRISTOFFEERZON, M. LÖFMARK, R.; CARLSSON, M. Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: A comparison between Swedish women and men. **Heart Lung**, v. 34, n. 1, p. 39-50, 2005.

KRONISH, I. M. et al. Persistent Depression Affects Adherence to Secondary Prevention Behaviors After Acute Coronary Syndromes. **J Gen Intern Med**, New York, v. 21, p. 1178-83, 2006.

KULCU, D. G. et al. The effect of cardiac rehabilitation on quality of life, anxiety, and depression in patients with congestive heart failure: a randomized controlled trial, short-term results. **Eur Med Phys**, v. 14, p. 1- 9, 2007.

LAVIE, C. J.; MILANI, R. V. Adverse Psychological and Coronary Risk Profiles in Young Patients With Coronary Artery Disease and Benefits of Formal Cardiac Rehabilitation. **Arch Intern Med**, v.166, p.1878-1883, 2006a.

LAVIE, C. J.; MILANI, R. V. Cardiac Rehabilitation, exercise training, and psychosocial risk factors. **Journal of the American College of Cardiology**, v.47, n. 3, p. 212, 2006b.

LESPÉRANCE, F.; FRASURE-SMITH, N. Depression in patients with cardiac disease: a practical review. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 48, p. 379-391, 2000.

LETT, H. S. et al. Social Support and Prognosis in Patients at Increased Psychosocial Risk Recovering From Myocardial Infarction. **Health Psychology**, v. 26, n. 04, p. 418-27, 2007.

LETT, H. S. et al. Depression is a Risk Factor for Coronary Artery Disease: Evidence, Mechanisms, and Treatment. **Psychosomatic Medicine**, v. 66, p. 305-315, 2004.

LINDSAY, G. M. et al. Experience of cardiac rehabilitation after coronary artery surgery: affects on health and risk factors. **International Journal of Cardiology**, v. 87, p. 67-73, 2003.

LIPP, M. N. **Manual do Inventário do Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**. 2ª Edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LIPP, M. N.; FRARE, A.; SANTOS, F. U. Efeitos de variáveis psicológicas na reatividade cardiovascular em momentos de *stress* emocional. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 2, p. 161-167, 2007.

LISSPERS, J. Long-Term Effects of Lifestyle Behavior Change in Coronary Artery Disease: Effects on Recurrent Coronary Events After Percutaneous Coronary Intervention. **Health Psychology**, v. 24, n. 1, p.41-48, 2005.

LITT, D. M.; KLEPPINGER, A.; JUDGE, J. O. Initiation and maintenance of exercise behavior in older women: predictors from the social learning model. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 25, 83-97, 2002.

LOTUFO, P. A. Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: histórico, situação atual e proposta de modelo teórico. **Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 6, n. 5, 1996.

_____ Mortalidade Precoce por Doenças do Coração no Brasil. Comparação com outros países. **Arquivos Brasileiros Cardiologia**, v. 70, n. 5, p. 321-325, 1998.

_____ Why Brazil does not have an epidemic of chronic diseases: some answers from cardiovascular diseases. **São Paulo Med J**, v. 132, n. 2, p. 47-48, 2005.

LOW, C. A.; SALOMON, K.; MATTHEWS, K. A. Chronic life stress, cardiovascular reactivity, and subclinical cardiovascular disease in adolescents. **Psychosomatic Medicine**, v. 71, n. 9, p. 927-931, 2009.

MALERBI, F. E. K.; Adesão ao tratamento. In: Kerbauy, R. R. (Org.). **Sobre Comportamento e Cognição: Conceitos, pesquisas e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico**. 1ª Edição. Santo André: ESEtec editores associados, 2000. v 05, cap. 17, p. 148-56.

MARZOLINI, S. et al. Self-reported compliance to home-based resistance training in cardiac patients. **European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation**, v. 17, p. 35-79, 2010.

MIERZYNSKA, A. et al. Psychological support for patients following myocardial infarction. **Cardiology Journal**, v.17, n.3, p. 319-324, 2010.

MIYAZAKI, M. C. et al. Psicologia da Saúde: Extensão de serviços à comunidade, Ensino e Pesquisa. **Rev. Psicologia USP**, v. 13, n. 1. São Paulo, 2002.

