

CARLA ALEXANDRA PEREIRA FERREIRA GOMES

ESPERANÇA E A ADESÃO TERAPÊUTICA EM ADULTOS HOSPITALIZADOS E  
NÃO HOSPITALIZADOS: ESTUDO EXPLORATÓRIO.

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2010



CARLA ALEXANDRA PEREIRA FERREIRA GOMES

ESPERANÇA E A ADESÃO TERAPÊUTICA EM ADULTOS HOSPITALIZADOS E  
NÃO HOSPITALIZADOS: ESTUDO EXPLORATÓRIO.

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2010

CARLA ALEXANDRA PEREIRA FERREIRA GOMES

ESPERANÇA E A ADESÃO TERAPÊUTICA EM ADULTOS HOSPITALIZADOS E  
NÃO HOSPITALIZADOS: ESTUDO EXPLORATÓRIO.

---

Trabalho apresentado à Universidade Fernando  
Pessoa como parte dos requisitos para a  
obtenção do grau de Mestre em Psicologia  
Clínica e da Saúde, com a orientação da  
Professora Doutora Isabel Silva.

## Resumo

---

A Esperança e a Adesão terapêutica são variáveis que reflectem, por um lado, uma natureza disposicional e uma natureza situacional. A esperança tem adquirido uma atenção especial quanto ao papel que desempenha na construção de um desenvolvimento humano positivo e a adesão tem vindo cada vez mais a ser foco de interesse, profissional, económico, social e político. Tendo como base as especificidades e potencialidades destas variáveis, consideramos avaliar a relação entre as duas.

O objectivo deste estudo exploratório é avaliar a esperança e a adesão aos tratamentos em população hospitalizada e não hospitalizada. Participaram 100 indivíduos que constituíram uma amostra de conveniência, com idades compreendidas entre 18 e os 88 anos de idade ( $M= 51,92$  anos;  $DP= 14,57$ ); 59% ( $n= 100$ ) dos quais do sexo feminino. Considerando a situação hospitalar, 34% ( $n=100$ ) dos participantes estavam hospitalizados e os restantes 66% ( $n= 100$ ) não hospitalizados (consulta externa) no Centro Hospitalar Médio Ave E.P.E..

Os participantes responderam à “Escala sobre a Esperança” e à “Medida de Adesão aos Tratamentos” (MAT).

Os resultados mostram que não se verificam diferenças entre homens e mulheres quanto aos níveis de esperança ( $t(98) = 1,09$ ;  $p > 0,278$ ) e de adesão ( $t(98) = -0,55$ ;  $p > 0,578$ ); verificam-se diferenças significativas entre indivíduos com/sem doença crónica quanto à esperança ( $t(96) = -2,59$ ;  $p < 0,011$ ) e à adesão ( $t(96) = 3,17$ ;  $p < 0,002$ ); há uma correlação significativa, negativa e baixa, entre as variáveis idade e esperança ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,0001$ ) e correlação positiva e baixa, entre a idade e a adesão ( $r = 0,25$ ;  $p < 0,012$ ). Não se verifica uma correlação estatisticamente significativa entre os níveis de esperança e os níveis de adesão.

Uma vez que indivíduos, não hospitalizados e sem doença crónica apresentam maiores níveis de esperança e adesão, poderá ser indicador que a população com doença crónica e hospitalizada necessita de intervenção, por parte dos diversos técnicos, de forma a promover a esperança e a aumentar os níveis de adesão.

*Palavras-chave:* Psicologia positiva, esperança, adesão.

## Abstract

---

Hope and adherence are variables that reflect the one hand, a dispositional nature and a situational nature. Hope has gained special attention as its role in building a positive human development and adherence has been increasingly be the focus of interest, professional, economic, social and political. Based on the characteristics and capabilities of these variables, consider evaluating the relationship between the two.

The aim of this study is to examine hope and adherence to treatments in hospitalized and not hospitalized people. Participants were 100 individuals who comprised a convenience sample, aged between 18 and 88 years of age ( $M = 51,92$  years,  $SD = 14,57$ ); 59% ( $n = 100$ ) were female. Concerning the hospitalar condition, 34% ( $n = 100$ ) of participants were hospitalized and the remaining 66% ( $n = 100$ ) outpatients at the Centro Hospitalar Médio Ave, E.P.E..

Participants answered to “Escala sobre a Esperança” and “Medida de Adesão aos Tratamentos” (MAT).

The results show that there is no differences between men and women, the levels of hope ( $t(98) = 1,09$ ;  $p > 0,278$ ) and adherence ( $t(98) = -0,55$ ;  $p > 0,578$ ); there are significant differences between individuals with / without chronic illness and hope ( $t(96) = -2,59$ ;  $p < 0,011$ ) and among individuals with / without chronic illness and adherence ( $t(96) = 3,17$ ;  $p < 0,002$ ); exists a negative and low correlation between the variables age and hope ( $r = 0,37$ ,  $p < 0,0001$ ) and, a positive and low correlation between age and adherence ( $r = 0,25$ ,  $p < 0,012$ ). There is no statistically significant correlation between levels of hope and levels of adhesion.

To individuals, who are outpatients and without chronic disease had higher levels of hope and adherence, may this will be an indicator that people with chronic illness and were hospitalized, require intervention to promote hope and increase levels of adhesion.

*Keywords: Positive psychology, hope, adherence.*

## Resumé

---

L'espoir et l'adhésion, sont des variables qui reflètent d'une part, une nature dispositionnelle et nature de la situation. L'espoir a acquis une attention particulière, de son rôle dans la construction d'un développement humain positif et l'adhésion a été de plus en plus le centre de l'intérêt, professionnel, économique, social et politique. Basée sur les caractéristiques et les capacités de ces variables, envisager d'évaluer la relation entre les deux.

L'objectif de cette étude est d'examiner l'espoir et l'adhésion en population hospitalisée et non hospitalisée. Participé 100 personnes qui constituaient un échantillon de commodité, avec 18 et 88 ans ( $M = 51,92$ ;  $ÉT = 14,57$ ); 59% ( $n = 100$ ) femmes. Considérant que, 34% ( $n = 100$ ) des participants ont été hospitalisés et les 66% restants ( $n = 100$ ) patients ambulatoires, du Centro Hospitalar Médio Ave, E.P.E..

Les matériaux utilisés étaient "Escala sobre a esperança" et "Medida de Adesão aos Tratamentos" (MAT).

Les résultats montrent que il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes, les niveaux de l'espoir ( $t(98) = 1,09$ ;  $p > 0,278$ ) et de l'adhésion ( $t(98) = -0,55$ ;  $p > 0,578$ ), il existe des différences significatives entre les sujets avec ou sans maladie chronique et de l'espoir ( $t(96) = -2,59$ ;  $p < 0,011$ ) et chez les individus avec ou sans maladie chronique et l'adhésion ( $t(96) = 3,17$ ;  $p < 0,002$ ). Il y a une corrélation, négative et faible entre les variables âge et espoir ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,0001$ ) et une corrélation faible et positive entre âge et adhésion ( $r = 0,25$ ;  $p < 0,012$ ). N'existe pas une corrélation statistiquement significative entre les niveaux d'espoir et de niveaux adhésion.

Alors que les individus, patients ambulatoires et sans maladie chronique avaient des niveaux plus élevés de l'espoir et l'adhésion mais être un indicateur que, les patients hospitalisés et atteints de maladie chronique, mais besoin d'une intervention, pour promouvoir l'espérance et augmenter les niveaux d'adhésion.

*Mots-clés: psychologie positive, espoir, adhésion.*

# Agradecimentos

---

## **Universidade Fernando Pessoa, Porto**

Às orientadoras deste trabalho, Mestre Carla Fonte e Professora Doutora Isabel Silva pela força, incentivo e dedicação.

A todos os professores que ao longo destes anos de esforço e dedicação contribuíram com o seu saber e profissionalismo, ensinando, exigindo o máximo e o melhor de mim para que fosse possível a melhor formação académica.

A todos os colegas e amigos: Vera, Cristina, Mariana, Elvira, Joana, Miguel, Vânia, Marília, Nicole, Marisa, Isaura, Liliana, Cristóvão, Manuela, Ivone, Prescila, (desculpem todos os outros que não mencionei).

## **Estágio**

À Dra. Sandra Santos, orientadora do estágio académico, agradeço a sua sabedoria, rigor, paciência e amizade.

Ao Dr. Augusto, agradeço a sua disponibilidade em colaborar com esta investigação e, com a sua demonstração de agrado e interesse para com esta temática.

À enfermeira-chefe Lúcia e ao enfermeiro-chefe José Luís, agradeço o apoio imprescindível para que a recolha de dados no internamento fosse possível e bem sucedida. À D. Lurdes, agradeço todo o apoio e disponibilidade que teve para comigo, tentando sempre encontrar um espaço para que as consultas de apoio psicológico se pudessem realizar.

## **Família & Amigos**

Ao meu querido marido Augusto e aos meus queridos filhos, Joana e Lucas, agradeço do fundo do meu coração, todo o apoio, carinho, paciência e sacrifício que fizeram ao longo destes anos.

Aos meus queridos pais, Fátima e Francisco, agradeço a compreensão e disponibilidade que sempre demonstraram.

A todos os amigos que nos momentos mais delicados ofereceram todo o seu carinho, apoio e compreensão.

A todos, o meu sincero,

OBRIGADA.

# Índice

---

Resumo	
Introdução.....	1
Psicologia Positiva.....	2
Contribuições da Psicologia Positiva para a Psicologia da Saúde.....	4

## **Capítulo I – Da Esperança à Adesão**

### **Enquadramento teórico**

1.1 Esperança.....	8
1.1.1 Esperança e Optimismo.....	17
1.2 Adesão terapêutica.....	19
1.3 Esperança e Adesão Terapêutica.....	28

## **Capítulo II – Depois da Teoria, segue-se a prática**

### **Estudo Exploratório**

2 Estudo Exploratório.....	32
2.1 Objectivos específicos.....	32
2.2 Método	
2.2.1 Participantes.....	33
2.2.2 Material.....	37
2.2.3 Procedimento.....	39
2.3 Resultados.....	41
2.4 Discussão.....	44
2.5 Conclusão.....	49
2.6 Bibliografia.....	52

### **Anexos**

Anexo I – Questionário Sócio-demográfico	
Anexo II – Escala sobre a Esperança	
Anexo III – Medida de Adesão aos Tratamentos	
Anexo IV – Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa	
Anexo V – Conselho de Administração do CHMA	
Anexo VI – Consentimento Informado	

## **Lista de Siglas**

---

**CHMA** - Centro Hospital Médio Ave, E. P.E (Entidade Pública Empresarial)

**WHO** - World Health Organization

**HIV/VIH** - Human Immunodeficiency Virus / Vírus da Imunodeficiência Humana

**MCS** - Modelo de Crenças de Saúde

**AVC** - Acidente Vascular Cerebral

**MAT** - Medida de Adesão aos Tratamentos

## Índice de Figuras

---

**Figura 1** – Esquema da Teoria da Esperança

**Figura 2** – Processo Preventivo: primário e secundário do pensamento esperançoso

**Figura 3** – Processo de adesão terapêutica

**Figura 4** – Variáveis em estudo e suas relações

## Índice de Quadros

---

<b>Quadro 1</b> – Distribuição quanto à idade e sexo	34
<b>Quadro 2</b> – Distribuição quanto ao estado civil	34
<b>Quadro 3</b> – Distribuição quanto à questão «com quantas pessoas vive»	35
<b>Quadro 4</b> – Distribuição dos participantes quanto à escolaridade	35
<b>Quadro 5</b> – Distribuição quanto ao estatuto profissional	35
<b>Quadro 6</b> – Distribuição dos participantes quanto religião	36
<b>Quadro 7</b> – Distribuição dos participantes quanto à prática religiosa	36
<b>Quadro 8</b> – Distribuição quanto à situação clínica dos participantes	36
<b>Quadro 9</b> – Valor do alpha de Cronbach se o item fosse apagado: Escala sobre a Esperança	38
<b>Quadro 10</b> – Valor do alpha de Cronbach se o item fosse apagado: MAT	39
<b>Quadro 11</b> – <i>T student</i> : analisar o nível de esperança em indivíduos hospitalizados e não hospitalizados	41
<b>Quadro 12</b> – <i>T student</i> : analisar o nível de adesão em indivíduos hospitalizados e não hospitalizados	42
<b>Quadro 13</b> – <i>T student</i> : análise dos níveis de esperança entre indivíduos com e sem doença crónica	42
<b>Quadro 14</b> – <i>T student</i> : análise dos níveis de adesão entre indivíduos com e sem doença crónica	42
<b>Quadro 15</b> – <i>T student</i> : análise dos níveis de esperança e a variável sexo	43
<b>Quadro 16</b> – <i>T student</i> : análise dos níveis de adesão e a variável idade	43
<b>Quadro 17</b> – Correlação entre a esperança e a idade	44
<b>Quadro 18</b> – Correlação entre a adesão e a idade	44
<b>Quadro 19</b> – Correlação das variáveis entre a esperança e a adesão	44

# Introdução

---

*“Toda a noite tem amanhã”*

(Fernando Pessoa, s/d)

*“A forma mais alta da esperança é o desespero ultrapassado”*

(Georges Bernanos, s/d)

*“A esperança é um empréstimo que se pede à felicidade.”*

(Antoine Rivarol, s/d)

O presente estudo exploratório surge após a experiência vivida em contexto de estágio académico, no Centro Hospital Médio Ave, E.P.E., (CHMA) em Vila nova de Famalicão e a reflexão da temática a abordar emerge após a leitura de diversa bibliografia.

Segundo a literatura verificam-se grandes dificuldades em aderir aos tratamentos nas mais diversas áreas. A adesão foi abordada durante décadas de forma negativa, sublinhando-se a culpabilidade dos doentes e a sua falta de competência para implementar os conselhos de saúde. Assumindo uma postura positiva sob esta questão, decidimos relacioná-la com uma variável positiva, mais precisamente, a esperança. Como será possível verificar ao longo da leitura deste estudo, a esperança funciona como motor impulsionador da acção do Homem. Assim, cremos que o estudo destas duas variáveis poderá ser útil para futuras intervenções.

O objectivo primordial da investigação é analisar se existe uma relação entre a esperança e a adesão terapêutica, comparativamente entre adultos hospitalizados ou não-hospitalizados, tendo ainda em atenção as diferenças de idade e de sexo.

Desta forma, sendo a esperança uma variável positiva, não poderíamos deixar de fazer uma breve abordagem à Psicologia Positiva e às suas contribuições. Considerando, também, que a temática desta pesquisa se centra na área da saúde, mais precisamente na área hospitalar, consideramos pertinente abordar também a contribuição da Psicologia Positiva na área de acção e intervenção da Psicologia da Saúde.

## **Psicologia Positiva**

Antes de mais é fundamental definir Psicologia Positiva. A Psicologia Positiva tem sido abordada por distintos autores, entre os quais se destacam Seligman e Csikszentmihalyi (2000), que a definem do seguinte modo:

*The field of positive psychology at the subjective level is about valued subjective experiences: well-being, contentment, and satisfaction (in the past); hope and optimism (for the future); and flow and happiness (in the present). At the individual level, it is about positive individual traits: the capacity for love and vocation, courage, interpersonal skill, aesthetic sensibility, perseverance, forgiveness, originality, future mindedness, spirituality, high talent, and wisdom. At the group level, it is about the civic virtues and the institutions that move individuals toward better citizenship: responsibility, nurturance, altruism, civility, moderation, tolerance, and work ethic (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, p. 5).*

Sheldon e King (2001, p. 216) acrescentam:

*What is positive psychology? It is nothing more than the scientific study of ordinary human strengths and virtues. Positive psychology revisits “the average person,” with an interest in finding out what works, what is right, and what is improving . . . positive psychology is simply psychology.*

Analisando as citações anteriores, verifica-se que a Psicologia Positiva pretende contribuir para o florescimento, o funcionamento saudável das pessoas, grupos e instituições, preocupando-se em fortalecer competências ao invés de corrigir deficiências (Gable & Haidt, 2005; Paludo & Koller, 2007).

Outrora, os psicólogos direccionavam o seu interesse para a compreensão do funcionamento negativo da personalidade ou das emoções negativas (depressão, desânimo, solidão, ira, ...) do indivíduo, em vez de explorarem as suas emoções positivas (esperança, bem-estar, satisfação com a vida, alegria, optimismo, ...) (Fredrickson, 2003; Martinez, Ferreira, Sousa & Cunha, 2007; Marujo, Neto, Caetano &

Rivero, 2007; Oliveira, 2004). Seligman (2007) afirma que as emoções positivas não nos são apenas úteis quando a vida é fácil, mas também quando a vida é difícil.

Seligman e Csikszentmihalyi (2000) consideram que durante décadas a Psicologia se centrou na necessidade de reparação dos danos psíquicos sofridos.

Porém, desde o início do século passado alguns autores se têm centrado essencialmente nas potencialidades do indivíduo, ainda que, os aspectos positivos sobressaíssem para além do simples apontamento (Linley, Joseph, Harrington & Wood, 2006; Paludo & Koller, 2007). Mas há 50 anos atrás Maslow reconhecia que:

*The science of psychology has been far more successful on the negative than on the positive side. It has revealed to us much about man's shortcomings, his illness, his sins, but little about his potentialities, his virtues, his achievable aspirations, or his full psychological height. It is as if psychology has voluntarily restricted itself to only half its rightful jurisdiction, and that, the darker, meaner half (Maslow, 1987).*

Actualmente, vive-se uma mudança de paradigma, a Psicologia Positiva busca a força e as virtudes humanas, com o intuito de aumentar as resistências em vez de simplesmente reparar as fraquezas da pessoa. A humanidade enfrenta novos riscos e desafios e, apesar de surgirem grandes progressos científico-tecnológicos, surgem também novas ameaças (ambientais, doenças graves, guerras, etc...). Assim, emerge a Psicologia Positiva como uma área de estudo científico única, entusiástica e multifacetada, que deixa de se centrar nos problemas e nas patologias, para se centrar, teórica e empiricamente, na construção de uma melhor qualidade da vida no contexto subjectivo, individual e colectivo (Csikszentmihalyi & Csikszentmihalyi, 2006).

