



Universidade do Minho
Instituto de Educação e Psicologia

Jorge Alberto Carrulo de Sousa

**Aliança terapêutica em contextos de saúde:
sua relação com a adesão terapêutica e com
as crenças dos utentes face aos médicos e
medicina**



Universidade do Minho

Instituto de Educação e Psicologia

Jorge Alberto Carrulo de Sousa

**Aliança terapêutica em contextos de saúde:
sua relação com a adesão terapêutica e com
as crenças dos utentes face aos médicos e
medicina**

Tese de Mestrado em Psicologia.
Especialização em Psicologia da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da
**Professora Doutor Eugénia Maria Ribeiro
Pereira Fernandes**

Maio de 2009

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TESE APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

Agradecimentos

À Professora Doutora Eugénia Fernandes por aceitar em ser minha orientadora, mas também pelo tempo dedicado em acompanhar-me nesta viagem que foi à investigação. Agradeço, imenso, ainda pela gestão sábia dos meus momentos de ansiedade e angústia.

À Administração Regional de Saúde do Norte (ARSNorte) pela autorização e apoio da recolha da amostra nos Centros de Saúde e Unidade de Saúde Familiar. Um agradecimento também aos Exmo. Coordenadores dos Centros de Saúde e Unidade de Saúde Familiar por terem-me acolhido com simpatia: Dr.^a Maria Helena Oliveira (Infíás), Dr. Margarida Lima (Gualtar), Dr. Manuel Vilas Boas (Barcelos/ Barcelinhos), Dr. António Silva (Ponte de Lima), Dr. Luís Paulo Almeida (Viana de Castelo), Dr. António Rodrigues (Darque) e Dr. Rogério Costa (Vila Verde).

Aos utentes dos referidos Centros de Saúde e Unidade de Saúde Familiar, pela simpatia e por terem aceitado em participar.

À Santa Casa da Misericórdia da Maia, na pessoa da Exma. Provedora Maria de Lurdes Costa Almeida Rebelo Maia, por permitir-me efectuar este mestrado e por acreditar em mim.

Aos docentes do Mestrado de Psicologia da Saúde da Universidade do Minho, pelos conhecimentos transmitidos, paciência e acolhimento. Um obrigado especial à Prof. Dr.^a Graça Pereira, pelos seus questionários, por ler as minhas mensagens electrónicas incessantes e pelo incentivo.

Aos meus “chefes de trabalho”, Dr.^a Cristina Couto e Mário Figueiredo pelo apoio. Especialmente ao Mário pelos últimos 3 meses.

Ao Professor Doutor João Paulo Pereira pelo enorme apoio na análise estatística. O professor tem sido uma enorme surpresa para mim.

Às estagiárias do curso de Psicologia da Universidade do Minho e que se encontram a estagiar nos Centros de Saúde de Ponte de Lima e Barcelos, pela enorme ajuda na recolha dos dados. Só me lembro do nome da Dr.^a Natália e da Dr.^a Raquel. Existe uma terceira estagiária que ajudou mas esquece-me sempre o seu nome.

À Cláudia Gomes (Cris), pela enorme amizade, carinho, ternura e paciência em ler os meus textos todos. Mas também pelas conversas de café e noites de conversa que me ajudaram a manter a minha sanidade mental, que muitas vezes estive por um fio. Temos que comemorar este fim de ciclo no Bairro Alto ou em *Portebello Road* a ouvir 80's. Mas também ao João! Não me posso esquecer de ti!

À Fátima Silva (Fati) pela amizade e apoio mas também pela tortura que deve ter sido em ler os meus textos.

À Marlene, por tudo. Mas por tudo. Acho que não é preciso dizer mais nada, pois ela vai entender.

À Isabel Ribeiro pela amizade, pelo apoio e por acreditar em mim.

Aos meus colegas de trabalho: Mário Rui, Cristina, Sofia, Sandrine, Liliana, São, Carla, Alberto, D. Rosa, D. Clara, D. Albertina, Tina, Luís, Álvaro e outros que não estou a lembrar-me, um obrigado.

Às minhas colegas de mestrado, Susana, Patrícia, Vera, Dora, Sónia, Paula, Marta, Sílvia e Ana Luísa um obrigado pela amizade e espero que isto não seja um fim de um ciclo, mas um começo.

Ao Rodrigo, obrigado por seres meu amigo e grato por tudo. Espero que à nossa amizade continue, mesmo com um oceano a separar-nos.

Aos *dançaólic*os, por mostrar-me que existe sempre a vossa amizade e a dança. Tiveram um papel fundamental na minha vida, nestes últimos 12 meses, especialmente o grupo especial: Cláudia, Babi, Filipa, Renata, Bela, Tiago, Rui, Hugo, Fabíola, Cátia, Joaquim, Susana, Inês, Telmo, Rute, Marina, Isabel, Pedro, Luísa, Cristina, Matias e Luís Almeida; e depois todos os outros 100 que pertencem ao nosso grupo. Um obrigado a todos, pelas noites eternas de dança e pelos caminhos percorridos.

Às mulheres que amei, ainda que houve algumas não tive a coragem de dizer que as amavas. Por cada uma que amei, àquelas que confessei e outras que nunca disse nada, posso dizer que cada uma tem um papel muito importante na minha auto-descoberta que tem sido à vida.

Por último, a pessoa que sempre acreditou em mim, que sempre me apoiou e que sempre me amou, mesmo quando fazia a maior asneira, a minha mãe. OBRIGADO.

שלום לכולם כי היה כל תפקיד חשוב בשלב הזה של חיי

(*Shalom* a todos VÓS que tiveram papel importante nesta fase da minha vida)

Resumo

A relação médico - paciente no contexto da intervenção médica é entendida como um importante factor no decorrer do tratamento com implicações para a saúde das pessoas. Na relação psicoterapêutica, um dos factores relacionais importantes é a aliança terapêutica entre cliente e psicoterapeuta. Só muito recentemente a ideia de aliança terapêutica começou a ser investigada em contextos médicos, especialmente a sua relação com a adesão terapêutica. A presente dissertação visa estudar a relação entre aliança terapêutica, adesão e crenças face aos médicos e medicina, numa amostra de 207 utentes de 7 Centros de Saúde da Região Norte. A recolha de dados desta investigação decorreu num único momento, quando os utentes se deslocavam ao centro de saúde para terem consulta com o seu médico de família. Neste momento de avaliação foram administrados, como instrumentos de medida, um Questionário Sócio-Demográfico, o Inventário da Aliança Terapêutica – Contextos de Saúde (IAT-CS), Escala de Adesão Terapêutica e Escala de Atitudes Face aos Médicos e Medicina. Os resultados da análise factorial exploratória do IAT-CS (cliente) efectuada, apresentavam uma distribuição dos itens por factores pouco coerentes teoricamente. Optamos, então, por considerar apenas o critério teórico para a definição das subescalas e analisar a consistência interna do IAT-CS global ($\alpha = 0,88$) e das suas subescalas. Três itens foram eliminados da subescala Objectivos (itens 9, 12 e 34), após verificarmos que a sua eliminação melhorava o valor do *alpha* (0,92). Com 33 itens as subescalas Vínculo têm um *alpha* de 0,84, Tarefas 0,78, e Objectivos 0,73. Relativamente ao estudo da relação entre aliança terapêutica e as outras variáveis de interesse neste estudo, as nossas hipóteses foram as seguintes: o tempo de acompanhamento médico do utente esta relacionado positivamente com a adesão terapêutica (H1); o tempo de acompanhamento médico do utente está correlacionado positivamente com a aliança terapêutica (H2). O estudo das hipóteses 1 e 2 permitiu confirmar que o tempo de acompanhamento médico é uma variável importante quer para a adesão terapêutica, quer para a aliança. Em conclusão, podemos dizer que o IAT-CS avalia a aliança terapêutica, tendo apenas em atenção os critérios teóricos da literatura, que serviram de referência à escala original. Concluimos ainda que não parece haver uma relação entre aliança e adesão terapêutica, tal como são percebidas pelos utentes dos nos cuidados de saúde primários, mas sim uma relação entre aliança e crenças. Por último, o nosso estudo sugere que quantos mais anos de acompanhamento médico do utente pelo médico de família, melhor é a aliança médico-paciente e a adesão terapêutica.

ABSTRACT

Doctor-patient relationship in medical intervention settings is understood as an important factor on the course of the treatment of individuals with health implications. In psychotherapeutic relations, one the most important relational factors is working alliance between psychotherapist and client. Only recently the idea of working alliance in medical contexts began to be research, specially with a focus in the relation with therapeutic adherence. This master dissertation aims to study the relationship between therepeutic alliance, treatment adherence and beliefs towards doctors and medicine in the standpoint of 207 users. in seven different Health Centers in the North region of Portugal. The data collection of this study happens in a single moment, when the patient goes to the health center to have an appointment with their family doctors. In this moment of assessment were administered, as instruments of measure, socio-demographic questionnaire, the *Working Alliance Inventory – Medical Settings*, Reported Adherence to medication Scale, and Attitudes Towards Doctors and Medicine Scale. The results of exploratory factor analysis of the IAT-CS (client) had made a distribution of items by factors little coherent theoretically. We decided, then to consider only the theoretical criterion for the definition of the sub-scales and analyze the internal consistency of the IAT-CS overall ($\alpha = 0,88$) and its subscales. Three items were excluded from the Objectives subscale (Items 9, 12 and 34), after we confirmed that its exclusion improves the value of alpha (0,92). The subscales with 33 items have an alpha of Bond with 0,84, Task 0,78, and Goals 0,73. In the terms of the study of the relation between therapeutic alliance and the others variables of interest in the research, our hypotheses were: the time of medical monitoring of the patient is positively related with therapeutic adherence (H1); the time for medical monitoring of the patient is positively correlated with the therapeutic alliance (H2). The study of the hypotheses 1 and 2 enabled to confirm that the time for medical monitoring is an important variable for both therapeutic adherence, or to the alliance. In conclusion, we can say that the IAT-CS evaluates the therapeutic alliance, only when we taking into account the criteria of theoretical literature, which served as a reference to the original scale. We concluded, as well, that there is any relationship between alliance and adherence, as perceived by users of the primary health care; there is in fact a relationship between alliance and patient's beliefs. Finally, our study suggests that medical monitoring of the patient over the years, increment the therapeutic adherence and working alliance between doctor and patient.