MOORE, S. M. et al. Predictors of women's exercise maintenance after cardiac rehabilitation. **J. Cardiopulmonary Rehabilitation**, v. 23, p. 40-49, 2003.

MOLOY G. J. et al. Practical support predicts medication adherence and attendance at cardiac rehabilitation following acute coronary syndrome. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 65, p. 581-586, 2008a.

MOLOY G. J. et al. Social networks and partner stress as predictors of adherence to medication, rehabilitation attendance, and quality of life following acute coronary syndrome. **Health Psychology**, v. 27, n. 1, p. 52-58, jan, 2008b.

MONTEIRO, M. E. S.; Adesão ao tratamento psiquiátrico de pacientes portadores de transtornos de ansiedade. In: Brandão, M. Z. S. et al. (Org.). **Sobre o Comportamento e Cognição: Clínica, pesquisa e aplicação**. 1ª Ed. Santo André: ESETec editores associados, 2003. v. 12, cap. 46, p. 422-34.

MONTEIRO, M. F. SOBRAL FILHO, D.C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 10, n. 6, p. 513-516, nov/dez, 2004.

MORAES, R. S. (Ed). Diretriz de Reabilitação Cardíaca. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 89, n. 5, p. 431-40, maio, 2005.

MORIEL, G. et al. Quality of Life in Patients with Severe and Stable Coronary Atherosclerotic Disease. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 6, 2010.

MYERS, J. Exercise and cardiovascular health. **Circulation**, v. 107, p. E2-E5, 2003.

NOGUEIRA, I. D. B. et al. Correlação entre Qualidade de Vida e Capacidade Funcional na Insuficiência Cardíaca. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 2, p. 238-243, 2010.

NORRIS, C. M. et al. Women with coronary artery disease report worse health-related quality of life outcomes compared to men. **Health and Quality of life Outcomes**, 2:21, may, 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Adherencia a Los Tratamientos a Largo Plazo. Pruebas para la acción**. Washington D. C., 2004.

OIGMAN, W. Método de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 30-34, 2006.

OLIVEIRA, J.E.P. Diabetes Melito. In: **Risco cardiovascular global: da teoria à prática**. MION JR., D.; NOBRE, F. (Org). 2 ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 25-53.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília, p. 1-58, 2003. Disponível em: www.saude.sp.gov.br, acessado em: 10/09/2009.

ORTEGA, K. C.; MION JR, D.; NOBRE, F. Razões pelas quais os médicos não convencem os pacientes ao tratamento de algumas doenças crônicas e degenerativas. In: Mion Jr, D.; Nobre, F. (Org). **Risco Cardiovascular Global. Convencendo o paciente a diminuir o risco**. 3ª Edição. São Paulo: Lemos Editorial, 2002. cap. 07, p. 161-192.

PAGANO, M. GAUVAREAU, K. Princípios de Bioestatística. Tradução de Luiz Sérgio de Castro Paiva. 2ª Edição. São Paulo: Cengage Learning, 2004.

PASQUALI, S. K. Effect of cardiac rehabilitation on functional outcomes after coronary revascularization. **American Heart Journal**, v. 145, n. 3, p. 445-451, march, 2003.

PESCATELLO, P.S. et al. American College of Sports. Exercise and Hypertension. **Medicine and Science in Sport Exercise**, v. 36, p. 533-53, 2004.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2003.

PETTER, M. et al. Correlates of exercise among coronary heart disease patients: review, implications and future directions. **European Journal Cardiovascular Prevention and Rehabilitation**, v. 16, n. 5, p. 515-526, 2009.

PICKERING T. et al. Behavioral Cardiology – has its time finally arrived? **The Mount Sinai Journal of Medicine**, v.70, n.2, p.101-112, 2003.

PROCHASKA, J. O.; DiCLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J.C. Search of how people change: applications to addictive behaviors. **American Psychologist**, v.47, n.9, p.1102-1114, 1992.

RAND, C. S. Measuring adherence with therapy for chronic disease: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. **American Journal of Cardiology**, v. 72, p. 68D- 74D, 1993.

REGO, R. A. et al. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, v. 24, p.277-285, 1990.