A Psicologia Positiva pretende, assim, debruçar-se sobre as experiências e características positivas, assim como, na formação de instituições positivas (Fredrickson, 2003). As emoções positivas assumem um papel alargado, consideradas como “veículos para o crescimento individual e conexão social”, podendo garantir um futuro melhor, mesmo ao nível da saúde física (Fredrickson, 2001, p. 224), promovem longevidade, o funcionamento individual e colectivo e o bem-estar psicológico. Esse efeito positivo prognostica um aumento da capacidade de recuperação e do optimismo,

podendo ajudar a desfazer efeitos indesejáveis das emoções negativas (Fredrickson, 2001).

Calvetti et al. (2007) acrescentam ainda que a prática da Psicologia Positiva eleva-se ao sistema de saúde actual, porque propõe estimular o desenvolvimento das forças positivas intrínsecas de cada um e sugere intervenções nesse sentido. A resiliência está relacionada com os processos que tendem a compreender a superação das adversidades (Yunes, 2003).

### **Contribuições da Psicologia Positiva para a Psicologia da Saúde**

O objectivo da Psicologia da Saúde, é capacitar a própria comunidade como agente de transformação da realidade, ensinar a lidar, controlar e a melhorar a qualidade de vida nas suas diferentes dimensões: física, psicológica, social e ambiental (Castro & Bornholdt, 2004; Seidl & Zannon, 2004).

A Psicologia da Saúde agrega o conhecimento educacional, científico e profissional da base da Psicologia, de maneira a utilizá-lo na promoção e manutenção da saúde e da qualidade de vida, assim como na prevenção e nos tratamentos da doença, relacionando saúde, doença e disfunções, aperfeiçoando o sistema de saúde (Matarazzo, 1980). Deste modo, o conceito de Psicologia da Saúde unifica e toma como referências dois campos interdisciplinares, a interligação entre a Psicologia e a Medicina que se designam da seguinte forma (Teixeira & Leal, 1990):

- Saúde comportamental, que se pode descrever como uma subespecialidade entre as duas áreas, Psicologia e Medicina, ocupando-se concretamente da promoção da saúde, da prevenção da doença e disfunções em indivíduos habitualmente saudáveis;

- Medicina comportamental descreve-se como sendo um campo interdisciplinar de prática clínica e de investigação, dizendo respeito à doença e às disfunções psicológicas com ela relacionadas.

Esta demarcação de campos significa que o primeiro se refere principalmente à dimensão preventiva, enquanto o segundo remete para as dimensões curativa e de reabilitação, conferindo à psicologia mais proximidade face às diversas especialidades médicas. A abordagem psicológica da saúde e da doença surge também como resposta

às necessidades de humanização dos cuidados de saúde (Teixeira & Leal, 1990), constituindo uma aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas à saúde e às doenças (Teixeira, 2007).

Teixeira (2007) complementa que o objectivo de estudo da Psicologia da Saúde é o sujeito psicológico e as suas relações com a saúde, a doença, família e todos os problemas associados à promoção da saúde e à prevenção das doenças. Todavia, compreende os contextos sociais e culturais onde a saúde e as doenças ocorrem, uma vez que as significações acerca da saúde e doença variam consoante o estatuto socioeconómico, o sexo e a diversidade cultural. Em suma, o objectivo principal da Psicologia da Saúde é compreender como é que é possível, através de intervenções psicológicas, contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das comunidades.

Por seguinte, a Psicologia da Saúde assume uma postura crítica, quando afirma que a mente desempenha um papel fundamental tanto na causa como no tratamento da doença (Kerbaux, 2002; Reis, 1999). O objectivo da Psicologia da Saúde focaliza a promoção da saúde mental requerendo uma visão biopsicosocial de cada indivíduo, compreendendo-o como parte integrante para a qualidade de vida pessoal e social (Bennett & Murphy, 1999; Reis, 1998; Teixeira, 2007).

Martin Seligman, em 1998, coloca questões acerca das contribuições da Psicologia Positiva para os factores de protecção da saúde. Para Seligman e outros investigadores, tornou-se claro que, se a Psicologia quer continuar social e culturalmente indispensável, é necessário que integre aspectos mais favoráveis, mais positivos da experiência de vida (Linley et al., 2006; Neto & Marujo, 2007). É imprescindível que a ciência psicológica possa “olhar o outro lado” da experiência humana, não apenas para o lado negativo e patológico (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Com o aparecimento da Psicologia Positiva, torna-se essencial a ampliação do modelo biopsicosocial da área da Psicologia da Saúde, despertando os aspectos positivos do desenvolvimento humano, assim como a necessidade de maior ênfase na promoção e prevenção da saúde, não esquecendo as questões relacionadas com o

tratamento de debilidades para a melhoria da qualidade de vida (Silva, 2006; Trindade & Teixeira, 2000).

As distintas variáveis positivas, tais como optimismo, espiritualidade, esperança, criatividade, têm sido associadas ao bem-estar e à qualidade de vida de pessoas doentes e não-doentes (Linley et al., 2006; Silva, 2006).

Numa situação de menor estado de saúde, é reconhecida a importância do trabalho em orientar e apoiar os doentes, ajudando-os a encontrar alternativas benéficas para enfrentar situações de crise. As preocupações acerca das condições emocionais dos intervenientes estão numa fase de crescimento (Andraus, Oliveira, Minamisava, Munari & Borges, 2004).

A esperança está fortemente associada a indicadores psicológicos positivos (Feldman & Snyder, 2005).

A investigação confirma a importância de intervir ao nível emocional e da promoção da esperança. Em diferentes contextos Rolo e Gould (2007) focalizaram o seu estudo numa população de estudantes-atletas em que os resultados da intervenção, intitulada de programa de *coaching* de vida, foram bastante positivos quanto à promoção da esperança. Os estudantes-atletas referem que, após a intervenção, ocorreram mudanças no seu dia-a-dia, que lhes possibilitaram adquirir maior qualidade de vida e reduzir a ansiedade (Rolo & Gould, 2007). Tem vindo a ser considerada uma ligação entre esperança e bons resultados de saúde, tais com bem-estar subjectivo, funcionamento físico e social e, ainda, adesão a estilos de vida saudáveis (Ebright & Lyon, 2002).

A adesão terapêutica tem vindo, também, a ser tema de discussão em diversos estudos, uma vez que, por um lado, existe um elevado consumo de medicamentos não prescritos e por outro, a não adesão têm aumentado, despertando preocupação quer nos profissionais de saúde, quer nas autoridades de saúde (Leite & Vasconcellos, 2003).

Após o interesse despertado pelo estudo destas duas variáveis, a estrutura desta dissertação organiza-se da seguinte forma:

- No primeiro capítulo, considera-se importante definir os dois constructos principais, esperança e adesão e as características específicas de cada um e posteriormente, abordar-se a relação entre os mesmos constructos.

- No segundo capítulo, referente ao estudo empírico, são estabelecidos os objectivos, é definido o método utilizado, nomeadamente são descritos os participantes, material e procedimento adoptado, são apresentados os resultados obtidos na investigação e procede-se à discussão destes.

# Capítulo I – Da Esperança à Adesão

---

### 1.1.1 Esperança

*“Hope - The ability to plan pathways to desired goals despite obstacles, and agency or motivation to use these pathways”*

(Carr, 2005)

O conceito e importância da esperança na humanidade remota aos tempos longínquos. O mito da Caixa de Pandora faz referência à esperança, quando após a abertura da caixa saíram todos os males e apenas permaneceu a esperança – que vai tornando a vida suportável através dos contínuos planos e objectivos (Oliveira, 2004; Snyder et al., 2000).

A ciência social facultou uma definição de esperança que vai além da Filosofia e da virtude humana. Snyder et al. (2000) apresentam uma das teorias mais bem articuladas no que se refere ao pensamento esperançoso, como sendo uma combinação de objectivos claramente articulados, acreditando que alguém possa atingi-los ao traçar um curso de acção ou um caminho, atingindo assim o objectivo e experimentando ao mesmo tempo uma sensação de bem-estar como resultado do processo (Boyatzis & Mckee, 2006; Edwards, 2009).

Snyder (2000), nos seus estudos acerca da esperança, defende que esta inclui uma meta, um curso visível para o objectivo e que promove a capacidade de agir. Para Boyatzis e Mckee (2006), a esperança envolve o que designaríamos por “previsão afectiva”, isto é, o sentimento elevado de conforto e enérgico que experimentamos quando projectamos na mente, um futuro positivo. Os mesmos autores acrescentam ainda que a esperança afecta a percepção dos acontecimentos que nos rodeiam, fazendo com que exista uma tendência de ver as coisas, de uma forma geral, mais positivas. Tal visão provoca uma redução do ritmo respiratório e da pressão sanguínea, permite que o sistema imunológico se reforce e coloque em acção o sistema nervoso parassimpático: ficamos mais calmos, felizes e optimistas, preparados para novos desafios futuros, com mais energia e capazes de utilizar os pontos fortes para fazer a “visão” tornar-se realidade (Boyatzis & Mckee, 2006).

Afinal, esperança é um estado relacionado com uma visão positiva quanto ao futuro, uma estratégia de enfrentar e alcançar um objectivo, um poder interior, que permite a transcendência da situação actual possibilitando uma nova consciência do ser, dá significado e alegria à vida, sendo contudo uma palavra abstracta, que significa coisas diferentes para cada pessoa e depende das vivências de cada um (Sartore & Grossi, 2008).

A esperança pode ser percebida com uma disposição relativamente estável da personalidade (traço) ou mais temporária (estado). Do mesmo modo, os pensamentos esperançosos podem ocorrer a diferentes níveis de abstracção: objectivo em geral (traço), objectivos numa certa área da vida (domínio - específico), ou um objectivo em particular (objectivo - específico) (Lopez, Snyder, Magyar-Moe, et al., 2004).

A esperança pode ser compreendida como a soma da motivação intrínseca, da auto-eficácia pessoal e das expectativas dos resultados (Assunção & Ursine, 2008; Roth & Hammelstein, 2007). É constituída por um conjunto de cognições envolvendo crenças acerca das suas capacidades para produzir caminhos exequíveis para alcançar os objectivos (*goals*), assim como crenças auto-relacionadas com o iniciar e sustentar esses objectivos.

A forma como os indivíduos começam a pensar sobre eles mesmos em relação aos obstáculos que encontram depende do seu nível de esperança, experimentando emoções positivas (Snyder et al., 1997). A presença de obstáculos promove emoções negativas (Snyder, et al., 2000). Snyder, Irving e Anderson (1991) acrescentam ainda que a esperança assenta num estado motivacional positivo que se baseia numa interacção entre sucesso *pathways* (caminhos - planeamento para alcançar os objectivos) e *agency* (energia direccionada para o objectivo). Juntos, objectivos (*goals*), caminhos (*pathways*) e motivação (*agency*) formam o conceito de esperança. Um objectivo poderá ser qualquer coisa que o indivíduo deseje experimentar, criar, obter ou transformar (Lopez, et al., 2004; Snyder, 1999).

Tendo por base a Teoria da Esperança de Snyder, prossegue-se uma descrição detalhada de cada fase do processo da esperança.

Os objectivos (*goals*) são mecanismos que impulsionam as acções humanas e representam a aspiração para o futuro. Através de um pensamento dinâmico (cognitivo),

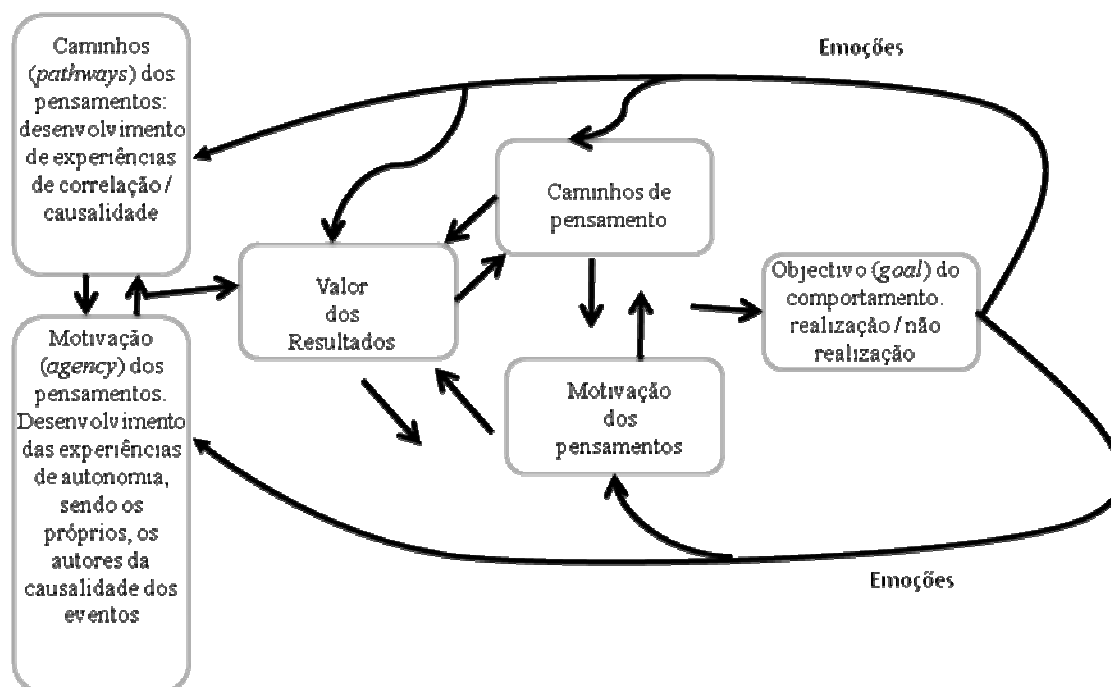
o indivíduo elabora uma série de acções sequenciais na tentativa de alcançar os objectivos pretendidos (Snyder, Rand & Sigmon, 2002). O objectivo pretendido pode ser perspectivado a curto ou longo termo, contudo, independentemente disto, é necessário que o objectivo seja suficientemente importante para o indivíduo, para que os seus pensamentos se focalizem nas diferentes possibilidades de os alcançar (Snyder, 1999; Snyder, 2009). Os objectivos têm que ser alcançáveis, isto é, realistas, mas tendo subjacentes certas incertezas, para que, desta forma, surja a esperança de alcançar os objectivos pretendidos (Riediger, Freund & Baltes, 2005; Snyder, 1999; Snyder, 2009). À medida que estes objectivos vão sendo alcançados, o significado de vida vai-se construindo (Edwards, 2009; Feldman & Snyder, 2005).

No que respeita aos caminhos elaborados mentalmente (*pathways*), Snyder (2009) e Snyder e McCullough (2000) referem que o indivíduo tem que ser capaz de se auto-visualizar como dinâmico na elaboração de alternativas para atingir o objectivo (Rijavec & Markovic, 2008; Snyder, 1999; Snyder, Lapointe, Crowson & Early, 1998). Os caminhos envolvem pensamentos, em que o indivíduo percepçiona ser capaz de criar possibilidades, pelo menos uma ou mais, para alcançar o objectivo. A produção de vários caminhos alternativos é importante, uma vez que podem surgir impedimentos e, pessoas com elevados índices de esperança demonstram alguma facilidade em encontrar caminhos alternativos (Irving et al., 1998; Lopez, Snyder & Pedrotti, 2004).

Snyder (2000) afirma que a motivação/energia direccionada para alcançar o objectivo é denominada por *agency*. Assim, pensamentos motivadores possibilitam que o indivíduo aja activamente para alcançar o seu objectivo. O mesmo autor refere que pessoas com elevados índices de esperança recorrem frequentemente ao discurso interno, proferindo frases de incentivo pessoal «eu consigo fazer isto» e «esta dificuldade não me vai parar» (Snyder et al., 1998; Snyder et al., 2000). A motivação é importante durante toda a elaboração do processo de alcance do objectivo, contudo, torna-se ainda mais significativa quando surgem dificuldades no caminho.

Após a explicação individualizada de cada processo, é necessário compreender a dinâmica entre cada um deles. Têm que estar todos presentes para que seja possível afirmar que existe “esperança”, nenhum sozinho é suficiente (Snyder, 1999). O modelo *Full Hope Model (Teoria da Esperança)* explica claramente a correlação destes

processos (ver figura 1), tendo em consideração a importância das emoções (Snyder, 2009; Snyder et al., 2000).



**Figura 1** – Teoria da Esperança: esquema de funções de criar (*feed-forward*) e de resposta (*feed-back*), envolvendo motivação e caminhos para o alcance do objectivo (Snyder, 2009; Snyder et al., 2000).

Observando a figura 1, é possível verificar, na Teoria da Esperança, a ordem de ocorrência temporal dos pensamentos orientados para um determinado objectivo. O *outcome value* torna--se importante na fase de pré-análise do acontecimento. Por sua vez, pensamentos acerca dos caminhos (*pathways*) e da motivação (*agency*), representados através de setas bidireccionais, reflectem o fluxo dinâmico do pensamento esperançoso direccionado ao objectivo (Feldman & Snyder, 2005; Snyder et al., 1997; Snyder, Rand & Sigmond, 2002).

Como é possível verificar ainda na fig. 1, as emoções representam um papel essencial neste processo, uma vez que o processo de *feedback* (resposta) é composto por emoções específicas que facultam uma percepção de sucesso ou não (Snyder, et al., 2002).

Logo após o nascimento do indivíduo surgem os caminhos (*pathways*) e a motivação (*agency*) como forma de compreensão lógica do funcionamento das coisas.