ÍNDICE

Agradacimentos	ii
Resumo	iii
Introdução	1
Parte I. Enquadramento teórico	6
Capítulo 1. Relação médico paciente	7
1.1.1. Comunicação e confiança médico paciente	9
1.2. Aliança terapêutica	12
1.2.1. Definição	12
1.3. Dimensões da aliança	14
1.3.1. Acordo em relação as tarefas	14
1.3.2. Acordo em relação aos objectivos	15
1.3.3. Qualidade do vínculo	15
1.4. Desenvolvimento da aliança e a sua relação com os resultados da terapia	16
1.4.1. Força da aliança	16
1.4.2. Evolução da aliança ao longo do processo terapêutico	18
1.4.3. Características dos parceiros	21
1.5. Instrumentos de avaliação da aliança terapêutica	22
1.6. Aliança nos contextos de saúde	24
Capítulo II. Adesão terapêutica	26
2.1. Definição de adesão terapêutica	26
2.2. Adesão vs não adesão	28
2.3. Modelos teóricos	32
2.3.1. Modelos biomédicos	32
2.3.2. Modelo operante e da aprendizagem social	33
2.3.3. Abordagens comunicacionais	33
2.3.4. Modelos de crenças da saúde	34
2.3.5. Teoria do sistema de auto-regulação	35
2.3.6. Teoria da acção ponderada	36

2.3.7. Modelo transteórico de mudança	37
2.3.8. Abordagem social cognitiva	39
2.4. Factores psicossociais	40
2.5. Instrumentos de avaliação da adesão	43
Capítulo III. Crenças acerca da medicina e dos médicos	46
3.1. Introdução	46
3.2. Tipos de orientação da intervenção médica	46
3.3. Crenças acerca da relação terapêutica a longo prazo	51
3.4. Satisfação dos utentes com os cuidados médicos a longo prazo	52
3.5. Tipos de custos associados com a relação a longo prazo	56
3.6. Expectativas dos utentes em relação as consultas	58
3.7. Percepção dos utentes em relação aos médicos e medicina	60
3.8. Síntese	65
Parte II. Estudo Empírico	69
1. Metodologia	69
1.1. Objectivos	70
1.2. Hipóteses	79
1.3. Caracterização da amostra	71
1.4. Instrumentos	75
1.4.1. Inventário da aliança terapêutica	75
1.4.1.1. Adaptação do inventário da aliança terapêutica para o contexto de saúde primário	79
1.5. Escala de adesão terapêutica	80
1.6. Escala de avaliação das atitudes face à medicina e aos médicos	80
1.7. Procedimentos	81
1.8. Análise de dados	82
2. Apresentação e discussão dos resultados	84
2.1. Procedimentos de análise de dados	84

2.2. Análise da validade de construto do IAT-CS	84
2.2.1. Análise da consistência interna	88
2.2.2. Análise da validade concorrente	88
2.3. Estudos das hipóteses formuladas no segundo estudo	91
3. Discussão dos resultados	95
4. Conclusão	101
4.1. Limitações da investigação	102
4.2. Sugestões para o futuro	103

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Correlações interclasse formadas no cluster das duas amostras para cada padrão	20
Quadro 2. Número de elementos da amostra por Centro de Saúde/ Unidade de Saúde Familiar	71
Quadro 3. Motivo da consulta dos elementos da amostra	72
Quadro 4. Anos de acompanhamento dos elementos da amostra pelo médico de família	73
Quadro 5. Regularidade das consultas dos elementos da amostra pelo médico de família	74
Quadro 6. Dados sócio-clínicos: médico de família, doença ou deficiência, medicação, tratamentos e recurso a médicos particulares	74
Quadro 7. Conjunto de estudos que apresentam a validação do WAI	76
Quadro 8. Cargas dos factores para os 36 itens do IAT	85
Quadro 9. Comparação dos Factores da Versão Portuguesa do IAT para contextos de saúde com aqueles da Versão Original e sua adaptação portuguesa	86
Quadro 10. Número de itens por factor, variância explicada por cada um dos três e alpha de <i>Cronbach</i>	87
Quadro 11. Número de itens por factor, variância explicada por cada um dos três e alpha de <i>Cronbach</i>	88
Quadro 12. Correlações entre as Escalas do IAT-CS e o total de adesão	89
Quadro 13. Matriz dos coeficientes de correlações de <i>Rho Spearman</i> entre as subescalas do questionário de adesão e aliança	90
Quadro 14. Matriz dos coeficientes de correlações de <i>Rho Spearman</i> entre as subescalas do questionário aliança e atitudes	90
Quadro 15. Matriz dos coeficientes de correlações de <i>Rho Spearman</i> entre aliança e anos de acompanhamento médico e regularidade das consultas	92
Quadro 16. Matriz dos coeficientes de correlações de <i>Rho Spearman</i> entre anos de acompanhamento e as subescalas de adesão e adesão total	93

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A relação terapêutica tem sido vista, recentemente, como uma variável importante nos resultados médicos/ clínicos. Inicialmente esta relação começou a ser estudada apenas tendo em consideração o papel do médico e da sua linha de orientação de acção médica (Kaba & Sooriakumaran, 2007; Mead & Bower, 2000). Estas linhas de orientação de acção médica são definidas por um conjunto de modelos teóricos, que parecem ser bastantes actuais e pertinentes, apesar de o seu estudo ainda se encontrar no domínio da investigação médica, mais exactamente nos “*grupos de Balint*” (Lourenço, 2008; Kroenke, 1998; Kaba & Sooriakumaran, 2007; Pereira Gray, Evans, Sweeney, Ling Seamark, Dixon & Bradley, 2003). Nesta relação são duas as variáveis que influenciam a satisfação dos utentes: a confiança (confiança no profissional) e a comunicação (Pereira Gray et al., 2003), querendo os utentes que os seus médicos sejam claros e eficazes na comunicação (Ward, Hill, Hale, Bird, Quinn, & Thorpe, 2007). Enaltecem igualmente capacidades de saberem ouvir (Rashid, Forman, Jagger & Mann, 1989), e de comunicação social, onde abordam as suas preocupações sócio-familiares (Tarrant, Windridge, Boulton, Baker & Freeman, 2003).

Devido à relevância da investigação sobre a relação médico-paciente, as investigações nos últimos 10 anos começaram a estudar a aliança terapêutica como uma variável que influencia a interacção médico-paciente. As pesquisas mostram que esta variável tem um impacto nos tratamentos médicos (Burns & Evon, 2007; Fuertes, Mislouck, Bennett et al., 2007; Gavin, Mead & Bower, 2000; Van Walsum, Lawson & Bramson, 2004; Wamboldt, Sorokin, Levy & Wamboldt, 1999).

A aliança terapêutica tem as suas origens nas perspectivas psicanalíticas, mas com nomes diferentes, entre eles, *therapeutic alliance* (Bordin, 1979; Bordin, 1994; Gelso & Carter, 1994; Henry & Strupp, 1994). Mas é só com o trabalho inicial de Greenson (1965 cit in Gaston, 1990) e mais tarde com o de Bordin (1979) que este construto começou a ser definido como aliança terapêutica (*working alliance*) e a diferenciar-se o seu carácter exclusivamente psicodinâmico. Bordin (1994), através do seu trabalho, apresenta um modelo de aliança que é considerado transteórico e o mais validado empiricamente (Golden & Rabbins, 1990; Horvath & Symonds, 1991; Safran & Wallner, 1991; Rector, Zuroff & Segal, 1999; Bachelor & Salamé, 2000). Para além disso, imensos estudos utilizaram este modelo para analisar o sucesso de

várias intervenções psicoterapêuticas (Calsyn, Klinkengerg, Morse & Lemming, 2006; Dundon, Pettinati, Lynch, Xie, Varillo, Makadon & Oslin, 2008; Pacheco, Costa & Figueiredo, 2003).

Nos contextos de saúde, a aliança terapêutica tem-se apresentado como uma variável relacionada significativamente com a adesão terapêutica e as crenças dos utentes (Burns & Evon, 2007; Fuertes, et al., 2007; Gavin, et al., 2000; Van Walsum, et al., 2004; Wamboldt, et al., 1999). Isto é, parece que quanto melhor é a aliança terapêutica, entre médico e paciente, melhor é a adesão dos utentes aos tratamentos estipulados. E, como a literatura científica demonstra, a adesão terapêutica dos utentes é um dos principais factores do sucesso do terapêutico (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001; Leite & Vasconcellos, 2003).

Contudo, a não-adesão terapêutica ocorre em 50% das intervenções médicas (Ockene et al., 2002) e é responsável por um desperdício anual de centenas de biliões de dólares (Vlasnik, Alliota & DeLor, 2005). Mas também por um aumento da mortalidade, morbidade e novas readmissões hospitalares (Baiardini, Braidó, Giardini, Majani, Cacciola, Rogaku, Scordamaglia & Canonica, 2006; Harrold & Andrade, *in press*; Jones, Butler, Thomas, Peveler & Prevett, 2006; Vlasnik et al., 2005). E, segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2003), esta realidade, associada à não-adesão, parece ser ainda mais preocupante nos países em desenvolvimento.

Um dos factores associados à adesão terapêutica é as crenças que os utentes têm em relação aos medicamentos e tratamentos (Klein e Gonçalves, 2005). Segundo as investigações existentes, levam a que os utentes deixem de cumprir com a prescrição médica (Vlasnik et al., 2005). Para além das crenças em relação aos medicamentos e terapêuticas existe também um conjunto de factores associados à adesão terapêutica, tais como, a relação entre o profissional médico e o utente; as crenças que os indivíduos possuem sobre a qualidade do atendimento/ consulta, mas também sobre a comunicação, o tempo dispensado da consulta, o atendimento, a acessibilidade, etc. (Bultzingslowen, Eliasson, Sarvimaki, Mattsson, & Hjortdahl, 2005; Broekmans, Dobbles, Milisen, Morlion, & Vanderschueren, *in press*; Leite & Vasconcellos, 2003; Kerse, Buetow, Mainous, Young, Coster & Arrol, 2004; OMS, 2003).

Através da presente investigação procuramos compreender a relação entre aliança terapêutica, adesão terapêutica e crenças face aos médicos e medicina nos

contextos de saúde primários. Num primeiro capítulo abordamos a relação médico-paciente e o seu impacto nos utentes. Apresentamos alguns modelos que explicam a relação médico-paciente. Para além disso, expomos a importância da confiança e comunicação e também da satisfação dos utentes com a relação com o seu médico e a continuidade dos cuidados. Ainda neste capítulo salientamos o papel importante da aliança terapêutica, como factor benéfico nos contextos terapêuticos. Apresentamos uma definição de aliança terapêutica, as suas dimensões, o impacto no processo da relação, os seus instrumentos de avaliação e sublinhamos que é um construto que pode e deve ser investigado nos *settings* médicos.