REICHERT, F. F. The Role of Perceived Personal Barriers to Engagement in Leisure-Time Physical Activity. **American Journal of Public Health**, v. 97, n. 3, p. 515-519, march, 2007.

RICARDO, D. R.; ARAÚJO, C. G. S.; Reabilitação cardíaca com ênfase no exercício: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 12, n. 5, p. 279-85, 2006.

RIEGEL, B. et al. Promoting Self-Care in Persons With Heart Failure. A Scientific Statement From The American Heart Association. **Circulation**, v. 120, p. 1141-1163, september, 2009.

RIVETT, M.J. et al. Physical activity readiness in patients withdrawals from cardiac rehabilitation. **British Journal of Nursing**, v.18, n. 3, p.188-191, 2009.

ROSLAND, A. M. et al. Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: do family members hinder as much as they help? **Chronic Illness**, v.6, n.1, p. 22-33, March, 2010.

ROZANSKI, A.; BLUMENTHAL, J. A.; KAPLAN, J. Impact of Psychological Factors on the Pathogenesis of Cardiovascular Disease and Implication for Therapy. **Circulation**, v. 99, n. 16, p. 2192-2217, 1999.

ROZANSKI, A. et al. The epidemiology, pathophysiology and management of psychosocial risk factors in cardiac practice – the emerging field of behavioral

cardiology. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 45, n. 5, p. 637-651, 2005.

SACCOMANN, I. C. R. S.; CINTRA, F. A.; GALLANI, M. C. B. J. Health-related quality of life among the elderly with heart failure: a generic measurement. **São Paulo Medicine Journal**, v. 128, n. 4, 192-196, 2010.

SANDERSON, B. K. et al. Factors associated with the failure of patients to complete cardiac rehabilitation for medical and nonmedical reasons. **J. Cardiopulmonary Rehabilitation**, v. 23, n. 4, p. 281-289, Jul-Aug, 2003.

SALVETTI, X. M. et al. How much do the benefits cost? Effects of a home-based training programme on cardiovascular fitness, quality of live, programme cost and adherence for patients with coronary disease. **Clinical Rehabilitation**, v. 22, p. 987-996, 2007.

SCALCO, A. Z. et al. Hypertension and Depression. **Clinics**, v. 60, n. 3, 241-250, 2005.

SCHMIDT, A.; NOBRE, F.; MION JR., D. Risco cardiovascular global: a teoria aplicada à prática. In: **Risco cardiovascular global: da teoria à prática**. MION JR., D.; NOBRE, F. (Org.). 2ª Edição. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 13-24.

SEIDEL, E. F.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de Escala para Avaliação do Suporte Social em HIV/aids. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 3, p. 317-23, 2006.

SHEN, B. J.; MCCERARY, C. P.; MYERS, H. F. Independent and Mediated Contributions of personality, Coping, Social Support, and Depressive Symptoms to Physical Functioning Outcomes among Patients in Rehabilitation Cardiac. **Journal Behavioral Medicine**, v. 17, n. 1, p. 39-62, February, 2004.

SHEN, B. J.; WACHOWIAK, P. S.; BROOKS, L. G. Psychosocial factors and assessment in cardiac rehabilitation. **Eur Med Phys**, v. 41, p. 75-91, 2005.

SHERWOOD, N.; JEFFERY, R. W. The Behavioral Determinants of Exercise: Implications for Physical Activity Interventions. **Annu. Rev. Nutr.**, v. 20, p.21-44, 2000.

SIMCHEN, E. et al. Is Participation in Cardiac Rehabilitation Programs Associated with Better quality of Life and Return to Work after Coronary Artery Bypass Operations? The Israeli CABG Study. **IMAJ**, v. 3, p. 399-403, June, 2001

SOARES, R. et al. Intervenção Psicológica em Pacientes Submetidos a Angioplastia Coronária: Ensaio Randomizado. **Rev. Brasileira de Cardiologia Invasiva**, v.18, n.3, p. 311-315, 2010.

SNEED, N. V. et al. Evaluation of 3 quality of life measurement tools in patients with Chronic Heart Failure. **Heart lung**, v. 30, n. 5, p. 332-340, 2001.