Com apenas um ano de idade, o bebé percebe que ele e o seu cuidador são duas pessoas distintas e que ele próprio consegue causar uma série de acontecimentos. Nesta fase, o bebé vai fortalecendo a sua motivação (*agency*) (Snyder, 2009). Ao longo da infância esta compreensão torna-se mais refinada, de modo a que a criança compreenda o processo de causalidade. Snyder (2009) acrescenta ainda que a esperança se desenvolve num caminho claramente definido ao longo da infância, meninice e da adolescência. A estabilidade do objecto e dos esquemas de causa-efeito permitem que as crianças aprendam que, para alcançar determinados objectivos desejados, têm que seguir determinados caminhos (*pathways*) (Snyder, 2009). A ideia do *Self* como agente evolui durante este período. É ainda nesta fase de desenvolvimento que as competências quanto à esperança são apreendidas, uma vez que compreendem que os caminhos que circundam as dificuldades podem ser planeados, activamente seguidos e executados (Snyder, 2009; Snyder, et al., 2000).

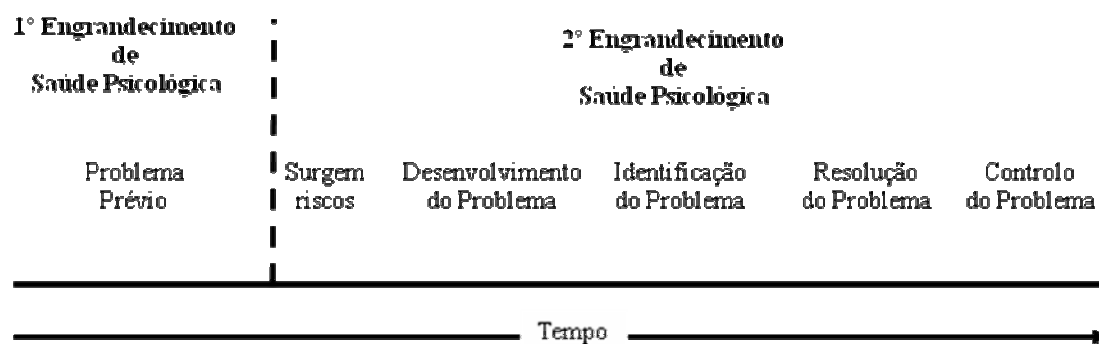
As crianças que desenvolvem uma disposição esperançosa, regra geral, têm pais também com disposição esperançosa, que servem de modelo para os orientar na elaboração e execução dos planos para contornar obstáculos que dificultam o alcançar dos objectivos pretendidos. Normalmente, o contexto familiar é acolhedor, estruturado e os conflitos que apareçam são geridos de forma previsível e justa (Carr, 2005).

No que respeita à fase adulta, verificam-se perfis distintos de esperança (Snyder & McCullough, 2000). Adultos que tenham níveis elevados de esperança, experimentaram vários contratempos ao longo da vida, porém foram desenvolvendo crenças adaptadas aos desafios e modos de lidar com a adversidade (Carr, 2005; Rijavec & Markovic, 2008). De acordo com Feldman e Snyder (2005), as pessoas que se auto-percebem como sendo bem sucedidas na aquisição dos seus objectivos têm maior percepção de que a sua vida faz sentido, ao contrário das pessoas que têm uma fraca percepção do seu sucesso. Estas percepções acerca dos caminhos (*pathways*) e energia (*agency*) vão sendo dispostas através da sequência necessária para alcançar o objectivo, sendo esta reforçada ao longo dos sucessos que vão sendo alcançados (Snyder et al., 2002; Snyder et al., 2000). Porém, os níveis de esperança não apresentam ser diferentes entre homens e mulheres (Baley & Snyder, 2007; Rijavec & Markovic, 2008; Snyder, 1998).

Porém, o estudo de Gum, Snyder e Duncan (2006) acerca do pensamento esperançoso em indivíduos que sofreram um acidente vascular cerebral (AVC), verificou que o pensamento esperançoso (*hopeful thinking*) estava negativamente associado à melhoria na participação (*agency*), isto é, os objectivos definidos por estes indivíduos poderiam basear-se em “falsas esperanças”. Taylor, Collins, Skokan e Aspinwall (1989) sugerem que, em situações de menor saúde, as ilusões positivas incorporam informação negativa - percepção ingénuas exagerada e auto-engrandecimento (Albuquerque & Tróccoli, 2004) -, mas também capacitam os indivíduos face a uma situação de tratamentos. Snyder, Rand, King et al. (2002) corroboram que as ilusões positivas proporcionam energia (*agency*), devido à percepção que as pessoas têm sobre elas mesmas e do mundo que as rodeia como sendo algo de positivo. As pessoas sentem maior capacidade (*empowerment*) para agir e criar mudanças. Os mesmos autores acrescentam que as ilusões positivas só são adaptativas quando utilizadas moderadamente, ao contrário do que acontece com alguns indivíduos que padecem de psicopatologia (e.g. esquizofrenia).

Contudo, a esperança não pode ser confundida com “desejo” ou “ilusão”, porque, nestes casos, o acontecimento positivo pretendido dependeria de factores externos (Hoth & Hammelstein, 2007). Porém, outros autores acreditam que pessoas com elevados níveis de esperança conseguem utilizar as suas ilusões positivas para influenciar a sua visão da realidade, mas sem que haja uma distorção da mesma (Snyder et al., 2002).

A esperança e prevenção são o “desejo” voltado para o futuro. A prevenção é o núcleo e um acto de esperança, concede aos indivíduos a possibilidade de se verem a si mesmos a agir para alcançarem um futuro melhor (*empowerment*). Estas acções têm como objectivo evitar os resultados negativos ou minimizar o seu aparecimento (Snyder et al., 2000).



**Figura 2** – Processo Preventivo: primário e secundário (adaptado de Snyder et al., 2000).

De acordo com a fig. 2, Snyder et al. (2000) demonstram que o pensamento esperançoso é um bom exemplo para o primeiro engrandecimento de saúde psicológica. Os mesmos autores consideram que o pensamento esperançoso é protector, mas também ajuda a aumentar a auto-estima e o bem-estar psicológico. Realçam, ainda, que são diversas as áreas de actuação em que a esperança engrandece o bem-estar. Ao nível educacional, por exemplo, os estudantes, através do pensamento esperançoso, ao longo do percurso escolar, percebem múltiplas formas/caminhos para alcançar os seus objectivos académicos com a motivação necessária para alcançar determinado objectivo. O pensamento esperançoso possibilita ainda que os estudantes mantenham os objectivos definidos e que estes não sejam impedidos por obstáculos que surjam (Boyatzis & Mckee, 2006; Snyder et al., 2000), ou seja, a esperança tem sido associada a uma variedade de resultados positivos e adaptativos, nomeadamente nas esferas intrapessoal, interpessoal, da saúde e educacional (Marques, Pais-Ribeiro & Lopez, 2008).

No que respeita à saúde física, o pensamento esperançoso previne o desenvolvimento de doenças, fazendo com que os indivíduos optem por comportamentos mais benéficos, como por exemplo, exercício físico, alterações de alimentação (Snyder et al., 2000).

Ao contrário do primeiro engrandecimento, em que o objectivo é estabelecer uma forma óptima de funcionamento e de satisfação, o segundo engrandecimento refere-se às actividades pretendidas para aumentar ainda mais o funcionamento e a satisfação. O segundo engrandecimento acontece temporalmente após o primeiro engrandecimento estar terminado. O que diferencia o primeiro do segundo

engrandecimento é o tempo – reflectindo uma progressão no funcionamento e no bem-estar. Nesta fase, os indivíduos experimentam as emoções positivas em pleno, obtendo assim um grande sentido de vida pessoal (Snyder et al., 2000).

Existem dados empíricos que evidenciam que pessoas que detêm uma elevada esperança no futuro optam por hábitos de saúde mais benéficos no dia-a-dia, desenvolvendo expectativas futuras positivas (Feldman & Snyder, 2005; Strathman, Gleicher, Boninger & Edwards, 1994).

Uma vez que os objectivos da terapia da esperança se centram em auxiliar os indivíduos a formular objectivos claros, a criar caminhos para os alcançar, trabalhar a motivação, prevendo obstáculos e executar caminhos alternativos, possibilitando que alguns indivíduos que consideram que a sua vida não faz sentido, treinar a esperança, poderá ser um complemento ou um substituto das psicoterapias tradicionais (Cheavens, Feldman, Gum, Michael & Snyder, 2006; Feldman & Snyder, 2005; Rolo & Gould, 2007; Snyder, 2009).

Cheavens et al. (2006), no seu trabalho-piloto que teve como objectivo aumentar o pensamento esperançoso em adultos residentes numa comunidade utilizando a Terapia da Esperança, encontraram diferenças significativas entre o grupo participante e o grupo de controlo, no que respeita ao aumento da motivação (*agency*) (componente do pensamento esperançoso), ao significado de vida e à auto-estima. Os mesmos autores referem que este tipo de intervenções possibilita o aumento de competências dos indivíduos, mais precisamente o desenvolvimento da esperança. Acrescentam, ainda, que a esperança assume um papel importante para a redução de sintomatologia, para o aumento da adesão à terapêutica e, ainda, para ampliar outras potencialidades de força e resiliência.

A aprendizagem de objectivos direccionados recorrendo a pensamentos esperançosos é crucial à sobrevivência na infância, não esquecendo que também o continua a ser na fase adulta (Snyder, 2009; Snyder et al., 2000).

Tillich (1965, p.17) acrescenta que “a esperança é simples para o louco, mas difícil para o sábio; qualquer um se perde com a esperança louca, mas a esperança genuína é algo raro e grande”. Esta afirmação poderá parecer ambígua, contudo, é fácil identificar a possível falsa esperança de um louco, isto é, para o louco tudo poderá

parecer realizável, sem grandes dificuldades e, existir a percepção que possui as competências adequadas para alcançar os objectivos. Não podemos esquecer que, desde o início, os objectivos poderão ser definidos de forma desadequada, devido à distorção da realidade, a percepção ingénua do que o rodeia e/ou, ao auto-engrandecimento. Para o sábio, a esperança é mais difícil, considerando que, se verifica uma consciência do problema, a necessidade de estabelecer objectivos realistas, viáveis e adequados a ele próprio, seguidamente, é necessário «alimentar» a motivação e agir. Oliveira (2004, p. 112) acrescenta que “sem esperança, morre-se. É essencial para viver”, tem por base um complexo de significados e emoções, os quais são associados a sofrimento, sensação de liberdade de espírito, acreditar na salvação e na mudança das situações.

A esperança, por vezes, pode ser “uma mentira, mas é bom viver com ela” (Dongen, 1998, p. 188). Por vezes, podemos viver com a falsa esperança de que somos capazes de alcançar determinado objectivo, porém, as ilusões positivas, quando moderadas, são o «combustível necessário para pôr o motor a funcionar», a motivação.

Segundo Herth e Cutcliffe (2002), o valor terapêutico da esperança era visto com desagrado, pois a esperança era considerada desnecessária e pouco científica no que respeita aos cuidados paliativos. Por sua vez, Dongen (1998) refere que, nos casos de doença grave ou mesmo terminal, a esperança é um incentivo e é reconfortante. O mesmo autor acrescenta que a influência da esperança no decurso da doença não é considerada pelos médicos como um “poder” viver mais tempo, mas é reconhecida uma força positiva para suportar a doença, assim como tendo uma influência positiva na atitude dos doentes.

A vida é construída sobre a possibilidade de acção no futuro e, por conseguinte, sobre a esperança (Dongen, 1998; Snyder, 1995). A vida com acesso à esperança, fornece energia adaptativa e permite o ajuste pessoal (Ebright & Lyon, 2002; Herth & Cutcliffe, 2002; Lee, 2001). A esperança tem o poder de curar e restaura as forças do indivíduo (Herth, 1996). Em situações de menor saúde, a esperança, é provavelmente o elemento mais importante na vida dos doentes e familiares que lutam com um diagnóstico de cancro, pelo que permitir e manter um sentimento de esperança em doentes com cancro, é essencial para os ajudar no combate à doença (Hickey, 1986).

Os profissionais de saúde podem recorrer a diferentes estratégias para promover a esperança nos doentes e familiares. Perante uma comunicação de diagnóstico menos favorável, uma estratégia que poderá ser utilizada, são o recurso a eufemismos (“aparentemente parece ser...”; “existe a probabilidade de...”). Quando comunicam, é fundamental manter um equilíbrio entre as más notícias e a esperança (Abrams & Goodman, 1998).

Desta forma, é fundamental descobrir o nível de esperança que cada pessoa possui, uma vez que esta é essencial para a construção de recursos pessoais na preparação para o processo de mudança terapêutica (Lopez, et al., 2004). No caso de doentes nos cuidados paliativos, a esperança capacita os indivíduos para viverem o pouco tempo de vida que lhes resta da “melhor” forma possível. Para além disso, a esperança pode trazer um sentido de bem-estar e, de certa forma, melhorar a sua qualidade de vida (Herth & Cutcliffe, 2002).

### **1.1.1 Esperança e Optimismo**

É importante referir que esperança e optimismo estão de «mãos dadas» (Rolo & Gould, 2007), isto é, os dois construtos estão focalizados para o alcance de objectivos futuros.

É importante definir, resumidamente o que é optimismo. Numa revisão da literatura realizada, verificamos que já nos anos 70, o optimismo era definido como uma disposição ou atitude associada a uma expectativa face ao futuro, em que o indivíduo percepciona um objectivo como sendo desejável para o seu proveito ou prazer (Nunes, 2007).

Desta forma, o optimismo é visto como uma característica cognitiva (objecto, expectativa, crença) em relação ao futuro desejado e sentido como bem sucedido. Porém, o optimismo não é unicamente cognição, tem também uma grande componente emocional e motivacional. O optimismo é motivado (pelos resultados positivos) e motivador (para alcançar novas expectativas) (Snyder, 2009). O optimismo é uma característica importante da personalidade, mais concretamente um estilo cognitivo-afectivo sobre como o sujeito processa a informação quanto ao futuro. Normalmente

deve entender-se como uma característica ou tendência mais ou menos estável do indivíduo, em circunstâncias normais de vida, e que tende a prevalecer mesmo em circunstâncias adversas (Nunes, 2007).

Assim, o optimismo pode ser subdividido em (Neto & Marújo, 2007; Nunes, 2007):

- Optimismo pessoal (disposicional): expectativa generalizada de um resultado positivo referente ao próprio indivíduo, ao seu comportamento ou saúde;
- Optimismo social (situacional): as expectativas positivas referentes a nível social.

Não podemos deixar de referir que tendemos a ser mais realistas a respeito dos outros, do que com nós mesmos, podendo o optimismo pessoal ser menos realista do que o social (Nunes, 2007).

A literatura demonstra existir uma importante correlação entre esperança e optimismo (Gum, Snyder & Duncan, 2006; Rolo & Gould, 2007; Snyder, 2009). O optimismo e a esperança são preditivos de saúde física e mental, mediados por uma série de medidas, incluindo a auto-avaliação da saúde, resposta positiva à intervenção médica, bem-estar subjectivo, humor positivo e estratégias eficazes para lidar com as dificuldades (reavaliação e resolução de problemas) (Feldman & Snyder, 2005; Snyder, 2009; Taylor, Bagby & Luninet, 2000). De acordo com Peterson, Seligman e Valliant (1988), a esperança e o optimismo possibilitam uma melhor adesão à terapêutica perante situações de menor estado de saúde. Os mesmos autores referem, também, que, quando se verificam bons níveis de optimismo numa fase precoce da idade adulta, preestabelece-se um melhor estado de saúde após os 35 anos de idade. Carr (2005) acrescenta que, apesar de ainda existir pouca investigação científica quanto à base neurobiológica do optimismo e da esperança, verifica-se que o optimismo e a esperança impulsionam (*agency*) o indivíduo para a meta. No entanto, a Teoria da Esperança, está focalizada na obtenção de um objectivo futuro desejado e relacionado com resultados positivos, enfatizando explicitamente os caminhos (*pathways*), a motivação (*agency*) e o objectivo (*goal*) desejado (Snyder, Rand & Sigmond, 2002). Por sua vez, o optimismo é uma característica importante da personalidade, mais concretamente um estilo cognitivo-afectivo que leva o indivíduo a processar a informação quanto ao futuro. Na

literatura encontram-se muitos estudos sobre este traço da personalidade. Normalmente, deve entender-se como uma característica ou tendência mais ou menos estável do indivíduo, em circunstâncias normais de vida, e que tende a prevalecer mesmo em circunstâncias adversas.

## **1.2 Adesão terapêutica**

Adesão ao regime terapêutico, adesão ao tratamento ou ainda adesão terapêutica, são diferentes modos de nomear a mesma entidade. Os valores referidos ao longo do tempo para as taxas não adesão são pouco precisos, porém, indicam oscilações preocupantes. Já nos anos 70, Brand, Smith e Brand (1977) verificaram a ocorrência de valores elevados para a não adesão em geral (entre os 15% e 90 %). Passados 24 anos, Vermeire, Hearnshaw, Royen e Denekens (2001) indicam que a não adesão se estima entre 30 a 50%, independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico. Um elevado número de estudos corrobora que a taxa de adesão é de cerca de 50% em pessoas com doenças crónicas, nos países desenvolvidos, sendo a dimensão e o impacto da não adesão ainda maior nos países mais pobres (Belar, 2000; WHO, 2003).

A adesão terapêutica é um conceito complexo e influenciado por variados factores, tanto a nível do sistema de cuidados de saúde (incluindo os próprios técnicos de saúde), como a nível do próprio doente, da sua patologia e do tipo de tratamento. A clara definição deste conceito é o primeiro passo para identificar e compreender os factores que a podem dificultar e/ou facilitar (Gerbino, 1993).

A WHO (2003) considera cinco dimensões de adesão: (1) factores sociais e (2) económicos, (3) as características da adesão, (4) terapêuticas relacionadas com a doença e (5) factores relacionados com o doente. No que respeita à não adesão, Carmo (2007) refere que esta se vincula principalmente a aspectos socio-económicos.