No Capítulo II centramo-nos na adesão terapêutica, factor importante e amplamente estudado na saúde. Para tal, expomos um conjunto de modelos teóricos que procuram estudar a adesão terapêutica. Apresentamos uma definição de adesão, transversal a todos os modelos apresentados, mas também dados estatísticos relacionados com esta variável e os custos associados. Referimos também os factores psicossociais associados à adesão e os instrumentos que existem para avaliar este construto.

No Capítulo III referenciamos as crenças dos utentes face aos médicos e à medicina. Descrevemos as crenças que os utentes possuem sobre as experiências e comportamentos relacionados com a relação terapêutica e a continuidade dos cuidados. Abordamos ainda a satisfação dos utentes com os cuidados e a relação com o médico e como esta pode ser influenciada pelas expectativas dos pacientes. Por último, neste Capítulo III, referenciamos as atitudes negativas dos utentes em relação ao médico e às crenças sobre a qualidade da consulta e do atendimento.

Na segunda parte da presente dissertação apresentamos e descrevemos a investigação que desenvolvemos, e que consistiu num primeiro momento, na adaptação do Inventário de aliança terapêutica para contextos de saúde, numa amostra de utentes de 7 Centros de Saúde da Região Norte. E num segundo momento num estudo correlacional entre variáveis relevantes no contexto da relação médico-doente e a aliança terapêutica. Na metodologia é feita uma caracterização da amostra que integrou o presente estudo. Para além disso, descrevemos as variáveis orientadoras da investigação, os instrumentos e procedimentos de recolha de dados que utilizamos para o efeito.

Os resultados obtidos na nossa investigação, apresentam as características psicométricas que nos foi possível analisar do Inventário da Aliança Terapêutica

adaptado aos contextos de saúde, ou seja a validade interna e concorrente do inventário global e das suas subescalas. Por fim, damos lugar à discussão dos resultados e às conclusões deste estudo.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE

Nos últimos anos a relação terapêutica estabelecida entre o médico e o doente tem vindo a ser entendida como uma componente relevante para o processo e resultado dos tratamentos médicos, à semelhança do que tem acontecido na história da psicoterapia. Embora ainda pouco estudada a relação médico-doente, esta tem sido conceptualizada de acordo com diferentes modelos orientadores da acção médica.

Segundo Szasz e Hollender (1956 cit in Kaba & Sooriakumaran, 2007) a relação médico-paciente pode ser classificada em três modelos básicos: 1) passivo/activo; 2) orientação de cooperação; 3) participação mútua. O modelo passivo/activo, caracteriza-se por uma relação de natureza paternalista, em que o paciente assume uma posição passiva, reflectindo uma experiência indefesa perante a doença e o médico, entendido como o especialista na doença, assume uma posição activa e directiva. No entanto de acordo com a perspectiva dos mesmos autores (idem), este modelo só faz sentido nas emergências médicas, situações em que a gravidade exige uma acção imediata e claramente directiva, onde a negociação relacional poderá ter muito pouca relevância. Assim, este tipo de relacionamento fornece ao médico total controlo da situação. O modelo activo-passivo, vigente durante séculos, começou a ser posto em causa nos finais do séc. XIX pelo surgimento das ciências sociais. A emergência da ideia de que o ser humano deve ser visto como um todo, com um papel central no seu desenvolvimento, suporta o pressuposto de que na relação médico doente, este deve ser entendido na sua globalidade, sendo que o médico deverá tornar-se consciente da personalidade e do contexto social do seu doente.

O modelo de Orientação de Cooperação, utilizado nas situações menos graves considera que o indivíduo, mesmo doente, tem sentimentos e aspirações sobre o tratamento. O paciente recorre à ajuda médica porque se encontra ansioso, com dor, sendo a disposição dos médicos para ajudar que os coloca numa posição de poder. É esperado que o médico dê orientações sobre o tratamento e que os pacientes sigam estas orientações (ibidem).

Por outro lado, o modelo de Participação Mútua é baseado na premissa da igualdade entre seres humanos, e defende que ambas as partes envolvidas na relação

têm poder, independência e satisfação. Este modelo é caracterizado por um grande grau de empatia da parte dos médicos, mas também por um enorme grau de responsabilidade da parte do paciente. (ibidem). Segundo Mead e Bower (2000), o modelo da Participação Mútua é chamado também de Modelo Centrado no Paciente, e pode ser descrito através de 5 dimensões, nomeadamente: 1) a perspectiva biopsicossocial segundo a qual os médicos não devem apenas centrar-se na questão biomédica da doença, mas ter em conta as inúmeras dificuldades que os pacientes trazem consigo para a consulta; 2) o paciente como pessoa, implicando que para compreender as doenças e aliviar a dor, os médicos devem, em primeiro lugar, compreender o significado da doença, vendo o paciente como um indivíduo vivo e contextualizado e não como um objecto, doença ou entidade (Mead & Bower, 2000; Ogden, 2000); 3) a partilha de poder e responsabilidade. O foco está no modelo mais democrático e igualitário na relação médico-paciente (Kaba & Sooriakumaran, 2007; Mead & Bower, 2000); 4.) a aliança terapêutica, que concentra aspectos essenciais na relação médico-paciente: a) a percepção do paciente da pertinência e eficácia das intervenções oferecidas; b) o acordo sobre os objectivos do tratamento; c) as componentes cognitivas e afectivas, tais como a ligação pessoal entre médico-paciente; 5. o médico como pessoa, segundo o qual o médico e o doente influenciam-se mutuamente e a sensibilidade e *insight* de ambas as partes podem ser utilizadas para objectivos terapêuticos (Kaba & Sooriakumaran, 2007; Mead & Bower, 2000).

A propósito da relação médico-doente, Balint (médico e psicanalista) um dos grandes impulsionadores do estudo desta relação (Kaba & Sooriakumaran, 2007), defendeu que os pacientes eram um fenómeno biológico e psicossocial e que o contexto social tinha um papel importante (idem). Balint advogou também que a relação emocional, que se desenvolve entre médico e paciente ao longo de inúmeros encontros, possui um papel importante no diagnóstico e no tratamento (ibidem). Considerou que as consultas médicas e individuais não se restringem apenas a um simples episódio, mas sim a um processo de consulta ao longo do tempo, em que a confiança do paciente no médico vai aumentando e permitindo assim ao profissional conhecer a personalidade do utente, o seu meio social e físico mas também a sua rede de relações e biografia. Isto permite ao médico melhorar a gestão do seu tempo, de forma a ser mais eficiente em cada nova consulta e responder melhor às necessidades dos seus pacientes. O paciente, segundo Balint, também tem oportunidade de desenvolver *insight* sobre as necessidades dos médicos (ibidem). A teoria de Balint

sugere que a relação médico-paciente seja um investimento mútuo no qual o tempo traz benefícios para ambas partes (ibidem).

1.1.1. Comunicação e confiança médico paciente

A capacidade de comunicação entre médico e utente permite uma maior familiaridade entre ambos, aspecto que é valorizado pelos próprios utentes (Pereira et al., 2003). A informação passada pelo médico deve ser clara e objectiva quer seja sob a forma oral como escrita, para que a comunicação entre ambos seja verdadeiramente eficaz (Ward et al., 2007). Por isso, a comunicação médico-paciente é colocada em relevo em vários trabalhos (Beker et al. 2003) como no estudo de Little e colegas (2001) em que este foi o único factor preditivo da satisfação ($\beta = 0.96$; 95% de intervalo de confiança 0.87 para 1.05; $p < 0.001$).

Já o estudo de Freeman e Richards (1993) afirma que a comunicação é um aspecto importante nos utentes que desejavam a continuidade dos cuidados, especialmente quando se compara estes com os que não desejavam. Anteriormente, já outros estudos salientavam a importância da comunicação interpessoal para os utentes de que é exemplo o estudo de Rashid e colegas (1989). Em 250 pacientes, 97% acharam que o seu médico sabia escutá-los, 91% referiram que os profissionais sabiam controlar o tempo de consulta, sem apressá-la e 94% mencionaram que os médicos sabiam explicar a totalidade das coisas. Mesmo doentes crónicos ou utentes com privação económica referem que as capacidades interpessoais e de comunicação (compreensão, empatia e compaixão) são as características que melhor definem um bom clínico (Infante et al., 2004; Mercer, Gawston & Bikker, 2007), juntamente com o confiar e acreditar nos utentes, não ignorar os problemas destes, respeitar e tratá-los como indivíduos (Infante et al., 2004)

O estudo de Infante e colegas (2004) salientou ainda que entre as características de um bom clínico geral se incluíam: a capacidade de efectuar um bom diagnóstico, os conhecimentos, curso e tratamento de uma condição crónica, ter uma abordagem holística, ter em consideração os utentes, acompanhar os utentes ao longo dos diferentes estádios de desenvolvimento da doença crónica, fornecer aos utentes conhecimentos de como gerir a condição médica, conhecer tudo sobre a condição médica dos utentes e ser capaz de encaminhar os utentes quando não conseguem corresponder às necessidades dos indivíduos.

Num estudo realizado por Love, Mainous III, Talbert e Hager (2000), variáveis como idade, número de visitas ao médico, saúde em geral, melhoramento da saúde, satisfação com a vida e a continuidade do cuidado correlacionaram-se significativamente com a comunicação médico-utente e influência dos utentes no tratamento. Ward e seus colaboradores (2007) observaram também uma correlação significativa entre as variáveis “boa” comunicação, a continuidade dos cuidados e a confiança no tratamento com experiências positivas de um bom relacionamento (Ward et al., 2007). Outros estudos, porém, demonstram que as capacidades de comunicação de um médico não são um factor decisivo para a continuidade dos cuidados (Pandhi e Saultz (2006).

A amizade com o médico também é muito importante, pois entre os utentes que consultam o mesmo clínico geral, este é visto como um amigo pessoal (cit in Pereira Gray et al., 2003, p 161). Esta afirmação poderá em parte ser explicada pelo valor que os utentes dão à partilha de experiências que ocorre nas relações longas (Baker et al., 2003; Mainous III et al., 2004). Nestes estudos verificou-se que a continuidade dos cuidados aumentava significativamente, especialmente quando existia uma relação médico-paciente com mais de 4 anos.