SPERTUS, J. A. et al. Association between depression and worse disease-specific functional status in outpatients with coronary artery disease. **American Heart Journal**, v. 140, n. 1, 105-110, 2000.

STEPTOE, A. et a. Behavioural counseling in general practice for the promotion of health behavior among adult at increased risk of coronary heart disease: randomized trial. **Behavioral Medicine Journal**, v. 319, p. 943-947, 1999.

STEPTOE, A.; BRYDON, L. Emotional triggering of cardiac events. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 33, p. 63-70, 2009.

STRAUB, R. O. Doenças Cardiovasculares e Diabete. In: _____ (Ed.). **Psicologia da Saúde**. Tradução de Ronaldo Cataldo Costa. 1ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2005. cap. 9, p. 315-345.

STRAUB, R. O. Comportamento e Saúde: Permanecendo Saudável. In: _____ (Ed.). **Psicologia da Saúde**. Tradução de Ronaldo Cataldo Costa. 1ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2005. cap. 6, p. 193-226.

SUAYA, J. A. et al. Cardiac Rehabilitation and Survival in Older Coronary Patients. **Journal of American College of Cardiology**, v. 54, n. 1, 2009.

TAYLOR, G. H., WILSON, S. L. SHARP, J. Medical, Psychological, and Sociodemographic Factors Associated With Adherence to Cardiac Rehabilitation Programs: A Systematic Review. **J. Cardiovascular Nursing**, v. 25, n.10, nov, 2010.

TROST, S. G. et al. Correlates of adults? Participation in physical activity: review and update. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 34, n. 12, p. 1996-2001, 2002.

VALE, A. A. L.; MARTINEZ, T. L. R. Fatores de Risco Coronário: Quais os já Consagrados e sua Importância na Gênese da Doença Coronária. In: Timerman, A.; César, L. A. M. (Ed). FERREIRA, J. F. M.; BERTOLAMI, M.C. (Ed associados). **Manual de Cardiologia: Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo SOCESP**. São Paulo: Atheneu, 2000.

VALDIVIA, C. G. et al. Modificación de los factores de riesgo coronario después de un programa de rehabilitación cardíaca. **Revista Chilena de Cardiología**, v. 25, n. 1, p. 45-49, 2006.

VERGÈS, B. L. et al. Comprehensive cardiac rehabilitation improves the control of dyslipidemia in secondary prevention. **J. Cardiopulmonary Rehabilitation**, nov-dec, 18 (6), p. 408-15, 1998.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A.; COSTA, M. C. S. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 750-756, 2008.

YONEZAWA, R. Effects of Phase II Cardiac Rehabilitation on Job Stress and Health-Related Quality of Life After Return to Work in Middle-Aged Patients With Acute Myocardial Infarction. **Int. Heart J.**, v. 50, n. 3, p. 279-290, 2009.

WALLACE, L. S. et al. Characteristics of exercise behavior among college students: application of social cognitive theory to predicting stage of change. **Prev Med**, v. 31, p. 494-505, 2000.

WARE, J. E. Jr. The SF Community – SF-36 Health Survey Update. Disponível em: www.sf-36.org/tools/sf36.shtml. Acessado em: 30/08/2010.

WARE, J. E. Jr.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36 – item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, v. 30, n 6, p. 473-483, 1992.

WHOOLEY, M. A. Depressive Symptoms, Health Behaviors, and Risk of Cardiovascular Events in Patients With Coronary Heart Disease. **Journal of American Medical Association**, v. 26, n 300 (20), november, 2008.

WILMORE, J. H.; COSTILL, D. L. Metabolismo e Sistemas Energéticos Básicos. In: _____ (Ed.). **Fisiologia do Esporte e do Exercício**. Tradução de F. Louvano e R.F.P. Bacurau. 2ª Ed. São Paulo: Manole, 2001. cap. 4, p. 115-154.

WILMORE, J. H.; COSTILL, D. L. Controle Vascular Durante o Exercício. In: _____ (Ed.). **Fisiologia do Esporte e do Exercício**. Tradução de F. Louvano e R.F.P. Bacurau. 2ª Ed. São Paulo: Manole, 2001. cap. 7, p. 205-239.

WILLIAMS, R. B. et al. Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. **Journal of American Medicine Association**, v. 4, p. 267-520, 1992.