Adesão pode ser entendida como sendo o grau em que o comportamento de uma pessoa é caracterizado pela ingestão de medicação, efectuar uma dieta ou simplesmente nas mudanças do estilo de vida, correspondendo, assim, às recomendações de um médico ou de outro profissional de saúde (Brannon & Feis, 1997a; Carmo, 2007; Pereira, 1997; Pierin, Strelec & Junior, 2004; Ventura, 2006; WHO, 2003) em, pelo

menos, 80% de seu total (Leite & Vasconcellos, 2003). É considerada, também, como sendo um processo dinâmico com implicações ao nível das interações comportamentais e inter-relacionais (Penedo, et al., 2003).

A fraca-adesão pode ter consequências graves e favorecer o aparecimento progressivo da doença e complicações associadas (Patrão & Leal, 2002). Poderá estar subjacente uma dissonância nos objectivos do médico e do doente quanto aos tratamentos (Santos, Barbosa, Faro & Júnior, 2005). Na verdade, a não adesão à terapêutica constitui um grande problema comum partilhado por quase todas as doenças (Meichenbaum & Turk, 1987).

Brand, Smith e Brand (1977) e Turk e Meichenbaum (1991) propõem que alguns dos aspectos anteriormente referidos como determinantes da adesão são os factores psicossociais, compreendidos em grau variável no processo de compromisso das pessoas para seguir um regime terapêutico, na permanência em tratamento e na prevenção. Os factores psicossociais propostos são:

- ✓ Características sociais (idade, sexo, educação e rendimentos);
- ✓ Personalidade (onde se inclui o controlo interno, a inteligência, a ansiedade e os distúrbios psicológicos);
- ✓ Outras características psicológicas (como as crenças sobre as ameaças à saúde e acerca da eficácia da acção, a atitude geral face aos cuidados de saúde, os conhecimentos sobre a saúde, a doença e o regime terapêutico);
- ✓ Exigências situacionais (assim como, sintomas da doença, a complexidade e duração do tratamento e a sua interferência com outras acções);
- ✓ Contexto social em que a pessoa vive;
- ✓ Interação com o sistema de cuidados de saúde: nomeadamente a continuidade de cuidados, a proximidade dos serviços de saúde e a satisfação em geral.

A importância destes factores é diferente para cada uma das três áreas referidas: a prevenção, a permanência em tratamento e a adesão ao regime terapêutico. Patrão e

Leal (2002) acrescentam que, para aumentar a adesão, é necessário reduzir o tempo de espera da consulta, a realização dos exames e o tempo de espera até obter o resultado.

Tendo em consideração estes factores psicossociais e a sua influência na adesão, Turk e Meichenbaum (1991) propuseram ainda algumas estratégias que os profissionais de saúde poderão utilizar, de forma a aumentar a adesão:

- ✓ Escutar a pessoa;
- ✓ Pedir-lhe para repetir o que tem de fazer;
- ✓ Dar instruções claras sobre o regime terapêutico, de preferência por escrito;
- ✓ Propor um regime terapêutico o mais simples possível, que tenha em consideração os horários da pessoa;
- ✓ Utilizar métodos de contagem dos medicamentos tomados;
- ✓ Telefonar se a pessoa faltar a uma consulta;
- ✓ Referir em todas as consultas, que devem ser tão frequentes quanto necessário, a importância da adesão e reforçar os comportamentos positivos;
- ✓ Envolver a família ou pessoa significativa.

A ideia recorrente é a de que o indivíduo (com diagnóstico de doença) deve cumprir, seguir, obedecer às recomendações dos profissionais de saúde e que o seu comportamento deve estar de acordo com essas indicações (*compliance*), contudo, o indivíduo tem autonomia para escolher seguir ou não o tratamento (*adherence*) (Conrad, 1985; Dosse, Cesarino, Martin & Castedo, 2009; Dowell & Hudson, 1997; Klein & Gonçalves, 2005; Myers & Midence, 1998; Reiners, Azevedo, Vieira & Arruda, 2008; Vermeire, et al., 2001). Desta forma, considera-se existir não adesão quando a dose de medicamentos é incorrecta, a administração é realizada em intervalos não adequados ou omitida e, quando não são cumpridas indicações específicas do profissional de saúde para a toma da medicação (Brannon & Feis, 1997b; Sedeño & Cué, 2008).

São vários os estudos que indicam percentagens diferentes quanto aos níveis de adesão e conseqüentemente à não adesão. Essas variações dependem de inúmeros factores relacionados com as características da doença, da população e com o próprio método utilizado na avaliação da adesão (Ribeiro, 2005).

Segundo Pires (2006), os factores que interferem com o processo de adesão na população afectada por HIV/VIH centralizam-se nos efeitos secundários da medicação, a complexidade do regime farmacológico, a prescrição da toma a longo prazo, o aparecimento de mutações de resistência, a idade do doente, o nível educacional, a personalidade, os apoios sócio-comunitários, o seu funcionamento cognitivo e emocional e ainda a rede de suporte pessoal e social. No caso dos medicamentos (antiretrovirais) para o HIV, os esquemas terapêuticos normalmente são complicados e exigem um grande empenho por parte do doente, que precisa ajustar horários, alimentação e ritmo diário para cumprir com o tratamento (Nemes, 2000 citado por Leite & Vasconcellos, 2003; Heleno & Santos, 2004). Estas dificuldades, também se constataem em indivíduos com tuberculose (Lima, Mello, Morais, & Silva, 2001).

Um outro estudo sobre a diabetes mellitus (outra doença crónica) também reforça as dificuldades destes doentes seguirem e cumprirem o plano terapêutico, devido à complexidade, à mudança de comportamentos e rotina diária que tem que ser criada (Moreno, et al., 2009; Roseira, et al., 2008; Sousa, Peixoto & Martins, 2008). Todavia, os resultados da investigação não são consensuais. Por exemplo, um outro estudo realizado com pessoas com diabetes aponta para a existência de bons níveis de adesão ao regime medicamentoso em detrimento de outros componentes do regime (Silva, Pais-Ribeiro, & Cardoso, 2006), situação que poderá estar relacionada com o facto da pessoa com diabetes considerar como sendo mais fácil a toma da medicação, uma vez que os outros requisitos solicitados pelo médico serão mais difíceis de integrar no seu dia-a-dia (Sousa, et al., 2008).

Segundo uma investigação realizada com indivíduos com hipertensão arterial, os doentes preferem medicamentos administrados em dose única diária, com o horário da toma associados a actividades rotineiras matinais e, que eles preferem adoptar formas que conciliem suas actividades com o tratamento proposto (Júnior, Pierin, Ignez, Ballas, & Marcondes, 1995). É de extrema importância levar em conta as necessidades e preferências pessoais por ocasião da realização da prescrição.

Outros estudos evidenciam também que a situação de “menor saúde” deverá ser enfrentada por toda a família, visto que a adesão ao tratamento só é viável com o apoio e incentivo de todos. É difícil alterar hábitos de vida sozinho, mas se existir a inclusão da família poderá tornar-se mais fácil (Moreno et al., 2009; Oliveira, 2007; Pereira, 1997; Wang, Chang, Shih, Sun & Jeng, 2006).

Para Leite e Vasconcellos (2003), a não adesão está ainda relacionada com diversos factores relacionados com o profissional de saúde (linguagem, tempo dispensado para a consulta, atendimento acolhedor, liberdade para questionar e motivação para o cumprimento da terapia), ao tratamento (esquemas terapêuticos), à patologia e ao doente. Todavia, as mesmas autoras acrescentam que há a necessidade de ter em atenção as condições e factores individuais para uma adesão terapêutica, valores e crenças em relação à saúde, à doença e ao tratamento, até a identificação da não adesão como comportamento desviante e irracional. A responsabilidade pela não adesão ao tratamento é definida como ignorância dos doentes, a pouca escolaridade ou como simples desobediência de “ordens médicas”, isto porque assumem como *compliance* (Leite & Vasconcellos, 2003).

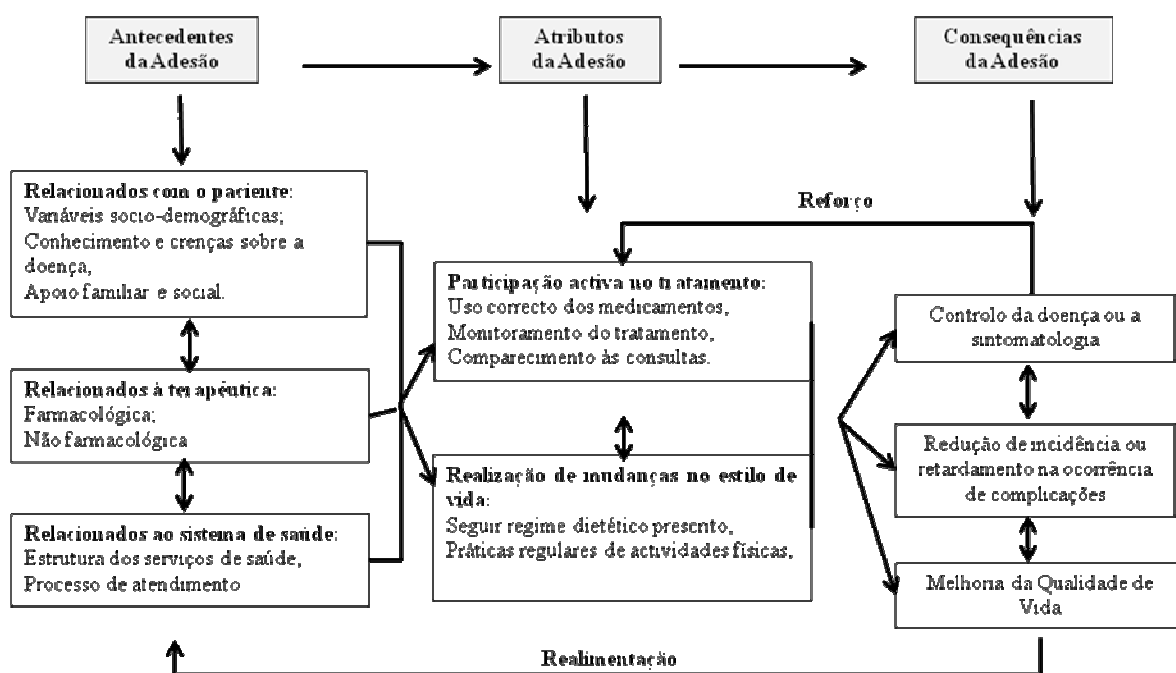
Devido à multiplicidade de factores que estão subjacentes à adesão e à não adesão terapêutica, torna-se importante reconhecer a existência de diferentes pontos de vista, nomeadamente o do modelo biomédico, modelos psicológicos, nomeadamente teorias cognitivas, biopsicossocial e ambiental.

O modelo biomédico focaliza, principalmente, a identificação das características dos doentes, da doença e dos profissionais de saúde que prevêm a não adesão, tentando promover índices para uma adesão terapêutica dos indivíduos. Desta forma, o modelo limita-se a identificar dados demográficos que estão relacionados com a adesão (tais como, a idade, sexo, etnia, nível sócio-económico), e a considerar, ainda, a complexidade dos tratamentos, efeitos colaterais da medicação e gravidade da doença para determinar o grau em que cada uma destas características afecta a adesão (Bishop, 1994; Leite & Vasconcellos, 2003; Sarafino, 2006). Porém, Silva, et al. (2006) referem que, no seu estudo com indivíduos com diabetes parece não existir uma correlação estatisticamente significativa entre as diferentes características demográficas e a adesão, ainda que exista uma correlação modesta e positiva quanto ao número de pessoas com quem vive e a adesão ao tratamento, em especial, quanto ao tratamento insulínico.

Sob o ponto de vista psicológico, mais concretamente na teoria cognitiva, o Modelo de Crenças de Saúde (MCS) assume a interação entre vários tipos de crenças, comportamentos preventivos e/ou promotores da saúde que influenciam a adesão. De acordo com este modelo, um indivíduo para adoptar um comportamento preventivo, vai depender se o indivíduo se considera vulnerável a um determinado problema de saúde, isto é, se acreditar que esse problema o pode afectar (percepção de vulnerabilidade), o indivíduo associa o problema de saúde à gravidade das suas consequências (percepção de gravidade), o indivíduo acredita que esse problema de saúde pode ser prevenido por uma acção (percepção de benefícios) e apesar de a acção envolver aspectos negativos, estes devem ser considerados como baixos (percepção de obstáculos) (Brannon & Feis, 1997a; Ogden, 1999; Pires & Mussi, 2008; Roberts, Walton & Bogg, 2005). Isto significa que os benefícios da acção são avaliados em função das barreiras para realizá-la. Assim, quanto maior for a vulnerabilidade, a gravidade e a percepção dos benefícios e quanto menores os obstáculos, maior a probabilidade de decidir agir (Coutinho, 2001). Deste modo, é fundamental a presença de estímulos para a acção para desencadear as percepções de vulnerabilidade, gravidade e motivar o indivíduo a agir (Brevidelli & Cianciarullo, 2001). Os exames de rastreio são fortes indicadores de adesão à terapêutica, mais precisamente aos exames. Mas, para que os procurem, os indivíduos terão que perceber vulnerabilidade face à doença, perceber gravidade, perceber fortes benefícios face à prevenção e perceber os obstáculos para a realização do rastreio como sendo baixos. Desta forma, o indivíduo verifica que estão reunidas as condições, para ele necessárias, para aderir ao exame de rastreio (Brannon & Feis, 1997a; Brannon & Feis, 1997b).

As pessoas com maior probabilidade de aderir são os que se percebem como sendo vulneráveis a uma determinada patologia e crêem que esta poderá ter consequências graves para a sua saúde ou funcionamento diário. Avaliam os benefícios relativamente à probabilidade de prevenção da doença, cura, controlo ou alívio dos sintomas. A adesão à terapêutica prescrita é o resultado de um processo de avaliação e aceitação de seu estado enquanto doente (Conrad, 1985).

Assim sendo, procedeu-se à adaptação do modelo de adesão terapêutica de Araújo e Garcia (2006) – elaborado pelos autores para o seu estudo com doentes hipertensos - de forma a explicar o processo de adesão (figura 3).



**Figura 3** – Processo de adesão terapêutica (adaptado de Araújo & Garcia, 2006).

Analisando a figura 3, compreende-se que o processo de adesão aos tratamentos evidencia a necessidade de uma participação activa do doente no plano terapêutico; o indivíduo é percebido como um ser individualizado que pode tomar as suas decisões e assume, juntamente com os profissionais que o apoiam a responsabilidade pelo tratamento.

Verificamos, através da leitura da figura 3, que o processo de adesão pode ser influenciado por três grupos de factores que actuam de forma inter-relacionada, podendo determinar diferentes graus de adesão: 1º) factores relacionados com o próprio indivíduo (variáveis sociodemográficas, conhecimento e crenças que o indivíduo tem sobre a doença) e o apoio familiar; 2º) factores relacionados com o tipo de terapêutica, farmacológica ou não farmacológica; 3º os factores relacionados com o sistema de saúde, por exemplo, processo de atendimento, estrutura dos serviços.

O objectivo primordial do modelo de adesão aos tratamentos é alcançar os resultados positivos, obter controlo sobre a doença ou retardar a ocorrência de complicações associadas e melhorar a qualidade de vida - física e psicológica. Os resultados positivos, serão percebidos pelo indivíduo como reforço, contribuindo para que este mantenha o comportamento de adesão. Para além disso, os resultados positivos retornam ao *input* inicial do processo através da realimentação, para que sejam

realizados os ajustes necessários nos factores que influenciam a adesão. Porém, caso o objectivo final não seja alcançado e se se verificar não adesão, os ajustes assumem uma importância ainda maior. Nesta situação, de não adesão, é fundamental identificar quais os factores antecedentes (relativos ao indivíduo, à terapêutica e/ou ao sistema de saúde) que estão a contribuir para a não adesão e, é necessário que se promovam estratégias para reduzir ou eliminar a sua influência (Araújo & Garcia, 2006).

A investigação demonstra alguma incongruência quanto à variável sexo. Alguns autores indicam que esta variável pode interferir no tratamento, nomeadamente no tratamento da hipertensão (Araújo & Garcia, 2006; Freitas, et al., 2001). Os autores verificaram que as mulheres apresentam uma melhor adesão ao tratamento face aos homens, referindo que o sexo masculino é mais “despreocupado” até à faixa etária dos 50 anos. Porém, Ickovics e Meade (2002) sugerem que o facto de se ser do sexo masculino, caucasiano, idade avançada, classe média-alta e o nível de escolaridade elevada estão correlacionados com melhores níveis de adesão. Para Freitas et al. (2001), os indivíduos com baixo nível educacional têm menos conhecimento de como prevenir as doenças apresentando por essa razão, menor nível de adesão.

Outros estudos indicam não existir diferenças significativas entre homens e mulheres, no que respeita à adesão terapêutica medicamentosa (Pereira & Silva, 2002; Sousa, Peixoto & Martins, 2008), todavia parecem existir diferenças entre os dois sexos quanto aos comportamentos de saúde: as mulheres apresentam mais comportamentos de saúde, por exemplo, relativamente aos cuidados com a alimentação e exercício físico (Pereira & Silva, 2002).

No que respeita à variável idade, outros estudos indicam que, no caso específico da hipertensão, a adesão ao tratamento verifica maior intensidade nas faixas etárias superiores aos 40 anos (Oliveira, 2007; Ventura, 2006), são mais preocupados com a saúde, e o tratamento surge como alternativa de prolongamento da vida (Araújo & Garcia, 2006). Oliveira (2007) justifica este facto, afirmando que os mais jovens desvalorizam as percepções das consequências desta problemática, logo, são mais resistentes na procura de ajuda especializada, assim como são mais resistentes na adesão terapêutica. Para Brand, Smith e Brand (1977), o principal factor apresentado para a não adesão pelos idosos em tratamento foi o elevado custo do medicamento. Heleno e Santos (2004) acrescentam, ainda, que o maior número de medicamentos prescritos e o

esquema terapêutico também estão associados à não adesão, mesmo quando o medicamento é fornecido gratuitamente.