Segundo Pereira Gray e colegas (2003) entre a continuidade dos cuidados com um único médico e prevenção da saúde parece existir uma correlação positiva, Esta afirmação é sustentada por duas investigações realizadas na Austrália (Steven et al., cit. in Pereira Gray et al., 2003, p. 162). Estes autores demonstraram que os utentes que consultam um único médico a longo prazo são os que pedem mais exames de rotina, os que têm doenças crónicas e os que apresentam maior número de sintomas. Para além disso, verificou-se que a compreensão do cuidador se correlacionava com a relação entre médico-paciente. (Sturmberg et al., cit in Pereira Gray et al., 2003). Pereira Gray e colegas (2003) afirmam que a valorização da continuidade dos cuidados, com um único médico, para os utentes, oscilava entre os 79% e os 64%. Neste caso, a satisfação com a continuidade dos cuidados foi de 80% para utentes de grandes centros de clínica geral no estudo de Marsh e Kaim-Caudle (1976, cit in Pereira Gray et al., 2003, p. 162).

A confiança e satisfação dos utentes também se correlacionaram significativamente: quando não existe confiança no clínico geral poderão ficar afectadas as atitudes para com os outros profissionais de saúde. Num estudo em que os utentes foram aconselhados a deixar os seus clínicos gerais e que foram mais tarde

avaliados, observou-se que percepcionavam os cuidados de saúde como serviços de má qualidade (Floke et al., 1997 cit. in Pereira Gray et al., 2003). Também podemos verificar que quando existe oportunidade dos utentes em escolher os seus médicos e quando estes são motivados a efectuar uma escolha mais adequada, os níveis de confiança e satisfação são maiores (Krupat et al., 2004). Num estudo realizado por Berrios-Rivera e colegas (2006) com uma amostra de 102 utentes, verifica-se que uma melhor saúde e menores efeitos secundários estavam correlacionados com o aumento da confiança dos utentes nos médicos. Entre as características pessoais dos utentes, as mulheres latinas e afro-americanas e os homens apresentaram menores níveis de confiança, mesmo quando se controlavam os aspectos de comunicação.

A satisfação com a relação terapêutica também pode ser verificada em utentes que recorrem aos cuidados de ambulatório de cuidados primários (Fan e colegas, 2005; Rodriguez et al., 2007). Numa amostra de 21 689 utentes de uma região da Austrália, a satisfação com os cuidados associou-se significativamente com a continuidade dos cuidados. Isto é confirmado pela dimensão humanística do *Seattle Outpatient Satisfaction Questionnaire (SOSQ)*, em que os pacientes que eram seguidos continuamente pelo mesmo médico apresentavam maiores índices de satisfação (Fan e colegas, 2005). Noutra amostra de investigação com 14853 utentes, que tinham visitado os serviços 2 ou mais vezes nos últimos 6 meses, verificou-se que entre os pacientes com um relacionamento médico-paciente há pouco tempo, a continuidade das consultas influenciava muito a avaliação da qualidade da consulta (Rodriguez et al., 2007). Nomeadamente, verificou-se que a comunicação era boa, havia melhor conhecimento do utente, os utentes apoiavam a promoção da saúde e estavam dispostos a recomendar o médico a outros (Rodriguez et al., 2007). Mais, estes utentes eram os que apresentavam maiores auto-relatos de saúde, sendo que, a continuidade influenciava muito a avaliação que os utentes faziam da qualidade dos aspectos organizacionais. Foi ainda observado, neste estudo, que as avaliações dos pacientes com pior saúde, sobre o apoio dos médicos na promoção da saúde, se associaram muito significativamente com a descontinuidade das consultas ao médico habitual.

Ainda relativamente à qualidade dos cuidados primários, num estudo com 1068 utentes e 60 médicos de família, 245 médicos de clínica geral e médicos especialistas, verificou-se que não foram encontradas diferenças nas crenças e valores dos pacientes que recorriam aos médicos de clínica geral ou especialistas

(Grumbach et al., 1999). O que houve foi um maior evitamento em recorrer a um médico especialista nos utentes dos médicos de clínica geral. E que, no que concerne à satisfação dos cuidados e *performance* dos médicos, uma maior satisfação e percepção de melhores cuidados nos utentes dos médicos de clínica geral, quando comparados com os médicos de família, pois houve uma diferença significativa, entre médicos de clínica geral e de família, mais especificamente no que diz respeito à acessibilidade. Entre os três tipos, é com o médico de família que os utentes estabelecem uma maior relação interpessoal porque são estes que revelam ter um padrão mais compreensivo com os cuidados (Grumbach et al., 1999).

Nos últimos anos o foco de interesse na relação médico-paciente tem vindo a ganhar consistência, e a aumentar as referências na literatura teórica e empírica à aliança terapêutica¹ e seu impacto nos tratamentos médicos (Burns & Evon, 2007; Fuertes, et al., 2007; Gavin, et al., 2000; Van Walsum, et al, 2004; Wamboldt, et al., 1999). Apesar dos estudos centrados nesta variável relacional serem ainda escassos tendem a demonstrar que uma fraca aliança terapêutica é um factor de não adesão do paciente e da baixa satisfação com os tratamentos (Burns & Evon, 2007; Fuertes et al., 2007; Van Walsum et al., 2004).

1.2. ALIANÇA TERAPÊUTICA

1.2.1. Definição

A aliança terapêutica é um constructo que tem vindo a ser muito estudado no contexto da psicoterapia, como um dos factores comuns a todos os modelos teóricos e com forte impacto nos resultados dos tratamentos (Bordin, 1979, 1994; Horvath, 2001) Este construto tem a sua origem nas perspectivas psicanalíticas, sendo conceptualizado de modos distintos por modelos teóricos diferentes (Henry & Strupp, 1994). Zetzel (1956 cit in Henry & Strupp, 1994) desenvolveu o termo *therapeutic alliance*, em que a ideia principal é a transferência, a vinculação entre

¹ Horvath (2001) e Horvath e Luborsky (1993) aconselham, de forma a evitar confusões teóricas existentes, apenas utilizar a nomenclatura *aliança*. Por isso, decidiu que ao longo deste trabalho iremos seguir o conselho deste teórico e apenas empregar a terminologia aliança.

cliente e terapeuta, e vice-versa, mas também a identificação do cliente com o terapeuta (Bordin, 1979, 1994; Gaston, 1990; Gaston & Marmar, 1994; Gelso & Carter, 1994; Henry & Strupp, 1994). Anteriormente, Sterba, em 1934 (cit. in Bordin, 1979, 1994; Gaston, 1990; Gelso & Carter, 1994), afirmava já que para haver sucesso na psicoterapia o cliente teria que oscilar entre a experiência e a observação. Para além disso, para este autor, o funcionamento maduro do *ego* e uma identificação parcial do cliente com o estilo do trabalho do terapeuta iriam formar uma *aliança do ego* (Gaston, 1990). Luborsky, em 1976 (Horvath & Luborsky, 1993), apresenta nos seus trabalhos o termo *helping alliance*, em que o relacionamento entre terapeuta e cliente é definido como a experiência do cliente em receber ajuda (Henry & Strupp, 1994; Horvath & Luborsky, 1993; Horvath, 2001; Luborsky, 1994; Luborsky et al., 1996).

Greenson, em 1965, (cit in Gaston, 1990), sintetizando os trabalhos de Zetzel e Sterba, introduziu o conceito Aliança Terapêutica (*working alliance*), que consiste na capacidade do utente trabalhar em terapia mesmo durante os sentimentos afectuosos que direcciona ao terapeuta. Esta, segundo Greenson é a diferença entre transferência e aliança (Gaston, 1990). Ainda assim, há quem veja estas duas dimensões como independentes (Gaston, 1990; Gelso & Carter, 1994). Gaston (1990) apresenta a premissa de que as duas dimensões *working* e *therapeutic* da aliança, que tanta confusão tem provocado (Horvath, 2001, 2006), na verdade são interdependentes e que temos que ver os dois pontos de vista destas dimensões de forma integrada (Gaston, 1990) e multidimensional (Hersoug, Høglend, Mansen, & Havik, 2001). Os aspectos mais afectivos na colaboração do cliente, em direcção ao terapeuta, podem ser descritos como *therapeutic alliance* e os aspectos relacionados com as capacidades colaborativas, e que são direccionadas as tarefas terapêuticas, podem ser definidas como *working alliance* (Gaston, 1990).

Segundo Gaston, existem 4 dimensões na aliança, nomeadamente: 1) uma relação afectiva em direcção ao terapeuta por parte do cliente, que pode ser definida como *therapeutic alliance*; 2) a capacidade do paciente para trabalhar em terapia, que pode ser definida como *working alliance*; 3) o envolvimento afectivo e compreensão empática do terapeuta; 4) o acordo sobre as tarefas e objectivos do tratamento por parte de terapeuta e cliente (Gaston, 1990; Hersoug et al., 2001).

Apesar destas diferentes denominações e confusões (Gaston, 1990; Horvath, 2001), existem alguns aspectos que são comuns a todos eles (Henry & Strupp, 1994),

nomeadamente: a) as qualidades dos terapeutas no sentido de funcionarem como base para estabelecerem uma relação de ajuda; b) a aprendizagem de experiências de tolerância que ocorrem através do desenvolvimento de processos de imitação e identificação, e que são importantes para se criar um bom relacionamento entre terapeuta e cliente; c) as qualidades do cliente para confiar e a abertura para criar as fundações de um bom relacionamento; d) mas também, uma atitude colaborativa (Gaston, 1990; Horvath & Symonds, 1991); e) e uma capacidade de negociar, entre ambos, um acordo sobre a amplitude e profundidade da psicoterapia (Horvath & Symonds, 1991). Segundo Horvath e Greenberg (1989) Bordin, entre 1975 e 1980, define aliança terapêutica como uma acção conjunta, do cliente e do terapeuta, contra a dor, os comportamentos e os sentimentos de derrotismo do primeiro (Horvath, 1994). Isto implica que exista uma relação colaborativa (Horvath & Greenberg, 1989; Horvath, 1994), emocional (Horvath, 2001) e afectiva (Gelso & Carter, 1994) de forma a lidar com os comportamentos do cliente derrotista (Horvath & Greenberg, 1989; Horvath, 1994 Horvath, 2001). Para além disso, existem aspectos cognitivos, tais como, o consenso, o compromisso activo para os objectivos acordados e também os meios para atingir tais objectivos (Horvath, 2001). Esta definição implica que tenhamos que conceptualizar a aliança entre cliente e terapeuta como interdependente (Horvath, & Greenberg, 1989; Safran, et al., 1994), em que o sucesso de um implica o sucesso do outro (Horvath & Greenberg, 1989). Este modelo de aliança, sendo transteórico, é o modelo mais validado empiricamente (Golden & Rabbits, 1990; Horvath & Symonds, 1991; Safran & Wallner, 1991; Rector, Zuroff & Segal, 1999; Bachelor & Salamé, 2000) e é o mais utilizado para verificar o sucesso de várias intervenções psicoterapêuticas, como é o caso de, intervenção em toxicodependências (Dundon, et al., 2008), intervenções comunitárias, com perturbações mentais severas e consumo de substâncias (Calsyn, et al, 2006), mães adolescentes com sintomatologia psicológica (Pacheco, et al., 2003), e outros tipos de contextos (Fuertes, et al., 2007; Guédény, et al., 2005).