WILLIAMS, M. M.; CLOUSE, R. E.; LUSTMAN, P. J. Treating Depression to Prevent Diabetes and Its Complications: Understanding Depression as a Medical Risk Factor. **Clinical Diabetes**, v. 24, n. 2, p. 79-86, 2006.

WITT, B. J.; THOMAS, R. J.; ROGER, V. L. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction: a review to understand barriers to participation and potential solutions. **Eur Med Phys**, v. 41, n. 1, p. 27-34, 2005.

WITT, B. J. et al. Cardiac Rehabilitation After Myocardial Infarction in the Community. **Journal of American College of Cardiology**, v. 44, n. 5, p. 988-996, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cardiovascular disease: prevention and control**. Disponível em: www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/cvd/en/print.html
Acessado em: 22/10/2007.

ZANELLA, M. T. Obesidade e fatores de risco. In: **Risco cardiovascular global: da teoria à prática**. MION JR., D.; NOBRE, F. (Org.). 2 ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 109-126.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)

Pesquisa: **AValiação DOS FATORES PSICOSSOCIAIS QUE INFLUENCIAM NA ADESÃO AO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR.**

Pesquisadora Responsável: Roberta Maria Carvalho de Freitas, psicóloga – CRP 06 / 78921, aluna do programa de pós-graduação da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras – USP de Ribeirão Preto, em nível de mestrado, sob orientação do **Prof. Dr. Ricardo Gorayeb** do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP.

Convido o Sr (a) a participar dessa pesquisa que tem como objetivo identificar os aspectos psicológicos e sociais que estão associados com adesão ao tratamento médico, especialmente a adesão ao programa de Reabilitação Cardiovascular. Neste sentido, as variáveis psicológicas da pessoa, como seu sexo, idade, tipo de personalidade, stress e depressão, são fatores muito importantes para facilitar ou dificultar a realização do tratamento proposto.

Pesquisas científicas são importantes por serem um método seguro e válido de investigação, que assegura compromisso e responsabilidade com os participantes. Além disso, avaliações como essa permitem à instituição desenvolver e implantar projetos que visam oferecer melhores condições de atendimento, de acordo com as necessidades de seus pacientes.

É muito importante que o sr (a) saiba que:

- Participar ou não da pesquisa em nada influenciará em seu tratamento médico-hospitalar e ainda que poderá deixar de participar se assim desejar.
- Sua identidade e seus dados serão mantidos em sigilo. Os resultados obtidos serão publicados em revistas científicas, em congressos e se apresentarão somente somados aos dados de outros participantes, o que garante o total anonimato. O sr (a) poderá ter acesso aos seus dados, resultados da pesquisa e publicações assim que desejar.
- Não será oferecida nenhuma remuneração financeira por sua participação.
- Sua participação consiste em responder as questões apresentadas pela pesquisadora, através de um dos seguintes instrumentos:
 - 1) Entrevista que perguntará sobre sua saúde apresentando questões como: se o sr (a) fuma, como o sr (a) percebe as coisas que acontecem na sua vida (por exemplo, com a sua saúde), como são suas relações de amizade e com seus familiares.
 - 2) Inventário Psicológico ISSL, que avaliará se o sr (a) está com sintomas físicos e psicológicos do estresse.
 - 3) Inventário Psicológico BDI, que permite verificar se o sr (a) apresenta sintomas depressivos como avaliação de tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, perda de satisfação, sentimento de culpa, sensação de punição, auto-depreciação, ideação suicida, irritabilidade, retração social, indecisão,

distorção da imagem corporal, disposição para o trabalho, distúrbio do sono, distúrbios de apetite, perda de peso, preocupações somáticas e libido.

4) SF-36 (escala de avaliação de qualidade de vida, com perguntas que avaliam sua capacidade funcional, aspectos físicos de sua saúde, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais aspectos emocionais e saúde mental.