Considerando ainda o factor idade, o estudo de Sousa, et al., (2008) sobre a diabetes mellitus tipo 2, contradiz outros estudos, uma vez que as pessoas mais velhas não adoptavam alterações da dieta específica, nem integravam o exercício físico, podendo estar subjacentes limitações físicas, mas também alguma resistência em mudar.

Outro factor apontado pela literatura é a própria doença, que parece ter relação com a adesão ou não adesão ao tratamento, o que pode estar relacionado com a forma como o doente percebe o seu estado de menor saúde e compreende a sua doença (Dowell & Hudson, 1997). Por exemplo, em doentes com HIV, em algumas das fases do processo de adoecimento, a ausência de sintomas é, por exemplo, um factor indicado para a não adesão à terapêutica (Leite & Vasconcellos, 2003).

Em forma de resumo, podemos dizer que as dificuldades para uma melhor e maior adesão são bastante abrangentes, isto porque, se enquadram no indivíduo, nos profissionais de saúde e nas intervenções, no meio social e familiar. Contudo, o modelo que melhor explica e se adequa às dificuldades na adesão terapêutica, segundo esta investigação, é o modelo psicológico, mais concretamente o Modelo de Crenças da Saúde.

Considerando, então, estas duas variáveis, esperança e adesão, será pertinente estudá-las em conjunto. Ambas podem predispor o indivíduo na direcção de melhorar a condição de saúde e atingir objectivos. Como foi referido, para compreender a adesão aos tratamentos existem diversos factores externos que têm que ser ponderados, mas também não podem ser esquecidas as características psicológicas de cada indivíduo. A esperança, sendo uma variável da Psicologia Positiva, concede ânimo ao indivíduo para que ele continue a lutar para alterar o seu estado, sendo ele próprio o árbitro do seu destino, permite que vá continuando a lutar, mesmo que, por vezes, saiba que são poucas as possibilidades de vencer. A esperança e o desejo de viver são elementos indispensáveis para o estabelecimento da confiança no tratamento e na adesão aos tratamentos (Sartore & Grossi, 2008).

### **1.3 Esperança e Adesão Terapêutica**

O ser humano vive constantemente na ânsia de que algo aconteça (Sartore & Grossi, 2008).

O conceito esperança parece ser um construto simples, contudo pode fazer a diferença entre qualidade de vida e qualidade de morte. A esperança relaciona-se com o bem-estar, qualidade de vida, mune o indivíduo de força para a resolução dos problemas e para enfrentar obstáculos como a perda, solidão, sofrimento (Sartore & Grossi, 2008). O conceito de esperança é pois, importante para a doença e para a cura (Dongen, 1998).

Segundo Boyatzis e Mckee (2006), os aspectos da esperança, especialmente os sentimentos de engrandecimento e de felicidade, assim como a sensação de controlo sobre o destino, promovem a regeneração. A esperança proporciona mais resiliência física e emocional para que o sujeito se sinta preparado para enfrentar as mudanças. Estes autores referem também que a esperança tem sido reconhecida como o motor de outras emoções positivas, de mais pensamentos positivos e capacidades superiores de enfrentar situações, minimizando a concomitância com patologias, como por exemplo, a depressão (Boyatzis & Mckee, 2006; Fredrickson, 2003).

A esperança está patente em cada fase da nossa vida, assim como nas mais diversas situações. A literatura demonstra, por exemplo, que adolescentes que sofreram queimaduras graves e que referem ter sentimentos de esperança apresentam menos comportamentos auto-punitivos e de punição para com as pessoas que os rodeiam, e apresentam maior índice de adesão aos tratamentos (Boyatzis & Mckee, 2006).

Segundo Snyder, Irving e Anderson (1991), a esperança pode ser descrita como uma percepção geral de que os objectivos podem ser cumpridos. Sartore e Grossi (2008) afirmam que a experiência diária no manuseamento da doença oncológica revela que o processo de adoecer é mais adaptativo nos doentes que possuem esperança. Isto porque a esperança é o motor na recuperação da saúde que leva o doente a percorrer longas distâncias à procura de tratamento para a sua doença; a submeter-se a incansáveis procedimentos invasivos; a decidir mudar seu estilo de vida, rotinas, e, muitas vezes, a permanecer, ainda que debilitado, em tratamento.

Segundo a literatura, verifica-se que, através de um pensamento esperançoso, os indivíduos podem imaginar e aceitar metas relacionadas com tratamentos que acreditam vir a ser bem sucedidos para os seus problemas físicos. Conseguem também visualizar diferentes formas de pensamento para alcançar os resultados de saúde pretendidos. Na realidade, perante problemas de saúde, é necessário que os indivíduos se focalizem, a curto e por vezes a longo prazo, em novos objectivos, em encontrar formas de pensamento alternativo e aumentar a energia mental para iniciar e/ou continuar procedimentos de tratamento (Gum et al., 2006; Lewis & Klienwer, 1996; Snyder, 1999; Snyder, et al., 1991). Como tal, o pensamento contínuo de esperança auxilia o tratamento médico (Snyder et al., 1991).

A literatura revela também a importância da relação médico-doente na problemática da adesão. O médico e o doente podem “negociar” um plano de acção apropriado a ambas as partes. Esta negociação é uma parte crucial da relação terapêutica e pode não ocorrer sem a contribuição do doente (Delgado & Lima, 2001; Klein & Gonçalves, 2005; Santos et al., 2005). Apesar da clara influência desta relação, médico-doente na adesão terapêutica, não é suficiente para explicar o fenómeno da não adesão, poderá mesmo ser um dos possíveis obstáculos, devido às representações sociais existentes (Santos et al., 2005).

As representações sociais da família são conceitos criados a partir da vivência de um indivíduo, grupo ou comunidade, que irão influenciar e/ou determinar comportamento e atitude de um indivíduo, podendo deturpar a percepção da realidade: as representações simbólicas e sociais, aprendidas e passadas como forma de saber de indivíduo para indivíduo no seu desenvolvimento psicossocial. Estas representações podem e devem ser alvo de intervenção (Moreno, et al., 2009; Pereira, 1997; Santos et al., 2005).

Por vezes, para lidar com a doença, o indivíduo acredita que, seguir parcialmente as indicações médicas, é uma acção válida. Mas, o indivíduo quando se baseia na crença de que ele próprio sabe o que é melhor para a sua doença, ao discordar com os médicos, vai resistir ao facto de o médico conhecer todos os seus factores intrínsecos, tal como, entender “a sua percepção de estar doente” (Santos et al., 2005).

Porém, quando sentimos esperança, surge um sentimento de felicidade quanto ao futuro que parece provável. A esperança estimula a acção, o movimento e o alcançar (Sartore & Grossi, 2008).

Sartore e Grossi (2008) referem que a falta de esperança torna o indivíduo “sombrio”, sem objectivos, aguardando o seu destino. No contexto de saúde, a esperança não é a «cura», mas pode contribuir e dar ânimo ao indivíduo para que lute, tome decisões de forma a melhorar a sua condição. Está relacionada ao bem-estar, qualidade de vida, energia para enfrentar novos desafios. A esperança é um ingrediente necessário para o estabelecimento da confiança no tratamento (Sartore & Grossi, 2008). Doentes com prognósticos terríveis, algumas vezes conseguem “dar a volta” e recuperam totalmente. Assim sendo, muitos técnicos de saúde argumentam que quando os doentes têm conhecimento do prognóstico real do decurso da sua doença, eles tendem a desistir, provocando uma deterioração funcional e aumentando o sofrimento durante o curso da doença. Assim, a esperança poderá ajudar a minimizar o sofrimento e aumentar, quanto possível, a qualidade de vida nos últimos dias de vida (Snyder, Rand, King, Feldman & Woodward, 2002).

O impacto das emoções positivas no nosso comportamento provoca mudanças eficazes no pensamento, na forma como agimos com os outros e no que somos capazes de fazer (Fredrickson, 2001; Fredrickson, 2003; Maikranz et al., 2007; Snyder, et al., 1997). As emoções positivas provocam impacto na objectividade e flexibilidade cognitiva, nas competências para a resolução de problemas, na empatia, no desejo de procurar variedade e na persistência (Boyatzis & Mckee, 2006). Alguns estudos demonstram que as emoções positivas e negativas reflectem, respectivamente, exemplos de sucesso ou insucesso na busca dos objectivos, actuais ou antecipatórios, assim como na adesão terapêutica (Carr, 2005; Snyder et al., 1997). Assim sendo, alguns estudos confirmam uma associação entre o funcionamento emocional e a pobre adesão terapêutica (Maikranz et al., 2007). Snyder et al. (1997) elaboraram a hipótese de que, nos indivíduos em geral e nos doentes com elevada esperança, o seu pensamento é direccionado para um objectivo, para estarem focalizados no que é necessário para recuperarem. Snyder et al. (2002) referem que pessoas com reduzido nível de esperança, frequentemente, definem objectivos fáceis e conseguem obtê-los, por outro lado,

peessoas com elevado nível de esperança definem objectivos difíceis e também os conseguem alcançar.

Para além disso, sendo a adesão uma variável dinâmica nunca pode ser considerada como definitivamente estabelecida uma vez que diariamente o comportamento do doente pode ser destabilizado por inúmeras razões, tanto de ordem prática, como psicológica (Vasconcellos, Picard & Ichai, 2003).

Contudo, existem poucos estudos que correlacionem a esperança com a adesão entre a população adulta (Van Servellen, 2002).

Considerando uma perspectiva económica, os custos despendidos com a recuperação de doentes com as mais diversas patologias são imensos, como por exemplo no tratamento/recuperação de doentes com doença cárdio-vascular, acidente vascular cerebral (AVC), cancro e tantas outras doenças crónicas, enquanto os custos para terapêuticas preventivas são muito mais reduzidos (Belar, 2000; Pires, 2006).

A investigação tem demonstrado que os comportamentos de risco que predis põem para estas patologias poderão ser modificados através de intervenções psicológicas, possibilitando, assim, uma melhor adesão às recomendações dos profissionais de saúde (Belar, 2000).

Um dos objectivos deste trabalho é fornecer mais informação, de modo a que, no futuro se possam realizar intervenções eficazes, quer na esperança quer na adesão terapêutica.

## **Capítulo II – Depois da Teoria, segue-se a Prática**

---

## **2. Estudo Exploratório**

Durante a realização do estágio curricular no CHMA, constatamos que os indivíduos apresentavam dificuldades quanto à adesão, quer em contexto de consulta de apoio psicológico, quer em contexto de hospitalização. A literatura evidencia também que, nas diversas áreas de actividade, as dificuldades na adesão à terapêutica são uma problemática que tem vindo a ser bastante debatida mas que continua a ser necessário explorar novas formas de intervenção, de forma a aumentar os níveis de adesão.

Deste modo, após uma revisão bibliográfica, constatamos o interesse e a utilidade que a esperança poderá ter, em contribuir para uma maior adesão à terapêutica.

O presente estudo de carácter correlacional, teve como objectivo geral analisar a relação entre esperança e a adesão ao tratamento.

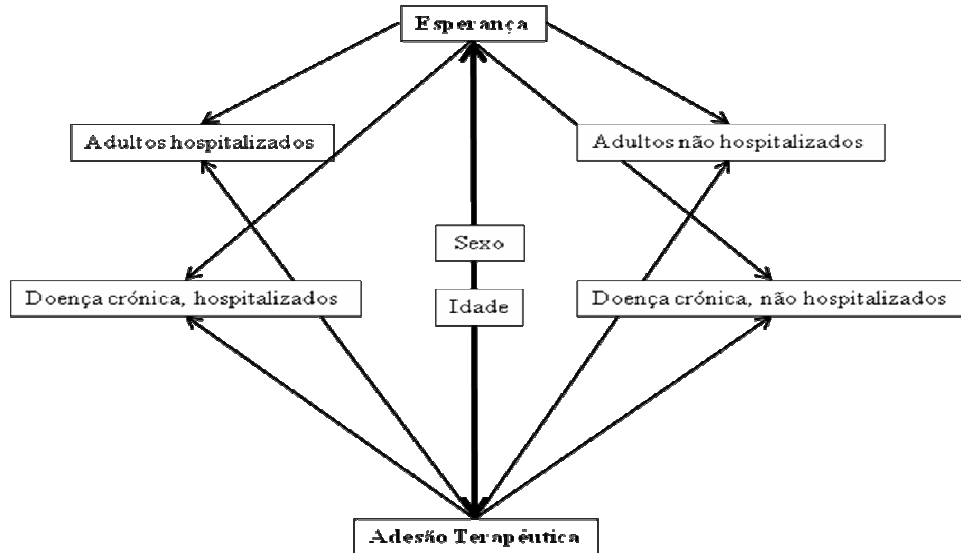
Como objectivos específicos pretende-se contribuir com algumas orientações que possam auxiliar profissionais de saúde e outros técnicos também ligados à área da saúde.

### **2.1 Objectivos específicos**

- (1) Analisar os níveis de esperança em população adulta hospitalizada e não hospitalizada;
- (2) Analisar os níveis de adesão em população adulta hospitalizada e não hospitalizada;
- (3) Analisar se diferenças entre esperança e indivíduos com ou sem doença crónica;
- (4) Analisar se diferenças entre adesão e indivíduos com ou sem doença crónica;
- (5) Analisar se existem diferenças quanto ao nível de esperança entre sexos;
- (6) Analisar se existem diferenças quanto aos níveis de adesão entre sexos;
- (7) Analisar se existe uma relação entre esperança e idade;
- (8) Analisar se existe uma relação entre adesão e idade;

(9) Analisar se existe uma relação entre esperança e adesão;

Realizamos uma representação gráfica (figura 4) caracterizando as variáveis em estudo e considerando os objectivos acima mencionados.



**Figura 4** – Representação gráfica das variáveis em estudo e suas relações.

Analisando a figura 4 é possível verificar quais as variáveis que vão ser alvo de tratamento de estatístico

## 2.2 Método

### 2.2.1 Participantes

É uma amostragem do tipo por conveniência e é constituída, no total, por 100 indivíduos hospitalizados, (nas áreas de internamento da Ginecologia e Ortopedia) e não hospitalizados (na área de Consulta Externa do Centro Hospital Médio Ave [CHMA]).

No total, esta amostra tem idades compreendidas entre os 18 e os 88 anos, sendo que a média de idade é 52 ( $M= 51,92$ ;  $DP= 14,57$ ). No quadro 1 apresentam-se as idades distribuídas por sexo.

**Quadro 1-** Distribuição quanto à idade e sexo

Sexo	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Feminino	59	21	88	54,41	14,428
Masculino	41	18	77	48,34	14,182
Total	100	18	88	51,92	14,568

Os participantes são maioritariamente do sexo feminino (59%) com idades compreendidas entre os 21 e 88 anos ( $M= 54,41$  anos,  $DP= 14,43$ ), e 41 % pertence ao sexo masculino sendo que a faixa etária varia entre os 18 e os 77 anos ( $M= 48,34$  anos,  $DP= 14,19$ ).

No que respeita ao estado civil, a maioria dos participantes é casada ou vive em união de facto (72%) ( $N=98$ ). Dois dos inquiridos não responderam a esta questão (Quadro 2).

**Quadro 2-** Distribuição quanto ao estado civil ( $N=98$ )

		Feminino	Masculino	%
Estado Civil	Solteiro/a	5	8	13
	Casado/a ou vive em união de facto	41	31	72
	Divorciado/a ou separado/a	2	1	3
	Viúvo/a	10	0	10
Total		58	40	98

A maioria dos indivíduos (85%;  $N=100$ ) tem filhos, sendo que 99% vive com alguém (Quadro 3).

**Quadro 3 – Distribuição quanto à questão «com quantas pessoas vive»**

Vive com quantas pessoas	Frequência	%
0	1	1
1	10	10
2	33	33
3	25	25
4	23	23
5	5	5
6	2	2
Residente em Lar	1	1
Total	100	100

Quanto à escolaridade, a maioria dos participantes (42 %) completou o 1º ciclo, sendo que em média, os participantes frequentaram 5,77 anos de escolaridade (Quadro 4).

**Quadro 4 – Distribuição dos participantes quanto à escolaridade (N=100)**

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Anos de escolaridade	0	22	5,77	3,190
Total				

No que se refere ao estatuto profissional (quadro 5), os indivíduos, maioritariamente trabalham a tempo inteiro, ou então, reformados.

**Quadro 5 – Estatuto profissional dos participantes (N=99)**

	Feminino	Masculino	%
Empregado/a a tempo inteiro	19	22	41
Empregado/a a tempo parcial	2	0	2
Desempregado/a	7	9	16
Reformado/a	24	9	33
Pensão de invalidez	1	1	2
Doméstico/a	1	0	1
Estudante	1	0	1
Trabalhador-estudante	3	0	3
%	58	41	99

Os quadros 6 e 7 fazem referência à religiosidade dos participantes e à prática religiosa.

**Quadro 6 – Distribuição dos participantes quanto religião (N=100)**

	Qual a religião que tem?		%
	Católica	Outra	
Feminino	56	3	59
Masculino	40	1	41

No que respeita à religião (quadro 6), a amostra é maioritariamente católica (96%; N=100).

**Quadro 7 – Distribuição dos participantes quanto à prática religiosa (N=97)**

	Praticante	Não-praticante	%
Feminino	46	11	57
Masculino	25	15	40

A maior parte dos indivíduos (71%) afirma ser praticante.

Quanto à situação clínica dos participantes, a amostra distribuiu-se da seguinte forma (Quadro 8):

**Quadro 8 - Situação clínica dos participantes (estar /não estar internado)**

		%
Internamento	Não	66
	Sim	34
Total		100

Analisando o quadro 8, constatamos que 66% dos participantes recorreram ao serviço de consulta externa (43% mulheres e 23% homens) e 34% encontravam-se em contexto de internamento (16% mulheres e 18% homens). Os dias de internamento variam entre 1 e 60 dias ( $M= 8,38$ ;  $DP= 6,72$ ). Em resposta à questão «este internamento foi programado?», 84% dos participantes respondeu que teve

internamento não programado, enquanto os restantes 16% indicaram ter planeado o seu internamento com o médico.