1.3. DIMENSÕES DA ALIANÇA

1.3.1. Acordo em relação às tarefas

A dimensão de acordo em relação às tarefas diz respeito à colaboração da díade terapêutica para a negociação das acções necessárias que levam à realização dos objectivos (Bordin, 1979; Horvath e Greenberg, 1989; Horvath & Luborsky, 1993; Johnson & Wright, 2002). As tarefas são diferentes conforme os modelos teóricos orientadores da psicoterapia, como por exemplo a associação livre e a atenção às experiências intrínsecas, nos modelos psicodinâmicas, ou então a auto-observação dos comportamentos ou os registos das situações de stress, nos modelos comportamentais (Bordin, 1979). Bordin (1979) afirma que o sucesso das psicoterapias depende da capacidade em ligar as tarefas aos objectivos pretendidos pelos clientes. Mais ainda, que numa relação eficiente dentro da terapia, verificamos a percepção da relevância e eficácia das tarefas para os terapeutas e clientes (Horvath & Greenberg, 1989; Horvath & Luborsky, 1993; Johnson & Wright, 2002), mas também, em cada um a responsabilidade em executá-las (Horvath & Greenberg, 1989). Existe a necessidade de ajustar as tarefas a um conjunto de características do cliente, nomeadamente, às expectativas acerca da terapia, ao estilo de vida e à concepção do mundo (Johnson & Wright, 2002).

1.3.2. Acordo em relação aos objectivos

O apoio mútuo e valorização dos objectivos entre o cliente e terapeuta caracterizam a força da aliança (Horvath & Greenberg, 1989; Horvath & Luborsky, 1993). Podemos definir objectivos como os alvos/metastas ou resultados esperados em psicoterapia, que foram acordados, estabelecidos mutuamente na terapia, entre terapeuta e cliente (Bordin, 1979; Horvath & Greenberg, 1989; Horvath & Luborsky, 1993; Johnson & Wright, 2002). Enquanto nos terapeutas os modelos teóricos definem os objectivos, nos pacientes é a sua experiência e a tentativa de a controlar que define os seus (Horvath & Greenberg, 1989; Horvath & Luborsky, 1993). Numa relação colaborativa, o investimento dos terapeutas em ajudar o cliente a atingir os seus objectivos terá que ser percebido pelos clientes (Johnson & Wright, 2002), pelo que os terapeutas precisam de ter em consideração o problema do cliente e não apenas a sua posição teórica como terapeuta (Johnson & Wright, 2002).

1.3.3. Qualidade do vínculo

Bordin (1994), afirma que é através das experiências de associação, entre cliente e terapeuta nas actividades partilhadas, que a relação terapêutica surge e cresce. Esta dimensão inclui questões como confiança mútua, aceitação e confidencialidade entre os parceiros (Bordin, 1979; Horvath & Greenberg, 1989; Bordin, 1994; Horvath & Luborsky, 1993), mas também o gostar, o respeito, o cuidar (Bordin, 1994; Horvath, 2001) e a preocupação (Johnson & Wright, 2002) são factores preponderantes.

Safran e colegas (1994) afirmam que existe um sistema de mediação entre as dimensões da aliança, pois a capacidade de negociação sobre as tarefas e os objectivos medeia não só a qualidade da ligação como também a qualidade desta ultima componente medeia as duas primeiras. Para além disso, o acordo mútuo das tarefas e objectivos implica que exista um controlo partilhado na *díade* (Bordin, 1994).

1.4. Desenvolvimento da aliança e sua relação com os resultados da terapia

1.4.1. Força da aliança

A qualidade da aliança tem sido relacionada positivamente com os resultados da psicoterapia (Bordin, 1979; Bordin, 1994; Dundon, et al., 2008; Horvath, 1994, 2001, 2006; Kivlighan & Shaughnessy, 2000). Numa meta análise de vários estudos efectuados entre 1980 e 1990 sobre a relação entre a aliança e os resultados psicoterapêuticos, Horvath e Symonds (1991), verificaram uma média da magnitude do efeito (*effect size*) de 0,26. Estes dados são apoiados pela meta análise mais recente de 79 investigações (Martin et al., 2000), com uma magnitude do efeito de 0,23 ($N = 261$, $SD = 0,20$) mas também uma relação entre aliança e resultados moderada ($\bar{R} = 0,22$), o que significa que, apesar da influência de alguns factores na qualidade da aliança (tipo de instrumentos para avaliar resultados e aliança, a altura em que foi avaliado a aliança, o tipo de tratamento fornecido, características pessoais, etc.), existe uma consistência significativa na relação entre aliança e resultados.

A aliança relaciona-se com factores como o apoio social (Mallinckrodt, 1996); as características interpessoais dos terapeutas e clientes (Horvath, 2001); as

características da terapia (Al-Darmaki & Kivlighan, 1993) e; as características do *setting* (Calsyn et al., 2006). Mallinckrodt (1996) analisou a relação entre aliança e apoio social, apoio social e sintomas psicológicos. Através deste trabalho, Mallinckrodt afirma que a aliança possui um papel importante mas indirecto na redução dos sintomas através dos efeitos mediadores do apoio social, quando este é melhorado. Dos 34 utentes que se encontravam em terapia de orientação breve, verificou-se que o apoio social era melhor quando a aliança melhorava (R parcial = 0.28, $p < 0.5$), e que existia uma relação significativa entre os níveis de sintomas psicológicos e o melhoramento do apoio social, sendo que os primeiros diminuem quando o último é melhorado ($R = 0,66$).

Correlações entre aliança e resultados psicoterapêuticos também foram encontradas em diversos estudos, nomeadamente: na investigação de Stiles, Agnew-Davies, Barkham & Shapiro (1998) apesar de só alguns aspectos da aliança se correlacionarem com os resultados terapêuticos; no estudo de Connors, Carroll, DiClemente e Longabaugh (1997) em que a aliança contribuiu de forma independente para os resultados terapêuticos na investigação de Cloitre, Stovall-McClough, Chemtob e Miranda (2004), em que a melhoria dos sintomas de stress pós-traumático de crianças abusadas foi previsível pela aliança estabelecida na fase inicial do tratamento [$R(30) = -0,46$, $p < 0,01$ e a magnitude do efeito de 0,47]; no estudo de Krupnick, Sotsky, Simmens, Meyer, Elkin, Watkins e Pilkonis (1996), em que diferentes formas de terapia (cognitivo-comportamentais, interpessoais, com gestão clínica com imipramina e gestão clínica com placebo), são influenciadas pela aliança, sugerindo que esta é um factor comum a todas. No estudo de Meyer, Pilkonis, Krupnick, Egan, Simmens e Sotsky (2002), com 151 utentes com depressão, os resultados positivos da terapia correlacionam-se igualmente com a qualidade da aliança [$\beta = 0,46$, $sr^2 = 0,20$, $T(148) = 6,64$, $p < 0,01$] e com as expectativas sobre o resultado do tratamento dos pacientes [$\beta = 0,21$, $sr^2 = 0,04$, $T(148) = 2,96$, $p < 0,01$], verificando-se que existe uma característica mediadora da aliança dos pacientes nas expectativas destes sobre os resultados do tratamento [$\beta = 0,47$, $sr^2 = 0,20$, $T(148) = 6,33$, $p < 0,01$]. Os estudos de Abougundia, Piper, Joyce e Ogrodniczuk, (2004) e Joyce, Ogrodniczuk, Piper e McCallum (2003) verificaram também que a aliança era uma variável moderadora da relação entre expectativas pré-tratamento, melhorias psicológicas e resultados terapêuticos, tanto em terapias breves, individuais como em grupo.

Rector e colaboradores (1999) afirmam que a aliança é percebida como um agente de facilitação da implementação das técnicas de intervenção. No seu estudo, cujo objectivo foi estudar a relação entre aliança e implementação das técnicas de intervenção (Rector et al., 1999) observou-se uma correlação significativa entre as dimensões tarefas/objectivos e a mudança das crenças disfuncionais. Entre as subescalas Tarefas e Objectivos, *Working Alliance Inventory* - WAI, e os totais da subescala mudança do *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS) a correlação foi de $F \text{ Mudança } (1.44) = 4,29, R^2 \text{ mudança} = 0.07, p < 0.5$ (idem). Ainda nesta pesquisa, entre os resultados do tratamento, aliança e mudanças cognitivas, de 47 pacientes com depressão e ansiedade, foi encontrado uma correlação significava [$DAS-CHANCE \times WAI_BOND, \text{Multiple } R = 0.77, R^2, CHANCE = 0.13, F CHANCE (1.40) = 6.25, p < 0.005$], o que leva a concluir que quanto mais forte a dimensão da ligação na aliança, maior é a redução das crenças disfuncionais, o que por sua vez leva a uma grande diminuição dos sintomas de depressão.

A relação da aliança com a diminuição da depressão também foi encontrada na investigação de Barber, Commolly, Crists-Christoph, Glades & Siqueland (2000), com 88 pacientes, diagnosticados com diversas psicopatologias e submetidos a grupos de 16, 20 ou 52 sessões, conforme a psicopatologia existente. Neste estudo, a aliança não se correlacionou com as mudanças na depressão, quando avaliada na fase inicial da terapia ($r = -0.10, ns$). Porém, quando a aliança era avaliada na 5ª e 10ª sessão, já se correlacionava com as mudanças residuais prévias da depressão [$r = -0.27 (N = 88, p < .05)$ e $r = -0.23 (N = 78, p < .05)$ respectivamente]. Para além disso, quando as mudanças prévias da depressão são parcialmente retiradas, a aliança previa significativamente uma mudança prévia na depressão em todas as sessões (Barber et al. 2000). Isto significa que os pacientes com aliança mais forte melhoram mais rapidamente nas sessões iniciais e apresentam maiores progressos na fase terminal (idem).