- Isto tomará do sr (a) aproximadamente 40 minutos, nos dois primeiros dias em que o sr (a) vier até a reabilitação. Também semanalmente, serão entregues ao sr (a), quando estiver freqüentando a pista de atletismo, folhas de registro sobre sua atividade física realizada fora do Hospital. E por fim, após seis meses em que o senhor (a) estiver no programa será convidado novamente a participar da avaliação psicológica que passou quando deu entrada no programa.
- Os riscos são considerados mínimos, e correspondem à possibilidade de dificuldades em relação às respostas de algumas das questões apresentadas. Caso isto ocorra, a pesquisadora estará disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas.
- Além dos dados colhidos através de sua participação na entrevista, será feita uma consulta ao seu prontuário médico para se verificar o diagnóstico de sua doença cardíaca e possíveis doenças de base, e os resultados de Pressão Arterial, Freqüência Cardíaca antes e após o sr (a) realizar a atividade física.

Eu,.....RG.....tendo sido esclarecido sobre as condições desse estudo, especialmente no que diz respeito a seu objetivo, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e condições que me foram assegurados.

Declaro que concordo com as condições apresentadas e que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que manifesto minha vontade de participar desse estudo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2008.

(assinatura da pesquisadora)

(assinatura do participante)

Contato:

Serviço de Psicologia
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP
Avenida dos Bandeirantes no. 3400. Monte Alegre.
Fone: (0xx16) 3602-2547. Ribeirão Preto, SP.

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista da Avaliação Inicial**ROTEIRO I**

Nome: _____ Data: ___/___/___
 Registro HC: _____ Contato/Tel: _____

I) DADOS DEMOGRÁFICOS:

Idade: _____ Sexo: () feminino () masculino

Procedência: _____ Distância: _____

Quanto gastará para vir até o HC: _____

Terá prejuízo financeiro para vir até o HC para fazer atividade?

() sim () não

Escolaridade:

() analfabeto

() ensino fundamental incompleto

() ensino fundamental completo

() ensino médio incompleto

() ensino médio completo

() ensino técnico profissionalizante

() ensino superior incompleto

() ensino superior completo

Ocupação/ profissão: _____

Condição empregatícia: _____

Trabalhando ()

Afastado, recebendo auxílio ()

Aposentado ()

Dona de casa ()

Estado Civil:

() solteiro

() casado

() viúvo

() amasiado

() separado

Renda familiar *per capita*: _____

Religião: _____ Prática religiosa: _____

II) DADOS CLÍNICOS:

Diagnóstico: _____ Data: _____

Altura: _____ Peso: _____ IMC: _____

Atualmente está em tratamento/ controle?			Tempo de tratamento (meses)
Sobrepeso/ obesidade	Sim	Não	
Dislipidemias	Colesterol	Sim	Não
	LDL	Sim	Não
	HDL	Sim	Não
	Triglicérides	Sim	Não
<i>Diabetes Mellitus</i>	Sim	Não	
Hipertensão	Sim	Não	

Apresenta outras doenças crônicas?

Avaliação de Teste Ergométrico:

III) PERCEPÇÃO DE RISCO:**O conhecimento do paciente a respeito do tratamento:**

O sr (a) sabe porque tem que fazer o tratamento na RCV, com exercício físico?

sim não Pq?: _____

O sr (a) acha que o exercício lhe fará bem?

sim, com certeza

sim

não sei

não

Por quê? _____

Conhecimento do paciente sobre seu quadro/diagnóstico:

Qual é o problema de saúde do Sr?

Sabe diagnóstico? sim não Qual? _____

O que o senhor (a) acha que pode ter causado a doença?

Conhece outras pessoas que têm a mesma doença que o senhor (a)?

sim não

Relação de proximidade com a pessoa?

O Sr (a) acha que poderia ter feito algo para evitar a doença ou a condição atual de saúde?

Tem conhecimento de:

Atualmente está em tratamento/ controle?			Tempo de tratamento (meses)
Sobrepeso/ obesidade	Sim	Não	
Dislipidemias	Colesterol	Sim	Não
	LDL	Sim	Não
	HDL	Sim	Não
	Triglicérides	Sim	Não
<i>Diabetes Mellitus</i>	Sim	Não	
Hipertensão	Sim	Não	

O Sr (a) teve dor no peito recentemente? sim não

Último episódio: _____

O Sr (a) teve Infarto Agudo do Miocárdio? sim não Quantos: _____

Tempo: 1º episódio _____ Último: _____

O sr (a) acha que mudou alguma coisa na sua vida com a doença do coração?