Concluindo, os participantes desta investigação são maioritariamente do sexo feminino, casados, empregados a tempo inteiro, de meia idade e com baixa escolaridade.

### **2.2.2. Material**

Para se proceder à recolha da amostra, foram administrados os seguintes instrumentos: Questionário Sócio-demográfico (Anexo I), Escala sobre a Esperança de Barros de Oliveira em 2003 (Anexo II) e Medida de Adesão aos Tratamentos de Artur Barata Delgado e Maria Luísa Lima em 2001 (Anexo III).

O Questionário Sócio-Demográfico, concebido para o presente estudo, permitiu avaliar os seguintes domínios: sexo, idade, estado civil, escolaridade, estatuto profissional, agregado familiar, religião, estado de saúde actual, motivo de internamento, planeamento e dias de internamento.

A Escala sobre a Esperança foi elaborada por José Barros de Oliveira, em 2003, sendo administrada, a uma amostra de 241 alunos do 3º ciclo do ensino básico e de estudantes universitários. O objectivo é de avaliar o nível de esperança em população adulta. É uma escala unifactorial, tipo Likert, com 6 itens – alguns itens foram inspirados na Hope Scale de C. Snyder, C. Harris, J. Anderson, S. Holleran, I. Irving S. Sigmon, et al., 1991 – a que se responde numa escala de 5 posições: (1) totalmente de acordo; (2) bastante em desacordo; (3) nem de acordo nem em desacordo; (4) bastante de acordo e (5) totalmente de acordo). O nível de esperança obtém-se somando os valores de cada item. Os valores mais elevados significam maior nível de esperança (valor máximo 30) (Oliveira, 2003; Oliveira 2004).

No que se refere às qualidades psicométricas, a consistência interna desta escala, foi avaliada através coeficiente de alfa de Cronbach que apresenta um índice de 0.80, podendo ser considerada como uma escala com boa fidelidade ou consistência interna. Segundo o autor, no que respeita à validade discriminante (recorreu à comparação com outros instrumentos idênticos e diferentes de modo seja evidente que o construto

avaliado é um e não outro), era desejável usar também alguma amostra de pessoas de foro psiquiátrico ou escalas de funcionamento negativo da personalidade, como ansiedade ou depressão (Oliveira, 2003).

No presente estudo, Escala sobre a Esperança apresenta uma consistência interna desadequada (0,57), revelando má consistência interna. Contudo, a eliminação de algum item, não favorece significativamente a consistência interna, isto é, não a torna mais aceitável (Quadro 9).

**Quadro 9** – Valor do alpha de Cronbach se o item fosse apagado: Escala sobre a Esperança

	Se o item fosse apagado
Considero-me uma pessoa cheia de esperança	0,53
Não desanimo facilmente frente às adversidades	0,56
Luto para atingir os meus objectivos	0,48
Sou optimista mesmo no meio das dificuldades	0,53
Sei que tenho competência para conseguir o que quero na vida	0,44
Penso que no futuro será melhor do que o passado	0,51

O segundo instrumento para a recolha de dados foi a Medida de Adesão aos Tratamentos: desenvolvida por Artur Barata Delgado e Maria Luísa Lima, em 2001, a partir da medida de adesão de Morisky, Green e Levine em 1986, tendo como objectivo avaliar a adesão aos tratamentos em pessoas que seguem um tratamento medicamentoso. Este instrumento destina-se à avaliação de população adulta.

Este instrumento é constituído por 7 itens, em que a resposta é dada numa escala tipo Likert com 6 posições: (1) sempre; (2) quase sempre; (3) com frequência; (4) por vezes; (5) raramente e (6) nunca). O nível de adesão obtém-se somando os valores de cada item e dividindo pelo número de itens. Valores mais elevados significam maior nível de adesão (valor máximo 6) (Delgado & Lima, 2001).

A MAT apresentou uma aceitável consistência interna (alpha de Cronbach é igual a 0,74); a resposta em forma de escada de Likert revela sensibilidade (0,77) (mede

a capacidade da escala em identificar correctamente os indivíduos que aderem ou não, ou seja, o quão sensível é a escala) e especificidade (0,73) (mede a capacidade da escala em excluir correctamente aqueles que não aderem, ou seja, o quão específico a escala é), em obter os diversos comportamentos de adesão (Delgado & Lima, 2001).

Neste estudo, a MAT, apresenta uma consistência interna abaixo da aceitável (0,55), logo, também esta escala, tem alguns itens que não estão a medir o que se pretendia. Contudo, a eliminação de algum item não aumentaria significativamente a sua consistência (Quadro 10).

**Quadro 10** – Valor do alpha de Cronbach se o item fosse apagado: MAT

	Se o item fosse apagado
Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a doença	0,49
Alguma vez foi descuidado com as horas da toma da medicação	0,44
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por se ter sentido melhor	0,45
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por sua iniciativa, após se ter sentido pior	0,55
Alguma vez tomou um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	0,56
Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar a medicação	0,56
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por alguma outra razão que não seja a indicação do médico	0,48

### 2.2.3 Procedimento

Após a autorização das entidades intervenientes para a recolha de dados, iniciou-se a parte prática desta investigação. As autorizações formais da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (Anexo IV) e do Conselho de Administração da Unidade Hospitalar (Anexo V).

Como forma de manter as boas relações entre os diferentes profissionais, foi solicitada também a cada chefe de serviço uma autorização verbal e informal,

concedendo uma breve explicação acerca da temática e dos objectivos em estudo. Esses profissionais disponibilizaram um apoio incondicional, mais concretamente no internamento, em que os profissionais identificavam e alertavam para a entrada de novos doentes.

Os questionários foram todos administrados pela investigadora, entre Maio e Julho de 2009, no Centro Hospital Médio Ave. Sessenta e seis por cento dos participantes foram contactados em consulta externa e os restantes 34% foram contactados no internamento. A administração dos instrumentos foi precedida de uma breve explicação sobre os objectivos, momento em que se aproveitou, também, para transmitir a garantia de anonimato e de confidencialidade.

No que respeita ao preenchimento dos questionários foi disponibilizada uma prancha tendo a “função de mesa”, facilitando o preenchimento dos mesmos, esferográfica, almofada de carimbo (para os sujeitos incapazes e/ou com limitações para assinar) e o questionário propriamente dito.

Aquando o início da recolha de dados foi solicitada a assinatura do Consentimento Informado (Anexo VI) e foram prestados todos os esclarecimentos, solicitados ou não, acerca do estudo em questão, explicando ainda os direitos de poder desistir caso o desejasse.

Oitenta e três por cento dos questionários tiveram preenchimento assistido, uma vez que os sujeitos interpelados afirmaram ter grandes dificuldades de compreensão e motoras para responderem correctamente. Porém, 17% dos sujeitos optaram pelo auto-preenchimento, esclarecendo dúvidas sempre que consideraram necessário.

Numa primeira fase, a recolha incidiu na área da Consulta Externa. A abordagem dos indivíduos para o preenchimento dos questionários ocorreu nas salas de espera das diferentes consultas de especialidade médica.

Numa segunda fase, a recolha incidiu fundamentalmente nas duas áreas do internamento. Foram realizadas visitas diárias às duas especialidades, verificando a existência ou não de novas admissões. Um grande número dos participantes encontrava-se acamado, sendo que o questionamento foi realizado pelo investigador perto do leito.

No que diz respeito à adesão terapêutica no internamento, os doentes proferiram que não tinham qualquer controlo com a medicação, quer quantidade quer com as horas da toma. Assim sendo, foi solicitado que desse a resposta em função de como agem normalmente fora deste contexto.

Após a recolha de dados procedeu-se ao tratamento dos mesmos através do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.

### 2.3 Resultados

Iremos de seguida apresentar e discutir os resultados obtidos organizados de acordo com os objectivos definidos.

Como resposta ao primeiro objectivo, analisou-se o nível de esperança na população hospitalizada e não hospitalizada.

**Quadro 11** – Teste *t student* para analisar o nível de esperança em indivíduos hospitalizados e não hospitalizados.

	Hospitalização	Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
Esperança_Total	Não	22,97	2,63	2,18	0,032
	Sim	21,91	2,11		

Como é possível verificar, existem diferenças estatisticamente significativas quanto aos níveis de esperança entre os indivíduos hospitalizados e não hospitalizados, sendo que estes últimos revelam apresentar maior nível de esperança: nível moderado de esperança.

No que respeita à adesão e para responder ao objectivo número dois, caracteriza-se o nível de adesão para os dois grupos de indivíduos, hospitalizados e não hospitalizados.

**Quadro 12** – Teste *t student* para analisar o nível de adesão em indivíduos hospitalizados e não hospitalizados.

	Hospitalização	Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
Adesão_Total	Não	5,36	0,53	-0,47	0,641
	Sim	5,41	0,53		

Analisando o quadro acima exposto relativamente ao *t student* relacionado com a hospitalização, verifica-se que não existem diferenças significativas entre os dois grupos. Porém, os dois grupos apresentam valores moderados de adesão aos tratamentos.

Para responder ao objectivo número três, analisamos os níveis de esperança entre indivíduos com ou sem doença crónica.

**Quadro 13** – Teste *t student*: análise dos níveis de esperança entre indivíduos com crónica e doença aguda.

	Doença	Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
Esperança_Total	Crónica	21,89	2,49	-2,59	0,011
	Aguda	23,15	2,29		

Conforme o quadro 13, verificamos que existem diferenças significativas entre os grupos de indivíduos com doença crónica e doença aguda, sendo que estes últimos revelam maior esperança.

Para responder ao objectivo quatro, utilizando o teste *t student*, analisamos as diferenças ao nível da adesão entre indivíduos com e sem doença crónica.

**Quadro 14** – Teste *t student*: análise dos níveis de adesão entre indivíduos com crónica e doença aguda.

	Doença	Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
Adesão_Total	Crónica	5,23	0,54	3,17	0,002
	Aguda	5,56	0,45		

Analisando o quadro acima exposto, verificamos diferenças altamente significativas para os dois grupos de indivíduos, sendo que os indivíduos com doença aguda revelam maior adesão ao tratamento.

No objectivo cinco pretendemos analisar se há diferenças significativas entre os dois sexos quanto à esperança.

**Quadro 15** – Teste *t student*: análise dos níveis de esperança e a variável sexo

	Sexo	Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
Esperança_Total	Feminino	22,83	2,66	1,09	0,278
	Masculino	22,29	2,24		

Após a análise estatística, podemos constatar que nesta amostra não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto à esperança ( $t(98) = 1,09; p > 0,278$ ).

No que respeita ao objectivo seis, relativamente às diferenças entre os dois sexos quanto à adesão, obteve-se a seguinte informação (quadro 14).

**Quadro 16** – Teste *t student*: análise dos níveis de adesão com a variável sexo.

	Sexo	Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
Adesão_Total	Feminino	5,35	0,56	-0,55	0,578
	Masculino	5,40	0,49		

Este estudo, revela não existirem diferenças estatisticamente significativas quanto aos níveis de adesão entre os dois sexos ( $t(98) = -0,55; p > 0,578$ ).

No objectivo sete, pretendia analisar a correlação entre a esperança e idade.

**Quadro 17** – Correlação entre a esperança e a idade.

	Idade	<i>p</i>
Esperança_Total	-0,37	0,0001

Analisando o quadro anterior, verificamos que a relação entre esperança e idade, medida através do coeficiente de Pearson (*r*), revela ser negativa, baixa e estatisticamente significativa, quanto maior a idade, menor a esperança.

Para responder ao objectivo oito, analisamos a correlação entre a adesão e a idade (Quadro 18).

**Quadro 18** – Correlação entre a adesão e a idade.

	Idade	<i>p</i>
Adesão_Total	0,25	0,012

Verifica-se a existência de uma relação positiva, baixa e estatisticamente significativa entre as duas variáveis, quanto maior a idade, maior a adesão.

**Quadro 19** – Correlação entre a esperança e a adesão.

	Adesão_Total	<i>p</i>
Esperança_Total	-0,20	0,052

Relativamente à relação da esperança e adesão, não existe uma relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

**2.4 Discussão**

Depois de se ter analisado estatisticamente os resultados, apresenta-se a discussão dos mesmos, tentando, sempre que possível, relacioná-los e compará-los com outros estudos evocados na parte teórica deste trabalho.

Começando pelo primeiro objectivo, pode-se, desde logo, concluir que se verificam diferenças significativas entre indivíduos hospitalizados e não hospitalizados, sendo que estes últimos apresentam maior nível de esperança. Estes resultados poderão,

assim, ir de encontro aos resultados obtidos em alguns estudos, revelando que, pensamentos motivadores possibilitam que o indivíduo aja activamente para alcançar o seu objectivo. No caso dos indivíduos não hospitalizados, a literatura demonstra que, as pessoas com elevados índices de esperança recorrem frequentemente ao discurso interno, proferindo frases de incentivo pessoal «eu consigo fazer isto» e «esta dificuldade não me vai parar», facilitando assim, a promoção da motivação que é importante durante toda a elaboração do processo de alcance do objectivo.

Poderemos entender que as diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos poderá dever-se a ter ou não controlo sobre as acções e capacidade de escolha de quais os caminhos a seguir. Contudo, a motivação torna-se ainda mais significativa quando surgem dificuldades no caminho (Snyder et al., 1998; Snyder et al., 2000).

No que respeita ao segundo objectivo, ainda que se pudesse esperar diferenças significativas entre a adesão e indivíduos hospitalizados e não hospitalizados (porque os indivíduos hospitalizados não controlam o tratamento), tal não se verificou, talvez por terem respondido como geralmente aderem fora do contexto de internamento, isto é, como aderem no seu dia-a-dia.

Relativamente ao terceiro objectivo, os resultados obtidos não vão de encontro aos obtidos na literatura, uma vez que os resultados deste estudo demonstram que indivíduos com doença crónica apresentam menor esperança.

Hickey (1986) refere que em situações de doença crónica, mais concretamente de cancro, a esperança é provavelmente o elemento mais importante na vida dos doentes, sendo essencial no combate à doença. Sartore e Grossi (2008) indicam que a experiência diária no manuseamento da doença oncológica revela que o processo de adoecer é mais adaptativo nos doentes que possuem esperança. Contudo, Gum, Snyder e Duncan (2006) evidenciaram que o pensamento esperançoso em indivíduos que sofreram um acidente vascular cerebral (AVC) estava negativamente associado à melhoria na participação (*agency*). Ter esperança significa que o pensamento da pessoa é flexível. Concordantemente, estes indivíduos podem visualizar diversos caminhos possíveis para alcançar o objectivo (*goal*). Sendo que, desta forma, qualquer uma das possibilidades irá conduzir ao objectivo. Normalmente, os doentes crónicos são pessoas

confiantes na sua energia e motivação para percorrer e ultrapassar os obstáculos que surjam (Snyder et al., 2002).

Reportando-nos, agora, para o quarto objectivo, constatamos que os resultados obtidos vão de encontro aos encontrados na literatura, sugerimos que as pessoas com doença aguda aderem mais ao tratamento que os indivíduos com doença crónica. Dowell e Hudson (1997) e Ribeiro (2005) apresentam percentagens diferentes quanto aos níveis de adesão, uma vez que, essas variações dependem de inúmeros factores relacionados com as características da doença. Também Heleno e Santos (2004), expõem que os esquemas terapêuticos medicamentosos (antiretrovirais) para o HIV são complicados e exigem grande empenhamento por parte do doente, que precisa de ajustar horários, dieta e ritmo diário para cumprir o tratamento. Outra patologia que, segundo a literatura também evidencia dificuldades na adesão à terapêutica é, a diabetes mellitus também reforçam as dificuldades destes doentes seguirem e cumprirem com o plano terapêutico, devido à complexidade, à mudança de comportamentos e rotina diária que tem que ser criada (Moreno, et al., 2009; Roseira, et al., 2008; Sousa, Peixoto & Martins, 2008).

Todavia, Leite e Vasconcellos (2003) referem que para os doentes com HIV, em algumas das fases do processo de adoecimento, a ausência de sintomas é um dos factores indicado para a não-adesão à terapêutica. Vários estudos já destacaram que o vínculo mantido pelo profissional de saúde e o doente é um dos principais fundamentos a ser cultivado no processo de saúde e doença. Mas, por vezes, o doente baseado na sua crença de saber o que é melhor para a sua doença, discorda dos médicos. Sendo assim, depreende-se que a aceitação parcial das orientações médicas e a adequação do tratamento às próprias concepções pode ser relacionada à contradição das representações sobre como lidar com a doença entre médicos e doentes (Santos, Barbosa et al., 2005). Sousa (2004) defende que a forma como uma população percebe a doença pode ser o determinante do seu comportamento de cuidado com a saúde.

No quinto e sexto objectivos, os dados não revelam diferenças significativas entre homens e mulheres, quer para a esperança, quer para a adesão. Os resultados obtidos corroboram os resultados apresentados pela literatura, confirmando que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois quanto a essas variáveis (Baley & Snyder, 2007; Rijavec & Markovic, 2008; Snyder, 1998). No que se relaciona

com a adesão, os resultados obtidos corroboram com outros estudos (Pereira & Silva, 2002; Sousa et al., 2008), confirmando que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos.

Porém, outros estudos encontram diferenças entre sexos para a adesão. Araújo e Garcia (2006) e Freitas et al. (2001) referem que as mulheres apresentam melhor adesão ao tratamento da hipertensão do que os homens, enquanto Ickovics e Meade (2002), em oposição, referem que, no seu estudo, os homens apresentavam melhores níveis de adesão.

Relativamente aos objectivos sete e oito, os resultados revelam que quanto maior é a idade, menor é a esperança e maior é a adesão.