1.4.2. Evolução da aliança ao longo do processo terapêutico

Desde os primeiros anos da formação do constructo da aliança (Bordin, 1994) é reconhecido que a força da aliança sofre alterações ao longo do processo terapêutico (Fitzpatrick, Iwakabe & Staliks, 2005; Golden & Rabbins, 1990; Horvath

& Symonds, 1991; Kivlighan & Shaughnessy, 2000; Safran & Wallner, 1991; Safran, et al., 1994). Tensões (Bordin, 1994) ou rupturas (Safran, et al., 1994) podem ocorrer na fase inicial da formação da aliança (Bordin, 1994) ou no curso do processo, depois da aliança estar estabelecida (Golden & Rabbins, 1990; Horvath & Symonds, 1991; Kivlighan & Shaughnessy, 2000; Safran & Wallner, 1991; Safran, et al., 1994). Segundo Bordin (1994) esta tensão pode surgir em qualquer momento do processo terapêutico, e poderá depender da severidade da psicopatologia dos clientes, especialmente daqueles com dificuldades em estabelecer relações com os outros e a negociação dos objectivos e das tarefas, assume um papel importante na superação dessas tensões. Safran e colegas (1994) identificaram dois tipos de ruptura da aliança, nomeadamente: a) rupturas de confrontação, caracterizadas por comportamentos e afirmações de desagrado e agressividade em relação ao terapeuta e à terapia; b) rupturas de evitamento, caracterizadas por comportamentos e manifestações de afastamento em relação à tarefa do terapeuta e da terapia ou então mesmo distancionamento de uma experiência interna pessoal (e.g. acordo imediato com o terapeuta sem que haja exploração e elaboração, intelectualização, mudança de tópico, justificação, etc.).

Horvath e Symonds (1991) afirmam que a mudança na força da aliança durante o processo terapêutico passou a ser alvo de interesse de vários investigadores. Esta foi estudada em diferentes fases de forma a encontrar qual era a fase da aliança que melhor predizia os resultados: inicial, intermédia e terminal. Através da meta análise efectuada por Horvath e Symonds (1991), constatou-se que na fase inicial (primeiras 5 sessões) e terminal, as diferenças demonstradas pelos vários instrumentos de avaliação da aliança são mínimas. Contudo, quando se analisa as diferenças dos resultados dos instrumentos que avaliaram a fase intermédia do processo, verifica-se que existem diferenças significativas. Na fase intermédia do processo, a aliança é um fraco predictor dos resultados terapêuticos, o que pode acontecer devido às rupturas que acontecem na aliança durante esta fase. No entanto a investigação nesta área demonstra que quando as rupturas são resolvidas, esse processo é um dos melhores preditores dos resultados terapêuticos (Horvath & Marx, 1988; Safran & et al. 1990, citados por Horvath & Symonds, 1991). Golden e Rabbins (1990), tendo em conta os estudos anteriores que direccionavam para o facto de na fase intermédia da intervenção haver uma mudança na aliança, mas também de esta ser a melhor predictor de resultados terapêuticos, investigaram duas díades

terapêuticas ao longo do processo terapêutico, durante 12 sessões. A amostra foi constituída por dois utentes entre os 18 e 25 anos e um terapeuta, psicodinâmico, com larga experiência em psicoterapia. Ao longo das 12 sessões de intervenção, houve uma avaliação dos participantes. Para além disso, as sessões foram vídeo-gravadas para posterior análise. Estas 12 sessões foram divididas em 3 fases: 1) entre a 1ª e a 4ª sessões; 2) entre a 5ª e a 8ª sessões; 3) entre a 9ª e a 12ª sessões.

Foi averiguado, tanto no *Working Alliance Inventory-C* como na *The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale-C* (VPPS-C) que, na 2ª fase da intervenção os clientes demonstraram mais afectos, atitudes e comportamentos negativos em relação ao terapeuta. As fases 1ª e 3ª da intervenção foram pautadas por afectos, atitudes e comportamentos positivos em direcção ao terapeuta. Contudo, nas subescalas Tarefas e Objectivos da WAI-C, os valores mantiveram-se baixos ao longo das três fases, oscilando respectivamente, entre o positivo, o menos positivo e o mais positivo (alto-baixo-alto). Este padrão de aliança também foi testemunhado pelos observadores. Já a percepção dos terapeutas, ao longo da intervenção, aumentou (Golden & Rabbins, 1990).

Gelso e Carter (1994), tendo em conta o trabalho de Golden e Rabbins (1990) propõem, no desenvolvimento da aliança, um padrão de desenvolvimento curvilíneo (alto-baixo-alto), que seria uma característica de uma intervenção mais eficaz. No entanto, Heppner, Neville, Smith, Kivlighan e Gerhuny (1999) identificaram 3 tipos de padrão de desenvolvimento da aliança, a que mais tarde Kivlighan e Shaughnessy (2000) chamam de padrão de aliança estável (1), padrão de crescimento quadrático (2) e padrão de crescimento linear (3). Os três padrões, qualitativos, de desenvolvimento da aliança foram identificados através do estudo de Kivlighan e Shaughnessy (2000) nas duas amostras constituídas por 79 clientes.

Quadro 1.
Correlações interclasse formadas no cluster das duas amostras para cada padrão

Padrões de desenvolvimento da aliança	Valores
Aliança estável	0.97
Crescimento quadrático	0.99
Crescimento linear	0.99

A hipótese geral sobre o desenvolvimento da aliança terapêutica é que a força da aliança aumenta quando a ligação se fortalece e as tarefas e objetivos são definidos e acordados explicitamente. Neste estudo, as discussões teóricas sobre o desenvolvimento da aliança ao longo do curso da terapia foram confirmadas nas duas amostras da investigação, no padrão de desenvolvimento da aliança e crescimento linear. Já o padrão de aliança estável, na amostra 1 deste estudo, demonstrou dificuldades na construção de uma aliança suficientemente forte. Isto pode ser averiguado pelo número de desistências encontradas neste padrão de desenvolvimento da aliança.

Contudo, a relação mais significativa entre resultados do tratamento e o padrão curvilíneo do desenvolvimento da aliança ocorre no padrão crescimento quadrático, em que os melhores benefícios da terapia foram encontrados neste tipo de clientes (IPP, diferenças = 0.98, SE = 0.43, $p < 0.025$ e BIC, diferenças = -1.30, SE = 0.40, $p < 0.025$). Estes resultados podem significar que o processo de desenvolvimento da aliança, descrito por Bordin (1994) como uma ruptura/resolução que pode ser encontrado no crescimento quadrático e que os melhores resultados terapêuticos podem ser encontrados neste padrão de desenvolvimento (1994).

1.4.3. Características dos parceiros

Horvath e Luborsky (1993) afirmam que tanto as características pessoais dos terapeutas como as dos clientes influenciam a aliança. Entre as características dos pacientes, têm sido investigadas as características pré-terapia, designadamente, motivação, expectativas em relação à terapia, abertura, confiança (Horvath e Luborsky, 1993), relacionamento interpessoal, social e familiar (Al-Darmaki & Kivlighan, 1993; Horvath & Luborsky, 1993), mas também eventos de vida stressantes, severidade da psicopatologia, tipo de impedimento e qualidade de vinculação (Horvath & Luborsky, 1993). Já no que diz respeito aos terapeutas (Al-Darmaki & Kivlighan, 1993), a investigação relata a relação da aliança com as capacidades de comunicação e colaboração, empatia, abertura para o outro e exploração, experiência, treino, personalidade do profissional, processos interpessoais, (Horvath, 2001), mas também a percepção que os terapeutas têm sobre o tipo de vinculação dos clientes com os seus pais (Mallinckrodt, 1991).

Além das variáveis associadas aos participantes da terapia, a própria terapia também engloba variáveis que tendem a influenciar a qualidade da aliança (Al-Darmaki & Kivlighan, 1993), como sejam a interação entre a actividade técnica do terapeuta e as características pré-terapêuticas do cliente (Horowitz, Marmar, Weiss, et al., 1984 cit in Al-Darmaki & Kivlighan, 1993), ou os índices dos prognósticos e severidade dos sintomas do cliente no início dos tratamentos (Horvath & Luborsky, 1993).

1.5. Instrumentos de avaliação da aliança terapêutica

A aliança terapêutica tem sido avaliada por diferentes instrumentos construídos, na sua maioria por referência a um modelo teórico específico. A diversidade de definições teóricas de aliança é assim responsável pela variedade de instrumentos de avaliação da aliança, quase todos com versões relativas quer ao cliente, ao terapeuta e ao observador. Entre os vários instrumentos de avaliação de aliança apresentamos de seguida os que mais frequentemente são referidos na literatura sobre a investigação nesta área: *California Psychotherapy Alliance Scales – CALPA* (Gaston, 1991), *The Penn Helping Alliance Scales – PENN HAQ*, (Luborsky et al, 1996), *The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale - VPPS* (O’ Malley, Suh & Strupp, 1983) e *Working Alliance Inventory (WAI)* (Horvath & Luborsky, 1993). A versão mais estável para todos os instrumentos, a nível psicométrico, foi verificado nos terapeutas (r. 0.93) e a menos fiável (r. 0.82) é a versão dos observadores (Horvath e Symonds, 1991).

The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale - VPPS (O’ Malley, Suh & Strupp, 1983; Henry & Strupp, 1994), construída por O’Malley e seus colaboradores (1983), a partir do trabalho pioneiro de Gomes-Schwartz (1978), é composta por 7 subescalas, com a totalidade de 59 itens. Na investigação de validação deste instrumento realizada com 39 pacientes ao longo de 25 sessões, uma ou duas vezes por semana, as 7 subescalas apuradas foram as seguintes: 1) Participação do Paciente; 2) Hostilidade do Paciente; 3) Cordialidade e Simpatia do Terapeuta; 4) Atitude Negativa do Terapeuta; 5) Exploração do Paciente; 6) Exploração do Terapeuta; 7) Stress Físico do Paciente (O’Malley et al., 1983). Os valores psicométricos das subescalas, neste estudo de validação, foram, em média, para a consistência e fiabilidade de 0,90, para ambos (O’Malley et al., 1983).