Não Sim **Se sim:** O quê?

Conhecimento de histórico familiar de doenças cardíacas: _____

- sim gostaria porque não estou satisfeito (a)
- sim, mas estou satisfeito (a)
- não, estou satisfeito com o apoio dos amigos que tenho

O sr (a) costuma conversar ou falar sobre seus sentimentos, sofrimentos e suas preocupações ou dificuldades com alguém?

VI) BARREIRAS:

O sr (a) já fazia atividade física antes?

- sim
- não
- nunca fez

Se sim, o sr (a) tinha um horário fixo em que faz atividade física?

- sim
- não

Se sim, como gerencia o tempo para fazer atividade física?

- faz sempre no mesmo horário, interrompendo outra atividade que estiver realizando no momento
- faz no mesmo horário, sendo que geralmente se programa para que o exercício seja feito regularmente
- faz somente quanto sobra tempo.

O sr (a) tem algum problema de saúde ou alguma limitação física que dificultará a realização da atividade física, o tratamento?

- não
- sim, quais
 - problema de coluna/ ortopédico
 - dor nas pernas/ trombose/ vascular
 - físicos genéticos
 - outros

Faz uso de drogas para controle de humor?

- Não
- Sim: qual: _____

APÊNDICE C – Registro de Atividade Física Semanal


 excelência desde 1956


REGISTRO DE ATIVIDADE FÍSICA SEMANAL

Nome: _____ Data: ___/___/___

Responsáveis: Psicóloga Roberta M. Carvalho de Freitas e Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

Instruções: registre o tempo de duração do exercício físico durante os dias da semana. Considere atividade física somente quando o senhor (a) sai de casa para fazer o exercício, e **NÃO** atividades do dia a dia, como por exemplo, o tempo de caminhada que o sr (a) gasta para ir até o ponto de ônibus, até o trabalho, ou até o supermercado.

DIA	HORA	LOCAL	COMPANHIA	DISPOSIÇÃO
3ª FEIRA () fez () não fez Duração: _____			() sim () não	() nada () pouco () moderado () bastante
5ª FEIRA () fez () não fez Duração: _____			() sim () não	() nada () pouco () moderado () bastante
SÁBADO () fez () não fez Duração: _____			() sim () não	() nada () pouco () moderado () bastante
DOMINGO () fez () não fez Duração: _____			() sim () não	() nada () pouco () moderado () bastante

APÊNDICE D - Roteiro de Observação de Comportamentos**ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE COMPORTAMENTOS**

NOME: _____ DATA: __/__/__

1) Condições fisiológicas e rendimento físico

Tempo de duração da atividade física (minutos): _____

Dados Fisiológicos / Adesão	
Número de voltas na pista	
Frequência cardíaca no início:	
Frequência cardíaca ao término:	
Frequência recomendada:	
PA de repouso:	
PA ao término da atividade:	

2) Motivação:

Quanto esteve disposto, com vontade, com energia, hoje, a fazer os exercícios?

- nada disposto
 levemente disposto
 moderadamente disposto
 disposto
 muito disposto

3) Comportamentos e reforçadores associados à prática de exercício físico:

3-A) O que pensava quando fazia a atividade física (por ex, problemas familiares, planos para o futuro, viagem, trabalho)?

—

3-B) Qual estado de humor hoje?

—

3-C) Caminhou/ correu sozinho ou junto com colega?

- sozinho com colegas

3-D) Conversou com algum colega enquanto caminhava/ corria?

- sim não

3-E) Pediu medicação para médicos/ ganhou medicação?

- sim não

3-F) Conversou com médico na RCV?

- sim não

APÊNDICE E – Roteiro de Entrevista da Avaliação Final**ROTEIRO II**

Nome: _____ Data: ___ / ___ / ___

I) CONDIÇÃO ATUAL DE TRATAMENTO:

- () ABANDONO
 () ALTA
 () AINDA EM ATIVIDADE – 6 MESES

*Por que o sr (a) deixou o programa de reabilitação/ exercício físico?*_____
_____**II) DADOS DEMOGRÁFICOS: (verificar alteração em dados no período)**

1) Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () amasiado () separado

No período do tratamento houve mudança no estado civil? () sim () não
Qual? _____2) Renda familiar *per capita*: _____

No período do tratamento diminuiu a renda familiar? () sim () não

Religião: _____ Prática religiosa: _____ (houve mudança?)