Este aspecto poderá estar relacionado com a motivação. É um processo necessário, na esperança, para alcançar um objectivo e para melhorar a adesão. Para tal, é fundamental conhecer os factores intrínsecos (própria motivação do doente no controle da doença) e extrínsecos (convivência, apoio e incentivo dos outros). Desta forma, Sheldon e Kasser (2001) corroboram estes resultados, tendo concluído no seu estudo que adultos com mais idade, quando comparados com jovens adultos, tendem a optar por objectivos para satisfação intrínseca e não extrínseca. Os dados empíricos demonstram que a “perda de esperança”, com o avançar da idade, principalmente com a velhice, é “esmagadora” (Riediger, Freund & Baltes, 2005). Também Bailey e Snyder (2007) constatam que indivíduos entre os 55-65 anos de idade apresentam menores níveis de esperança quando comparados com indivíduos mais jovens, uma vez que, com o aumentar da idade os indivíduos salientam as suas preocupações com os problemas de saúde e com a entrada para a reforma, desta forma, os seus pensamentos direccionados para os objectivos (*pathways*) vão-se esmorecendo, vão-se desmotivando. Brand, Smith e Brand (1977) e Sousa et al., (2008) apresentam dados que contradizem os autores anteriores, afirmando que, os idosos apresentam menores índices de adesão. A idade acima de 60 anos é um factor que interfere na adesão ao tratamento (Wang et al., 2006; Pierin et al., 2004). Oliveira (2006) e Ventura (2006) verificaram que os níveis de adesão aumentavam a partir dos 40 anos de idade.

Não se verifica existir uma relação estatisticamente significativa entre os níveis de esperança e de adesão. Estes dados não corroboram a informação recolhida na

literatura, uma vez que, para elevados níveis de esperança seria de esperar elevados níveis de adesão, isto é, seria esperada uma relação forte e positiva. Segundo alguns estudos, verifica-se que a esperança e a adesão parecem ter uma relação mais forte e positiva (Boyatzis & Mckee, 2006; Lopez, et al., 2004; Sartore & Grossi, 2008). De acordo com Snyder et al. (2000), o pensamento esperançoso previne o desenvolvimento de doenças, fazendo com que os indivíduos optem por comportamentos mais benéficos, como por exemplo, exercício físico, alterações de alimentação. Outros autores indicam também que pessoas que detêm uma elevada esperança no futuro optam por hábitos de saúde mais benéficos no dia-a-dia, envolvendo expectativas futuras positivas (Feldman & Snyder, 2005; Strathman, Gleicher, Boninger & Edwards, 1994) e que a esperança assume um papel importante para a redução de sintomatologia, para o aumento da adesão à terapêutica e, ainda, para ampliar outras potencialidades de força e resiliência (Cheavens et al., 2006).

Neste estudo, podemos concluir que se deve trabalhar a esperança na população hospitalizada e com doença crônica, uma vez que, são estes que apresentam menores níveis de esperança, independentemente do sexo, contudo, deverá ter-se em consideração a faixa etária. Focalizar a intervenção nesta população, é importante porque pessoas com elevados níveis de esperança têm mais capacidade em lidar e diminuir a sua dor, recorrendo a uma maior listagem de estratégias (*pathways*) e maior possibilidade de usar essas estratégias (*agency*) (Snyder, 1999). Segundo Irving et al. (1998) quando comparadas mulheres com elevado nível de esperança com mulheres com baixo nível de esperança, verifica-se que as primeiras têm melhores desempenhos face aos tratamentos oncológicos. Snyder, et al. (2000) acrescentam também que pessoas com elevados níveis de esperança parecem utilizar, em benefício próprio, as informações acerca da doença física. Essa informação é importante para compreenderem o que devem ou não fazer, promovendo, assim a auto-ajuda e para reduzir o seu sofrimento.

Desta forma, ao trabalharmos a esperança poderá ser possível obter, no futuro, melhores níveis de adesão ao tratamento para indivíduos com doença crônica, independentemente de se encontrarem hospitalizados ou não, tendo sempre em consideração a faixa etária, já que segundo os resultados obtidos neste estudo, indivíduos mais velhos apresentam melhores níveis de adesão.

Porém, a adesão é uma variável dinâmica, esta nunca estará definitivamente estabelecida, porque o comportamento do doente pode ser influenciado, diariamente, por inúmeros factores (Vasconcellos, Picard & Ichai, 2003). Van Servellen (2002) refere que existem poucos estudos que correlacionem a esperança com a adesão na população adulta, logo será importante explorar mais profundamente estas duas variáveis.

## **2.5 Conclusão**

Neste estudo começamos para efectuar uma breve revisão sobre a Psicologia Positiva e dos seus contributos para a Psicologia da Saúde. A partir daqui foi-nos possível integrar algumas definições de esperança e, fundamentalmente, explicar a Teoria da Esperança de Snyder. Debruçamo-nos, também, sobre a complexidade em definir adesão aos tratamentos, das dificuldades manifestadas, quer por profissionais, quer pelos indivíduos, em cumprir e “fazer” cumprir as terapêuticas.

Procurou-se definir, perceber e explicar quais os processos que compreendem a esperança e a adesão aos tratamentos. Para tal, apresentaram-se uma série de estudos realizados em diversas áreas, bem como modelos explicativos da sua dinâmica.

Nesta investigação, propusemo-nos, então, analisar e a descrever níveis de esperança e adesão, relacionando-as com outras variáveis que achamos pertinentes para o estudo, como forma de contribuirmos para uma melhor identificação, compreensão e resolução das possíveis implicações, da esperança para com o aumento da adesão aos tratamentos.

Dado que a avaliação da adesão é algo controversa, devido à complexidade e à influência de variados factores, desde logo se anteviu que esta investigação iria apresentar algumas limitações. Nomeadamente, quanto à recolha de dados em contexto de hospitalar, as respostas podem ter sido dadas de acordo com a desejabilidade social. Relativamente, às respostas dos indivíduos hospitalizados, estes referiram não ter qualquer controlo com a terapêutica prescrita, logo, os resultados finais na avaliação da adesão poderão ser passíveis de enviesamentos. Assim, trata-se de um estudo exploratório com uma pequena amostra, cujas conclusões não poderão ser generalizadas

para nenhuma outra população. Para finalizar o campo das limitações é de referir ainda, que os instrumentos utilizados poderão não ter sido os mais adequados para a recolha de dados, uma vez que apresentaram uma fidelidade não aceitável. Deste modo, seria pertinente utilizar outros instrumentos para avaliar a esperança, como por exemplo, a “Escala da esperança” versão portuguesa de J. Pais-Ribeiro, L. Pedro e S. Marques, de 2006 e, para avaliar a adesão aos tratamentos poderá ser utilizada a versão portuguesa, “Escala de adesão aos medicamentos” de G. Pereira e N. Sofia de 1999.

Apesar das limitações verificadas, mais do que dar respostas permitiu levantar ainda mais questões, alertando-nos para o facto de ainda muito se puder investigar nesta área e temática. Mesmo assim, acreditamos que este trabalho permitiu dar uma modesta contribuição no estudo da esperança e da adesão terapêutica.

Torna-se necessário que as intervenções de promoção de esperança sejam dirigidas aos indivíduos que possuem menor nível de esperança, possibilitando alterar alguns comportamentos.

Uma vez que este estudo exploratório apresentou diferenças significativas quanto à situação clínica (hospitalização ou não) para os níveis de esperança e de adesão em indivíduos com e sem doença crónica e para as diversas faixas etárias, porém, não foi identificada uma correlação significativa entre esperança e adesão. Mas, estes resultados também nos despertam para a necessidade de intervenção no contexto da saúde. Torna-se assim, pertinente propor uma estratégia de intervenção fácil, simples e que implique baixos custos.

Numa situação de internamento, o doente encontra-se afastado do seu lar, da escola, trabalho, dos familiares e amigos, apresentando uma situação de fragilidade física e emocional. Logo, o papel da Psicologia será fornecer técnicas e estratégias que auxiliem a superar alguns medos, angústias e tristezas. A leitura dirigida (biblioterapia) poderá ser uma das estratégias a utilizar como forma de aliviar e tranquilizar. Através desta estratégia processa-se a catarse, ou seja, a pacificação das emoções, moderando os sentimentos. A literatura ficcional agiria como um meio de alterar o ajustamento total do indivíduo e a introspecção do texto actuaria como meio para efectuar mudanças (Caldin, 2002). Recorrendo à leitura, considerando a sua função terapêutica, tornar-se-á possível a “identificação” do indivíduo com a história e proporcionar a exposição dos

seus problemas, bem como encontrar soluções. Porém, as histórias devem ser escolhidas tendo em consideração as características individuais, e atenderem às problemáticas subjacentes (Pardini, s/d).

Parece-nos que ao utilizar esta estratégia, o indivíduo poderá perceber diferentes caminhos quando se coloca no lugar dos personagens e aprender a lidar com situações difíceis para aplicar na vida real. Encontrando assim, motivação para alcançar o seu objectivo, que poderá ser, melhorar a condição de saúde, obtendo melhor qualidade de vida através duma adequada adesão aos tratamentos.

Desta forma, este estudo e a avaliação destas duas variáveis esperança e adesão aos tratamentos em população adulta hospitalizada e não hospitalizada, serão um auxílio importante para possibilitar futuros planeamentos de intervenções psicológicas mais adequadas tendo como objectivo estimular a esperança, logo a adesão terapêutica. Uma abordagem multidisciplinar será necessária...

A literatura deixa a ideia de que apesar dos esforços para aumentar a adesão terapêutica, este será sempre um domínio difícil. Porém, ao longo dos anos, foi-se constatando pequenos avanços relativamente ao aumento da adesão, logo, uma intervenção focalizada na esperança, poderá ser um processo que tem que ir sendo trabalhado...

Finalizo, assim, esta dissertação da mesma forma que a iniciei:

*“Toda a noite tem amanhã”*

(Fernando Pessoa, s/d)

*“A forma mais alta da esperança é o desespero ultrapassado”*

(Georges Bernanos, s/d)

*“A esperança é um empréstimo que se pede à felicidade.”*

(Antoine Rivarol, s/d)

## **Bibliografia**

---

## Bibliografia

- Abrams, E. Z. & Goodman, J. F. (1998). Diagnising developmental problems in children: parents and professionals negotiate bad news. *Journal of Pediatric Psychology, 23* (2), 87-98.
- Albuquerque, A. S. & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20* (2), 153-164.
- American Psychological Association. (2006). *Manual de Estilo da APA: Regras básicas* [Lopes, M. F.]. Porto Alegre: Artmed.
- Andraus, L. M. S., Oliveira, L. M., Minamisava, R., Munari, D. B. & Borges, I. K. (2004). Ensinando e aprendendo: uma experiência com grupos de pais de crianças hospitalizadas. *Revista Electrónica de Enfermagem, 6* (1), 104-109.
- Araújo, G. B. S. & Garcia, T. R. (2006). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: Uma análise conceitual. *Revista Electrónica Enfermagem, 8* (2), 259-272.
- Assunção, T. S. & Ursine, P. G. S. (2008). Estudo de factores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de *diabetes mellitus* assistidos pelo programa saúde da família, Ventosa, Belo Horizonte. *Ciência & Saúde Colectiva, 13* (2), 2189-2197.
- Bailey, T. C. & Snyder, C. R. (2007). Satisfaction with life and hope: A look at age marital status. *The Psychological Record, 57*, 233-240.
- Belar, C. D. (2000). Psychological interventions and health: Critical connections. *Psicologia, Saúde & Doenças, 1* (1), 11-17.
- Bennet, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bishop, G.D. (1994). *Health psychology: Integrating mind and body*. Boston: Allyn and Bacon.
- Boyatzis, R., & Mckee, A. (2006). *O poder da liderança emocional: Liderança vibrante com empatia, esperança e compaixão*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

- Brand, F. N., Smith, R. T. & Brand, P. A. (1977). Effect of economic barriers to medical care on patient's noncompliance. *Public Health Reports*, 92, 72-78.
- Brannon, L. & Feist, J. (1997a). Seeking health care. In (Eds), *Health psychology: An introduction to behaviour and health* (pp. 46-58). Califórnia: Brooks & Cole.
- Brannon, L. & Feist, J. (1997b). Adhering to medical advice. In (Eds), *Health psychology: An introduction to behaviour and health* (pp. 68-82). Califórnia: Brooks & Cole.
- Brevidelli, M. M. & Cianciarullo, T. I. (2001) .Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. *Revista de Saúde Pública*, 35 (2), 193-201.
- Caldin, C. F. (2002). Biblioterapia para crianças internadas no hospital universitário da UFSC: uma experiência. *Revista Electrónica Ciência Informação*, 14, 1-18.
- Calvetti, P. Ü., Muller, M. C. & Nunes, M. L. T. (2007). Psicologia da Saúde e Psicologia Positiva: Perspectivas e Desafios. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27, 4, 706-717.
- Carmo, T. A. (2007). Melhoria na Adesão ao tratamento medicamentoso por meio da atenção farmacêutica. In *9º Seminário de Extensão da Universidade Metodista de Piracicaba no contexto da 5ª Mostra Acadêmica*.
- Carr, A. (2005). *Positive psychology. The science of happiness and human strengths*. New York: Brunner-Routledge.
- Castro, E. & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24 (3), 48-57.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S. T. & Snyder, C. R. (2006). Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77, 61-78.
- Conrad, P. (1985). The meaning of medication: another look at compliance. *Social Science and Medicine*, 20 (1), 29-37.

- Coutinho, J. V. (2001). Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da Próstata (estudo Exploratório). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (2), 107-115.
- Csikszentmihalyi, M., & Csikszentmihalyi, I. S. (2006). *A life worth living: contributions to positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Delgado, A. B. & Lima, M., L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 81-100.
- Dongen, E. V. (1998). "I wish a happy end." Hope in the lives of chronic schizophrenic patients. *Anthropology and Medicine*, 5, 169-192.
- Dosse, C., Cesarino, C. B., Martin, J. F. V. & Castedo, M. C. A. (2009 março-abril). Factores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 17 (2), 1-7.
- Dowell, J. & Hudson, H. (1997). A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care. *Family Practice*, 14 (5), 369-375.
- Ebright, P.R., & Lyon, B. (2002). Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29, 561-568.
- Edwards, L., M. (2009). Hope. In S.J. Lopez (Eds), *The encyclopedia of positive psychology, Vol. I*, (pp. 487-491). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Elliot, T. R., Kurylo, M. & Rivera, P. (2005). Positive growth following acquired physical disability. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 687-699). New York: Oxford University Press.
- Feldman, D. B. & Snyder, C. R. (2005). Hope and the meaningful life: Theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (3), 401-421.
- Figueira, L. (1992). Mecanismos psicológicos de adaptação à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida. *Análise Psicológica*, 2 (10), 159-173.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in Positive Psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56 (3), 218-226.

- Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist*, 91, 330-335.
- Freitas, O. C., Carvalho, F. R., J. M., Neves, Veludo, P. K., Parreira, R. S., Goncalves, R. M., Lima, S. A. & Bestetti, R. B. (2001). Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the state of São Paulo, Brasil. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 7 (1), 16-21.
- Gable, S., & Haidt, J. (2005). Positive psychology. *Review of General Psychology*, 9, 1089-2680.
- Gerbino, P. (1993). Patient compliance. *Annals of Pharmacotherapy*, 27 (9), 5-19.
- Gum, A., Snyder, C. R. & Duncan, P. W. (2006). Hopeful thinking, participation, and depressive symptoms three months after stroke. *Psychology and Health*, 21 (3), 319-334.
- Heleno, M. G. V. & Santos, H. (2004). Adaptação em pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana – HIV. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 87-91.
- Herth, K. (1996). Hope from the perspective of homeless families. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 743-753.
- Herth, K.A., & Cutcliffe, J.R. (2002). The concept of hope in nursing 3: Hope and palliative care nursing. *British Journal of Nursing*, 11 (14), 977-983.
- Hickey, S.S. (1986). Enabling hope. *Cancer Nursing*, 9, 133-137.
- Ickovics, J. & Meade, C. (2002). Adherence to HAART among patients with HIV: Breakthroughs and barriers. *Aids Care*, 3 (14), 309-318.
- Irving, L. M., Snyder, C. R., & Crowson, J. J. Jr. (1998). Hope and the negotiation of cancer facts by college women. *Journal of Personality*, 66, 195-214.
- Joyce-Moniz & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde. Desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições ASA.