O *Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II)* é a versão mais recente do *Penn Helping Alliance Questionnaire (PENN HAQ)* (Luborsky et al., 1996) e faz parte de um conjunto de questionários conhecidos por PENN (Horvath, 2001). Este instrumento de avaliação foi criado para avaliar a força da aliança. Enquanto a primeira versão era composta por 11 itens, esta nova versão é composta por 19 (tanto na versão paciente com terapeuta) que se apresentam numa escala de 6 pontos, tipo Likert. Na investigação de validação empírica, com 246 pacientes psiquiátricos, a consistência interna e fiabilidade, da média dos itens e da pontuação total foi de 0.64 na versão dos pacientes. Quanto à fiabilidade teste-reteste, foi de 0.78 para a versão paciente e 0.56 versão terapeuta. Por último, no que diz respeito à validade convergente, este instrumento, quando comparado com o *CALPAS*, apresenta correlações significativas (na versão paciente o valor médio foi de 0,545 e na do terapeuta de 0,70) (Luborsky et. al., 1996).

O *CALPAS* foi construído segundo o modelo teórico de Gaston (1991). Tanto a versão cliente e terapeuta são constituídas por 24 itens. No estudo de validação da versão paciente do *CALPAS* com 147 utentes em psicoterapia, a consistência interna foi de 0.83 e para as 4 subescalas esteve entre os 0.43 e os 0.73. Já a correlação entre as várias subescalas foi entre 0.32 e 0.62 (Gaston, 1991).

O *Working Alliance Inventory (WAI)* foi construído com o objectivo de testar o modelo transteórico de Bordin (Horvath & Greenberg, 1989; Horvath & Symonds, 1991). É constituído por 3 subescalas (Objectivos, Tarefas e Relação) e cada uma tem 12 itens, num total de 36, tanto na versão paciente, terapeuta e observador. É apresentado sob a forma tipo Likert, cotado numa escala de 7 pontos. O teste piloto do WAI (idem) foi realizado numa amostra de 29 sujeitos. O *alfa* de Cronbach encontrado foi de 0.93 (versão cliente) e 0.87 (versão terapeuta). É de salientar que a cotação inicial era de 5 pontos e não de 7, como acontece nas versões seguintes. Depois deste estudo piloto, efectuou-se um primeiro estudo numa amostra de 29 clientes-utentes (Horvath, 1981 cit in Horvath & Greenberg, 1989) com intervenções terapêuticas variadas. Para além da utilização do WAI, foi utilizado outro questionário para a validade convergente, o *Relationship Inventory - (RI)* de Barrett-Lennard. A fiabilidade do WAI foi para a versão paciente de 0.85 a 0.88 e na versão terapeuta situava-se entre 0.68 a 0.87 (Horvath & Greenberg, 1989). Posteriormente, Greenberg e Webster (1982; citados por Horvath e Greenberg, 1989, p227) apresentaram uma correlação forte, em 30%-40% dos clientes e 35% dos terapeutas,

com o RI na dimensão Tarefas. Em 1983, Moseley (cit in Horvath & Greenberg, 1989, p228) com 25 díades de vários tipos de intervenção, verificou que a fiabilidade para as dimensões Objectivos, Relação e Tarefas foi, respectivamente, de 0.92 (nas duas primeiras) e 0.89. Para além disso, neste último, o alpha encontrado foi de 0.93, (sendo, contudo, referente a 32 itens do WAI). Horvath e Symonds (1991) afirmam que entre as versões terapeuta e cliente, os valores da última parecem ser mais significativos na relação entre aliança e resultados do tratamento.

1.6. Aliança nos contextos de saúde

Bordin (1979) afirma que a aliança ocorre sempre que exista uma procura e oferta de ajuda, entre a pessoa que procura a mudança e a pessoa que oferece a mudança. Esta aliança proposta por Bordin (1979) emerge também nas relações de ajuda desenvolvidas nos contextos de saúde (Burns & Evon, 2007; Fuertes et al., 2007; Gavin, Wamboldt, Sorokin, Levy & Wamboldt, 1999; Van Walsum et al., 2004). Contudo, os estudos sobre esta variável em contextos de saúde são poucos (Fuertes et al., 2007).

Um dos primeiros estudos sobre a aliança em contextos de saúde foi o de Gavin e colegas (1999). A pesquisa destes autores ocorreu com 60 adolescentes com diagnóstico de asma severa, mas também, nos seus familiares e médicos especialistas. Os médicos relataram uma melhor capacidade de aliança com adolescentes mais velhos, o que os autores entenderam como podendo estar associado ao desenvolvimento das crianças (Gavin et al., 1999). Neste estudo, e de acordo com os relatos dos médicos, verificou-se uma associação positiva entre a aliança e o desenvolvimento da asma e a adesão ao tratamento. Para além disso, nas variáveis envolvendo os pais encontraram-se algumas associações interessantes: a) quando os pais apresentavam maior auto-estima, e melhor funcionamento familiar, a aliança criada entre os seus filhos e o médico era mais eficaz. Isto pode ser explicado pelo facto de a auto-estima dos pais poder servir como modelo para as crianças funcionarem de uma forma confiante com os médicos; b) quando os pais apresentavam pior funcionamento familiar (controlo do comportamento e envolvimento efectivo), os médicos relataram conseguir com estes (pais) uma melhor aliança.

Ainda ao nível de cuidados primários, mas desta vez investigando as relações nos cuidados pediátricos entre crianças, adolescentes, pais e profissionais de saúde, Ely, Leslie, Alexander e Reed (2005), utilizaram o “*Working Alliance Inventory for Chronic Care*” e concluíram que uma forte aliança terapêutica pode influenciar a prevenção da doença mas também a auto-gestão da saúde pelas crianças com doenças crónicas a longo prazo.

Fuertes e colegas (2007) estudaram também a relação médico-paciente em termos do constructo de aliança. Numa amostra de 118 participantes (51 homens e 67 mulheres) com doença crónica, designadamente, hipertensão, diabetes, asma, VIH e cancro, foram utilizados o *Working Alliance Inventory* (WAI-C), dois questionários de adesão (*Adherence Determination Questionnaire* e o *Treatment Adherence Self-Efficacy*), um de resultados médicos (*Medical Outcomes Study-20*) e um de satisfação (*Medical Patient Satisfaction Questionnaire*). Como resultados deste estudo, Fuertes e colegas (2007) afirmam que a aliança pode ser avaliada nos contextos médicos e que este constructo parece encontrar-se fortemente associado à adesão e satisfação do paciente mas também à satisfação com o tratamento, pois foram encontradas correlações entre aliança e diversas variáveis de saúde, designadamente: a percepção da utilidade do tratamento ($R = 0.63, p < 0.001$), a auto-eficácia ($R = 0.47, p < 0.001$) e a adesão ($R = 0.53, p < 0.001$). Para além disso, tanto a satisfação como a adesão aos tratamentos foi prevista pela aliança ($SB = 0.83, p < 0.001$ e $SB = 0.25, p < 0.005$, respectivamente).

Burns e Evon (2007) estudaram o processo terapêutico num programa de reabilitação cardiovascular, ao longo de uma intervenção que durou 12 sessões, numa amostra de 79 utentes cardíacos. Esta amostra foi avaliada em 3 momentos do processo: fase inicial, fase intermédia e fase terminal. Durante a reabilitação cardiovascular, os resultados mais saudáveis foram facilitados pela aliança entre utentes e profissionais de saúde. Foram encontradas correlações entre factores psicossociais e esforço durante exercícios independentes, com as dimensões das tarefas e dos objectivos ($F [2, 156] = 23, 79, p < 0.01$). Também a aliança foi capaz de prever mudanças nos exercícios de *fitness* cardiorespiratório e perda de peso ($F [2, 156] = 14.55, p < 0.01$). A variável regresso ao trabalho também se correlacionou com as dimensões tarefas e objectivos e com auto-eficácia (*Cochran Q* [$2, N = 79$] = 18.67; $p < 0.01$).

Um outro contexto de saúde, onde a aliança tem sido alvo de interesse é o da reabilitação neuropsicológica (Prigatano et al., 1994 cit in Schönberger, Humble & Teasdale, 2006a, 2006b). Especialmente a relação da aliança com outras variáveis como o resultado terapêutico, o emprego, a complacência (Schönberger, Humble & Teasdale, 2006a) e o estado de consciência dos utentes (Schönberger, Humble & Teasdale, 2006a; Schönberger e colegas (2006b) num estudo que realizaram sobre a relação entre aliança, complacência e resultados do tratamento, com 98 utentes que estavam inseridos num programa de reabilitação neuropsicológica, verificaram que a aliança apresentava valores diferentes nos dois técnicos do programa (neuropsicólogo e terapeuta ocupacional), sendo que a aliança era classificada como boa apenas no neuropsicólogo. Para além disso, averiguou-se que, segundo a perspectiva dos terapeutas, existe uma correlação significativa entre aliança e complacência, pois sempre que os utentes apresentavam não complacência tinham sido classificados como não tendo uma boa aliança (Schönberger et al., 2006a). Isto também quer dizer que a definição da qualidade do trabalho dos terapeutas passa pela existência de uma boa relação terapêutica. É de salientar também que a aliança era um bom predictor do retorno ao trabalho e do estado de saúde dos utentes após o *follow-up*. Contudo não era um bom predictor da actividade física (idem).

No que concerne à relação entre aliança e estado de consciência verificou-se que no estudo de Schönberger, Humble & Teasdale (2006b), a consciência é uma variável mediadora da relação entre aliança e complacência (Schönberger et al., 2006b) Ainda neste estudo, algumas dimensões da aliança, avaliada na perspectiva dos terapeutas, se correlacionaram com alguns resultados terapêuticos, nomeadamente a dimensão objectivos apresentou uma correlação com a redução dos problemas somáticos ($R= 0,28$, $n = 65$, $p <0.05$) e comunicativos ($R= 0.29$, $n = 65$, $p <0.05$), avaliados pelo *European Brain Injury Questionnaire (EBIQ)*. Já as outras dimensões da aliança, tarefas e vínculo, se relacionaram com as melhorias das interacções sociais e independência pessoal ($R=0.29$, $p <0.05$, $R= 0.39$ e $p <0.01$, $R=0.31$, $p <0.05$, respectivamente). Por último, a ligação entre cliente e terapeuta, avaliada pelos clientes, foi predictor da diminuição dos sintomas depressivos ($R= 0,68$, $n= 43$, $p <0.001$) (Schönberger et al., 2006b).