III) DADOS CLÍNICOS:

Houve alteração do quadro médico?

1) Altura: _____ Peso: _____ IMC: _____ () não
houve alteração

Atualmente está em tratamento/ controle?			Tempo de tratamento (meses)
Sobrepeso/ obesidade	Sim	Não	
Dislipidemias	Colesterol	Sim	Não
	LDL	Sim	Não
	HDL	Sim	Não
	Triglicérides	Sim	Não
<i>Diabetes Mellitus</i>	Sim	Não	
Hipertensão	Sim	Não	

2) Durante o tratamento apresentou outras doenças?

3) Teste Ergométrico: quantas avaliações e quais resultados?

IV) PERCEPÇÃO DE RISCO:*O sr (a) sabe porque teve que fazer atividade física?*

() sim () não Pq?: _____

O Sr (a) está fazendo atividade física em casa atualmente?

sim não **se não porque:** _____

Se sim, o sr (a) tem um horário fixo no dia ou semana em que faz atividade física?

sim não

Se sim, como gerencia o tempo para fazer atividade física?

faz sempre no mesmo horário, interrompendo outra atividade que estiver realizando no momento

faz no mesmo horário, sendo que geralmente se programa para que o exercício seja feito regularmente

faz somente quanto sobra tempo.

Conhecimento do paciente sobre seu quadro/diagnóstico: (verificar se houve alteração em relação à primeira entrevista, se aumentou o conhecimento)

Sabe diagnóstico? sim não

O que o senhor (a) acha que pode ter causado a doença?

O sr (a) conheceu outras pessoas que têm a mesma doença que o (a) senhor (a)?

sim não

Relação de proximidade com a pessoa?

O sr (a) acha que poderia ter feito algo para evitar a doença ou a condição atual de saúde?

O sr (a) teve dor no peito durante nesse tempo que estava na reabilitação? sim não

Se sim, o que o senhor acha que pode ter causado a dor no peito? (verificar se é a atividade física)

O sr (a) teve Infarto Agudo do Miocárdio nesse tempo ou alguma complicação na doença? sim não

sim não

Se sim, o que o senhor acha que pode ter causado? (verificar se é a atividade física)

O sr (a) fuma atualmente? sim não

V) COMPLEXIDADE DO TRATAMENTO:

Atualmente, quantos profissionais cuidam do senhor e lhe dão informações sobre sua saúde?

médicos Quais especialidades: _____

fisioterapeuta

psicóloga

nutricionista

Denomina quem são? (avaliar a proximidade com os profissionais) sim não

Anexo I - Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36)

SF – 36 PESQUISA EM SAÚDE

SCORE _____

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: _____ Prof: _____ Grau Inst: _____ RG: _____

End: _____

Tel: _____ Psicóloga: _____

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

Excelente 1

Muito boa 2

Boa 3

Ruim 2

Muito Ruim 5

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora? (circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano atrás 1

Um pouco melhor agora do que há um ano atrás 2

Quase a mesma de um ano atrás 3

Um pouco pior agora do que há um ano atrás 4

Muito pior do que há um ano atrás 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificult a muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. não dificulta de modo algum
a) Atividades vigorosas que exigem muito esforço tais como correr, levantar objetos pesados participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d) Subir vários lances de escada.	1	2	3
e) Subir um lance de escada.	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro.	1	2	3
h) Andar vários quarteirões.	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(Circule uma)

- De forma nenhuma 1
- Ligeiramente 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Extremamente 5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

- Nenhuma 1
- Muito leve 2
- Leve 3
- Moderada 4
- Grave 5
- Muito grave 6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (trabalho fora e dentro de casa)?

(circule uma)

- De maneira alguma 1
- Um pouco 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Extremamente 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas.(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	nunca
a. quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade , cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo.	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo e sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)? (circule uma)

- Todo o tempo 1
- A maior parte do tempo 2
- Alguma parte do tempo 3
- Uma pequena parte do tempo 4
- Nenhuma parte do tempo 5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?
(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

ANEXO II – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP – USP