- Júnior, D. M., Pierin, A., Ignez, E., Ballas, D. & Marcondes, M. (1995). Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 17 (4), 229-236.
- Kerbaux, R. R. (2002). Comportamento e Saúde: Doenças e desafios. *Psicol. USP*, 13 (1), 11-28.
- Klein, J. M. & Gonçalves, A. G. A. (2005). Adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF*, 10 (2), 113-120.
- Lee, E.H. (2001). Fatigue and hope: Relationships to psychosocial adjustment in Korean women with breast cancer. *Applied Nursing Research*, 14, 87-93.
- Leite, S. N. & Vasconcellos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciências & Saúde Colectiva*, 3, 775-782.
- Lewis, H. A. & Klienwer, W. (1996). Hope, coping, and adjustment among children with sickle cell disease: Tests of mediator and moderator models. *Journal of Pediatric Psychology*, 21 (1), 25-41.
- Lima, M. B., Mello, D. A., Moraes, A. P. p. & Silva, W. C. (2001). Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (4), 877-885.
- Linley, P. A., Joseph, S., Harrington, S. & Wood, A., M. (2006). Positive Psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1 (1), 3-16.
- Lopez, S. L., Snyder, C. R. & Pedrotti, J. T. (2004). Hope: many definitions, many measures. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 91-106). Washington DC: American Psychological.
- Lopez, S., Snyder, C., Magyar-Moe, J., Edwards, L., Pedrotti, J., Janowski, K., Turner, J. & Pressgrove, C. (2004). Strategies for accentuating hope. In P. A. Linley &

- S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice*, (pp. 388-404). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Maikranz, J. M., Steel, R. G., Dreyer, M. L., Stratman, A. C. & Bovaird, J. A. (2007). The relationship of hope and illness-related uncertainty to emotional adjustment and adherence among pediatric renal and liver transplant recipients. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (5), 571-581.
- Marques, S., Pais-Ribeiro, J., & Lopez, S. (2008). Esperança e satisfação com a vida em estudantes expostos à violência interparesntal: estudo comparativo. In I.Leal, J.Pais-Ribeiro, I. Silva & S.Marques (Eds.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 651-654). Lisboa: ISPA
- Martinez, L. F., Ferreira, A. I., Sousa, L. M. & Cunha J. V. (2007). A Esperança é a última a morrer? Capital psicológico positivo e presentismo. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 13 (1), 37-54.
- Marujo, H. A., Neto, L. M., Caetano, A. & Rivero, C. (2007). Revolução rositiva: Psicologia positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 13 (1), 115-136.
- Maslow, A. H. (1987). *Motivation and personality*. (3th ed.). New York: Harper Collins.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Meichenbaum, D. & Turk, C. D. (1987). *Facilitating treatment adherence: A pratitioner's guidebook*. New York: Plenum Press.
- Moreno, N. A., Acevedo, A. M. C., Fierros, G. A., Alfaro, A. C. R., Bayardo, J. I. L. & Ruelas, M. R. C. V. (2009). Influencia del patrón cultural dietético del paciente diabético en el apego al régimen alimenticio. *Cultura de los Cuidados*, 25 (13), 104-110.
- Myers, L. B., & Midence, K. (1998). *Adherence to treatment in medical conditions*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

- Neto, L. M. & Marujo, H. A. (2007). Propostas estratégicas da psicologia positiva para a prevenção e regulação do stress. *Análise Psicológica*, 4 (25), 585-593.
- Nunes, P. (2007). *Psicologia positiva*. [on line]. Disponível: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0115.pdf>
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Cimepsi.
- Oliveira, J. H. B. (2004). *Psicologia positiva: Amor, felicidade, alegria, optimismo, esperança, perdão, sabedoria, beleza, sentido da vida*. Porto: ASA Editores.
- Oliveira, T. C. E. (2007). *Hipertensão arterial: Factores que interferem no seguimento do regime Terapêutico*. Trabalho de Conclusão de Graduação em Enfermagem - CCS/UFPB. [on line]. Disponível:
- Pais-Ribeiro, J. (2008). *As variáveis psicológicas positivas facilitam um ajustamento positivo em pessoas com doenças crónicas*. In I Congresso ORASI, Porto.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.
- Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual*. New York: Open University Press.
- Paludo, S. S. & Koller, S. H. (2007). Psicologia positiva: Uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia*, 17 (36), 9-20.
- Pardini, M. A. (s/d). *Biblioterapia! Encontro perfeito entre o bibliotecário, o livro e o leitor no processo de cura através da leitura estamos preparados para essa realidade?* São Paulo: Divisão Técnica de Biblioteca e Documentação da UNESP. [on line] Disponível: <http://www.sibi.ufrj.br/snbu/snbu2002/oralpdf/87.a.pdf>.
- Patrão, I. & Leal I. (2002). Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: Estudo exploratório numa amostra de utentes do centro de saúde de Peniche. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (1), 103-112.
- Penedo, J. F., Gonzalez, J.S., Dahn, J. R., Antoni, M., Marlow, R., Costa, P. & Schneiderman, N. (2003). Personality, quality of live and HAART adherence among men and women living with HIV/Aids. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 271-278.

- Pereira, M. G. & Silva, S. (2002). Atribuição de sintomas, comportamentos de saúde e adesão em utentes de Centro de Saúde da Zona Norte. *Análise Psicológica*, 1 (20), 35-43.
- Pereira, M. G. (1997). A Adesão aos regimes de tratamento na perspectiva do modelo biopsicossocial. *Psicologia, Teoria, Investigação e Prática*, 2, 209-216.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., Oliveira, R. V. C. & Cruz, F. O. (2004). Risco e protecção: Em busca de equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 135-143.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. M. (2005). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. (4ªed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Peterson, C., Seligman, M. and Valliant, G. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23–27.
- Pierin, G., Strelec, M. & Junior, M. D. (2004). O Desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. *Revista Brasileira Hipertensão*, 14 (1), 17-20.
- Pires, C. G. S. & Mussi, F. C. (2008). Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. *Ciência Saúde Colectiva*, 13 (2), 2257-2267.
- Pires, R. S. D. M. (2006). *Adesão à terapêutica anti-retrovírica: Uma meta psicoterapêutica*. [on line]. Disponível: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0325.pdf>
- Rabkin, J. & Chesney, M. (1998). Adhering to complex regimens for HIV. *Gmhc Treatment Issues*, 12, 8-11.
- Reiners, A. A. O., Azevedo, R. C. S., Vieira, M. A. & Arruda, A. L. G. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Colectiva*, 13 (2), 2299-2306.
- Reis, J. (1998). *O sorriso de Hipócrates. A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Veja.

- Reis, J. (1999). Modelo metateórico da psicologia da saúde para o séc. XXI: Interação ou integração biopsicossocial? *Análise Psicológica*, 3 (17), 415-433.
- Reynolds, N. R. (2003). The problem of antiretroviral adherence: A self-regulatory model for intervention. *Aids Care*, 1 (15), 117-124.
- Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Riediger, M., Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2005). Managing life through personal goals: Intergoal facilitation and intensity of goal pursuit in younger and older adulthood. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 60 (2), 84-91.
- Rijavec, M. & Markovic, D. (2008). Hope, test anxiety and school success. *Metodika*, 16, 90-101.
- Roberts, B. W., Walton, K. E. & Bogg, T. (2005). Conscientiousness and health across the life course. *Review of General Psychology*, 9 (2) 156-168.
- Rolo, C. & Gould, D. (2007). An intervention for fostering hope in athletic and academic performance in university student-athletes. *International Coaching Psychology Review*, 2 (1), 44-61.
- Roseira, A., Arteiro, C., Oliveira, B. M., Poinhos, R., Neves, C., Alves, M., Varela, A., Pereira, M., Veiga, F., Cortes, C., Carvalho D. & Medina, J. L. (2008). Adesão à terapêutica alimentar em diabéticos tipo 1 [abstract book]. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 1, 121-122.
- Roth, M. & Hammelstein, P. (2007). Hope as an emotion of expectancy: first assessment results. *Psycho-Social-Medicine*, 4, 1-9.
- Santos, A. F., Barbosa, R. B., Faro, S. R. S. & Júnior, A. A. (2005). Representações sociais do processo saúde-doença entre nefrologistas e pacientes renais crônicos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (1), 57-67.
- Sarafino, E. P. (2006). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (5 ed). Hoboken: John Wiley & Sons.

- Sartore, A. C., & Grossi, S. A. A. (2008). Escala de esperança de Herth – Instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 42 (2), 227-232.
- Sedeño, A. C. & Cué, B. M. (2008). Actuación del profesional farmacéutico para mejorar la adherencia de los pacientes en sus tratamientos farmacoterapéuticos. *Revista Cubana de Farmacia*, 42 (2),0-0. [on line] Disponível: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75152008000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152008000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (2), 580-588.
- Seligman, M & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Seligman, M. (2002). Positive psychology, positive prevention and positive therapy. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 3-9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. (2007). *Felicidade autêntica: Os princípios da psicologia positiva*. Cascais: Pergaminho SA.
- Sheldon, K. & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56 (3), 216-207.
- Sheldon, K. M., & Kasser, T. (2001). Getting older, getting better? Personal strivings and psychological maturity across the life span [Abstract]. *Developmental Psychology*, 37, 491-501.
- Silva, I. (2006). Psicologia da saúde: Uma perspectiva positiva. In I. Leal, J. Pais Ribeiro & Saul Neves de Jesus (Eds.), *Actas do Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (6 ed.)*, Faro, 2006.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. & Cardoso, H. (2006). Adesão ao tratamento da diabetes mellitus: A importância das características demográficas e clínicas. *Revista Referência*, 2 (2), 33-41.

- Snyder, C. R., Hoza, B., Pelham, W. E., Rapoff, M., Ware, L., Danovsky, M., Highberger, L., Rubinstein, H. & Stahl, K. J. (1997). The development and validation of the children's hope scale. *Journal of Pediatric Psychology*, 22 (3), 399-421.
- Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, measuring and nurturing hope. *Journal of Counseling and Development*, 73, 355-360.
- Snyder, C. R. (1999). *Coping: The psychology of what works*. New York: Oxford University Press.
- Snyder, C. R. (2003). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. London: Academic Press.
- Snyder, C. R. (2009). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13 (4), 249-275.
- Snyder, C. R., & McCullough, M. (2000). A positive psychology field of dreams: "If you build it, they will come. . . ." *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 151-160.
- Snyder, C. R., Feldman, D. B., Taylor, J. D., Schroeder, L. L., & Adams V., III. (2000). The Roles of Hopeful Thinking in Preventing Problems and Enhancing Strengths. *Applied & Preventive Psychology*, 9, 249-270.
- Snyder, C. R., Irving, L. M., & Anderson, J. R. (1991). Hope and health. In C. R. Snyder, & D. R. Forsyth (Eds), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 285-305). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Snyder, C. R., Lapointe, A. B., Crowson, J. J., Jr., & Early, S. (1998). Preferences of high- and low-hope people for self-referential input. *Cognition and Emotion*, 12, 807-823.
- Snyder, C. R., Rand, K. L. & Sigmond, D. R. (2002). Hope theory: A member of the positive psychology family. In C. R. Snyder & S. J. Lopez. (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 257-276). New York: Oxford University Press.

- Snyder, C. R., Rand, K., King, E. a. Feldman, D. B. & Woodward, J. T. (2002). “False” hope. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (9), 1003-1022.
- Snyder, C.R., Lopez, S.J., Shorey, H.S., Rand, K.L., & Feldman, D.B. (2003). Hope theory, measurements, and applications to school psychology. *School Psychology Quarterly*, 18, 122-139.
- Sousa, M. R., Peixoto, M. J. & Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista Referência*, 8 (2), 59-67.
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., & Huggins, M.E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 93-102.
- Strathman, A., Gleicher, F., Boninger, D. & Edwards, C. (1994). The consideration of future consequences: Weighing immediate and distant outcomes of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66,742–52.
- Taylor, G., Bagby, M. & Luninet, O. (2000). Assessment of alexithymia: Selfreport and observerrated measures. In R.Bar-On and J.Parker (Eds.), *The Handbook of Emotional Intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace*, (pp. 301–319). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Taylor, S.E., Collins, R.L., Skokan, L.A., &Aspinwall, L.G. (1989). Maintaining positive illusions in the face of negative information: Getting the facts without letting them get to you. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 114–129.
- Teixeira, J. A. C. & Leal, I. (1990). Psicologia da saúde: Contexto e intervenção. *Análise Psicológica*, 4 (8), 453-458.
- Teixeira, J. A. C. (2007). *Psicologia da Saúde. Contextos e áreas de intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Tillich, P. (1965). The right to hope. *The University of Chicago Magazine*, 58, 16-22.

Trindade, I. & Teixeira, J. A. C. (2000). *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Climepsi Editores.

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

Vasconcellos, D., Picard, O. & Ichai, S. (2003). Condições psicológicas para a observação das terapias antiretrovirais altamente activas (HAART). *Revista de Psiquiatria*, 25 (2), 335-344.

Ventura, A. (2006). Adesão à Terapêutica Anti-retrovírica na infecção VIH/Sida: Revisão de artigos publicados. *Arquivos de Medicina*, 20 (1-2), 37-49.

Vermeire, E., Hearnshaw, H., Royen, P. & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26 (5), 331-342.

Wang, L.-Y., Chang, P.-C., Shih, F.-J., Sun, C.-C. & Jeng, C. (2006). Self-care behavior, hope, and social support in taiwanese patients awaiting heart transplantation. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 485-491.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. WHO [on line]. Disponível: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/index.html](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/index.html)

Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8,75-84.

Zavalloni, R. (1994). *Psicologia della Speranza: Per sentirsi realizzati*, (2nd ed). [online]. Disponível; <http://books.google.pt>

## Anexos

---

## **Anexo I - Questionário Sócio-demográfico**

---

## Questionário Sócio-demográfico

1. Sexo: (1) Feminino (2) Masculino

2. Idade: \_\_\_\_\_ anos

3. Estado Civil:

- (1) Solteiro/a
- (2) Casado/a ou vive em união de facto
- (3) Divorciado/a ou Separado/a
- (4) Viúvo/a

4. Escolaridade: \_\_\_\_\_ (nº total de anos)

5. Estatuto profissional:

- (1) Empregado/a a tempo inteiro
- (2) Empregado/a a tempo parcial
- (3) Desempregado/a
- (4) Reformado/a
- (5) Pensão de invalidez
- (6) Doméstico/a
- (7) Estudante
- (8) Trabalhador(a)-estudante

5. Filhos: (1) Não (2) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

6. Vive com \_\_\_\_\_ (nº) pessoas.

7. Religião: Qual? \_\_\_\_\_ b) 1. Praticante 2. Não-praticante

8. Sofre de alguma doença?

Não

Sim

Qual/ Quais?

---

9. No caso de se encontrar actualmente hospitalizado, por favor, indique o motivo deste internamento.

9.1 Este internamento foi programado?

Não

Sim

9.2 Há quanto se encontra internado? \_\_\_\_\_ (número de dias, incluindo o de hoje)

## **Anexo II - Escala sobre a Esperança**

---

# Escala sobre a esperança

(Barros de Oliveira, 2003)

Este questionário interroga sobre algumas atitudes da pessoa face ao futuro. Responda sinceramente a todas as perguntas, conforme aquilo que verdadeiramente sente e não como gostaria de ser. Todas as respostas são boas, desde que sinceras. O questionário é anónimo. *Obrigado pela sua colaboração.*

Faça um círculo (O) em volta do número que melhor corresponda à sua situação, conforme esta chave:

- 1 = Totalmente em desacordo (absolutamente não)
- 2 = Bastante em desacordo (não)
- 3 = Nem de acordo nem em desacordo (mais ou menos)
- 4 = Bastante de acordo (sim)
- 5 = Totalmente de acordo (absolutamente sim)

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Considero-me uma pessoa cheia de esperança.                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Não desanimo facilmente frente às adversidades.                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Luto para atingir os meus objectivos.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Sou optimista mesmo no meio das dificuldades.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Sei que tenho competência para conseguir<br>o que quero na vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Penso que no futuro será melhor do que o passado                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## **Anexo III - Medida de Adesão aos Tratamentos**

---

# Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

(A.B. Delgado & M. L. Lima)

Este questionário interroga sobre algumas atitudes da pessoa face aos tratamentos/medicamentos. Responda sinceramente a todas as perguntas. Todas as respostas são boas, desde que sinceras. O questionário é anónimo.

---

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

---

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

---

---

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

---

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

---

---

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

---

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

---

---

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

---

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

---

---

5. Alguma vez tomou um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

---

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

---

---

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

---

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

---

---

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

---

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

---


Obrigado pela sua colaboração.

## **Anexo IV - Comissão de Ética da U. F. P.**

---



Universidade Fernando Pessoa  
www.ufp.pt

Resposta  
à fm, da comissão de  
Pro. Carlo Almeida Gomes e  
membros, da Social Siza  
22-6-09,  


Exma. Senhora  
Prof. Doutora Maria do Carmo Castelo Branco  
Directora da FCHS

Porto, 17 de Junho de 2009

Exma. Senhora Prof. Doutora,

Em sua reunião de 15 do corrente a Comissão de Ética analisou a proposta de investigação "Estudo Exploratório: Esperança na Adesão Terapêutica em Jovens Adultos e Adultos Hospitalizados e Não Hospitalizados: diferenças de Sexo e Idade" apresentada por Carla Gomes.

Foi considerado nada haver a opor desde que a instituição envolvida no Protocolo, Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE – Unidade de Famalicão nada tenha objectar à sua realização.

Com os melhores cumprimentos.

Comissão de Ética

  
J. Fleming Torrinha



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

4005 303 007 500 - Reg. Comercial nº 20 (Conservatória do Registo Comercial do Porto)  
[Faculdade de Ciências Humanas e Sociais] - [Faculdade de Ciências e Tecnologia] Praça 9 de Abril, 149 - 4295-904 Porto - Portugal - T. +351 22 587 1080 - F. +351 22 500 8288 - geral@ufp.pt  
[Faculdade de Ciências da Saúde] - [Faculdade Superior de Saúde] R. Carlos da Maia, 296 - 4200-150 Porto - Portugal - T. +351 22 587 4000 - F. +351 22 500 4637 - R. Sellenha 224 - 4200-253 Porto - Portugal  
T. +351 22 589 6371 - geral@saude@ufp.pt [Instituto de Porto de Lopo] - [Casa da Saúde] - R. Louco de Borsador - 4810-028 Porto de Lopo - Portugal - T. +351 258 791 028 - F. +351 258 791 042 - geral@instituto@ufp.pt

## **Anexo V - Conselho de Administração do CHMA**

---



Exmª. Senhora

Drª. Carla Alexandra Pereira Ferreira Gomes

Rua das Oliveiras, 46

4760-190 Gavião Vila Nova de Famalicão

23.03.2009

1582

AG/1

05.05.2009

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

Conforme solicitado, informamos que o parecer da Comissão de Ética é: " Nada a opôr".

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente da Comissão de Ética

Dr. Luis Almeida Costa

## **Anexo VI – Consentimento Informado**

---

# DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial*

*(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

## **Esperança e a Adesão Terapêutica em Adultos Hospitalizados e Não Hospitalizados: Estudo Exploratório.**

**Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente) -----**

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/200\_\_

**Assinatura do doente:** \_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

**Nome:** Carla Alexandra Pereira Ferreira Gomes

**Assinatura:**