CAPÍTULO II. ADESÃO TERAPÊUTICA

2.1. Definição de adesão terapêutica

Nesta área de investigação da saúde existem vários modelos ou nomenclaturas para descrever os factores que facilitam a toma dos medicamentos ou o seguimento de um tratamento, nomeadamente adesão, complacência, auto-medicação, auto-regulação, concepção e concordância (Brawley & Culos-Reed, 2000; Trostle, 2000). Um dos grandes problemas é a confusão que advém da variedade dos termos e das definições, pois a maioria dos investigadores ora estão a utilizar complacência ora empregam adesão (Bauman, 2000; Brawley & Culos-Reed, 2000; Leventhal, & Cameron, 1987; Riekert, & Drotar, 2000).

Complacência foi o primeiro modelo a ser utilizado (Rand, 2005; Trostle, 2000), e este pode ser definido pela existência ou não de um seguimento dos conselhos dos profissionais de saúde, sem críticas e sem pôr em causa o tratamento (Bauman, 2000; Trostle, 2000). Este modelo preconiza que existe um papel passivo do utente e comportamentos de obediência às recomendações médicas (Bauman, 2000; Leite & Vasconcellos, 2003; Trostle, 2000), assim como a coincidência entre os comportamentos do utente e os conselhos médicos (Patel & David, 2007). Isto implica ainda dois aspectos importantes, nomeadamente: a) os utentes apenas têm que ser responsáveis em seguir os conselhos médicos e; b) existência de numa atitude paternalista dos médicos (Patel & David, 2007), isto é, uma relação vertical entre profissional de saúde e utente (Bauman, 2000). Concordância, pode ser definida como um processo de negociação que decorre da aliança terapêutica, em que existe respeito mútuo e acordo sobre os objectivos do cliente e do médico (Patel & David, 2007). Adesão implica uma perspectiva mais motivacional, em que a vontade dos indivíduos é o mais importante para a modificação de comportamentos (Brawley & Culos-Reed, 2000).

O modelo ou nomenclatura mais utilizado recentemente (Organização Mundial de Saúde – OMS, 2003; Patel & David, 2007; Trostle, 2000), e mais empregue em Portugal, é o de adesão (Klein & Gonçalves, 2005; Pereira & Silva, 2002). Este modelo vê o indivíduo como um agente activo na sua saúde; que tem o poder de decidir se quer ou não seguir uma recomendação terapêutica (Leite &

Vasconcellos, 2003; Trostle, 2000; Vlasnik, Aliotta e DeLor, 2005) em existe uma relação horizontal entre profissional de saúde e utente (Bauman, 2000). Para além disso, os valores e crenças dos utentes sobre a saúde, doença e tratamento assumem um papel fulcral no modelo de adesão (Leite & Vasconcellos, 2003) para que este seja considerado um processo comportamental complexo e dinâmico (Vlasnik, et al., 2005).

Trostle (2000) afirma que o termo adesão não difere muito de complacência, pois a fidelidade ao regime médico continua a ser o foco principal. Porém, não é só o regime médico que é o alvo de preocupação na saúde, existe ainda todo o tipo de comportamentos que põem em risco a saúde de um indivíduo e a eficácia de um tratamento médico, tais como, deixar o hospital antes de acabar o tratamento, não utilizar cinto de segurança ao conduzir, envolver-se em comportamentos de risco (Fiese & Wamboldt, 2003; Lee, Grace & Taylor, 2006; Leventhal & Cameron, 1987; Ockene, Haman, Pasternak, Schron & Dunbar-Jacob, 2000; Pulcini, Pradier, Samat-Long, Hyvernat, Bernardin, Ichai, Dellamonica & Roger, 2006; Trostle, 2000). Porém, em alguns utentes, como crianças, os conceitos básicos da adesão, isto é, responsabilidade, racionalidade e controlo inerente, não se aplicam (Trostle, 2000). Outra crítica aos modelos de complacência e a adesão assenta na ideia de correrem o risco de se tornar uma ideologia (Trostle, 2000), em que não existe respeito pela decisão e opção dos indivíduos. Estes partem do princípio que os profissionais de saúde é que têm a razão do seu lado, dado serem os especialistas, e que determinado tratamento é o mais adequado para determinada doença e para o indivíduo (idem), assim como por ser um tratamento apoiado nas propriedades dos produtos químicos (ibidem). Em tom provocatório, Trostle (2000) afirma que o interesse dos investigadores sobre a adesão e complacência tem sido fortemente influenciado pelas indústrias farmacêuticas, com o único objectivo de venda do seu produto e obtenção de maiores ganhos monetários.

Nos últimos anos, a investigação começa a focar-se também nos tipos de adesão, nos instrumentos que avaliam este construto, nas estratégias de intervenção para aumentar a adesão e na criação de modelos teóricos que guiam a investigação e a intervenção (Brawley & Culos-Reed, 2000).

2.2. Adesão vs não adesão

Podemos questionar-nos sobre quando é que podemos considerar que determinado comportamento é adesão² ou não? Entre os vários autores existe um consenso acerca de quando é que podemos considerar que houve um comportamento de adesão. Geralmente quando ocorre 80% da utilização da medicação prescrita ou outros procedimentos propostos (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001; Leite & Vasconcellos, 2003). Contudo existe alguma variação nesta definição, devido à ênfase no utente ou ênfase nos factores externos a este, tais como, factores sociais e culturais (e.g. rendimentos económicos, escolaridade e meio social, cultura) (Leite & Vasconcellos, 2003).

A não adesão pode ser definida como erros na dosagem ou na temporalidade da medicação, intencionais ou acidentais (Bauman, 2000; Patel & David, 2007), mas também nas faltas às consultas, no deixar ou parar prematuramente as consultas e, ainda, nos comportamentos de mudança errados ou mesmo não implementados (Bauman, 2000; Klein & Gonçalves, 2005; Vlasnik, et al., 2005). Estes comportamentos, de não adesão, podem ser agrupados em duas características, nomeadamente, comportamentos inadvertidos e comportamentos volitivos, que segundo Bauman (2000), podem ocorrer, os dois, em tempos diferentes. A não adesão volitiva caracteriza-se por existir uma escolha razoável para não cumprir com os conselhos dos profissionais de saúde, mesmo quando os indivíduos ouvem e compreendem as sugestões profissionais. A não adesão inadvertida é considerada a mais comum entre os indivíduos, em que o tratamento e conselho médico são percebidos pelo utente como devendo ser seguidos sem falhas, embora não o sejam. A não adesão inadvertida pode ser dividida em três tipos de indivíduos, designadamente: 1) falha pontual na medicação, mas que o indivíduo se encontra satisfeito com a medição e que podem apresentar uma baixa motivação para mudar a adesão; 2) esforço e comportamentos nos indivíduos, para aderirem aos conselhos e medicamentos e que apresentam uma alta motivação para melhorar a adesão; 3) não compreensão ou informações erradas sobre o tratamento por parte dos doentes, que quando questionados sobre a adesão apresentam relatos que fazem supor a realização do comportamento desejado pelos médicos (Bauman, 2000).

² Como em Portugal emprega-se o termo adesão, nós iremos utilizar o mesmo termo, mesmo quando nos estudos e investigações nesta área referirem ora complacência ora adesão. Ver o caso do artigo de Leventhal e Cameron (1987) que em determinados momentos escreve, no mesmo parágrafo complacência e adesão

Para estes tipos de não adesão, os autores identificam três factores que podem ser agrupados da seguinte forma: 1) características dos indivíduos, como o esquecimento, os problemas sensoriais, as capacidades mentais e funcionais pobres, a baixa qualidade de vida, o stress, etc.; 2) características do desenvolvimento, onde a adesão das crianças pode ser influenciada pelos vários estádios de desenvolvimento; 3) características dos profissionais e do sistema, tais como a acessibilidade ao serviço, o treino dos profissionais, as pressões organizacionais e as satisfações com trabalho (ibidem).

Por seu lado, no que diz respeito à não adesão volitiva, a literatura identifica alguns factores de risco que podem ser agrupados em 7 grupos, nomeadamente: 1) dificuldade e disruptividade dos regimes médicos, em que os utentes acham que o tratamento impõem restrições ou alterações muito grandes na sua qualidade de vida; 2) cepticismo acerca da eficácia dos medicamentos, associado a crenças de que os tratamentos não são eficazes; 3) vivência de efeitos secundários, em que os utentes deixam de continuar o tratamento devido aos efeitos secundários dos medicamentos; 4) crenças, medos e preocupações, como as crenças que os indivíduos têm sobre os medicamentos e doenças, as expectativas negativas ou positivas mas também ao tipo de relacionamento com os cuidadores; 5) custos com o tratamento, em que os indivíduos de baixos rendimentos geralmente têm que optar em fazer um tratamento ou restringir as suas necessidades mais básicas; 6) negação do diagnóstico, em que a não-aceitação do diagnóstico pode ocorrer e influenciar a adesão; 7) prática da prescrição dos médicos, que diz respeito aos erros de prescrição mas também aos maus diagnósticos dos médicos (idem).

Segundo Bauman (ibidem), tanto a não adesão volitiva como a inadvertida apresentam ambos factores comuns às características dos profissionais e do regime médico. Investigadores, tais como Ockene e colegas (2002), também mencionam a existência de adesão pobre ou fraca, quando os indivíduos apresentam comportamentos de adesão a um tratamento, mas não conseguem obter benefícios esperados. Este fenómeno, segundo os mesmos investigadores, ocorre em 50% dos casos.

Geralmente associado à má adesão terapêutica podemos encontrar novas readmissões hospitalares, maiores custos financeiros e aumento da morbilidade e mortalidade (Baiardini, et al., 2006; Harrold & Andrade, *in press*; Jones, et al., 2006; Vlasnik et al., 2005). Só nos EUA, anualmente, a não adesão, é responsável por uma

perda de 300 bilhões de dólares no sistema de saúde (Vlasnik, et al., 2005). No caso de diabetes tipo II, existe um desperdício anual de 29 bilhões de dólares e um aumento entre 3-5% de risco em desenvolver doenças cardiovasculares no futuro. Na asma, em que apenas 45% dos utentes apresentam uma “ótima” adesão terapêutica (Vlasnik et al., 2005). Na dor crónica, a não adesão varia entre os 7,7% e os 52,9% (Broekmans, Dobbles, Milisen, Morlion & Vanderschueren, *in press*). A não adesão é também responsável por 10% das admissões hospitalares (Vlasnik, et al., 2005) e por maiores taxas de visitas às emergências (Fiese & Wamboldt, 2003; Olfson, Mechanic, Hansell, Boyer, Walkup & Weiden, 2000), sendo em alguns casos específicos, como as doenças cardiovasculares, responsável por 64% das readmissões (White, 2005), ou na asma infantil, por 52% (Bender, Milgrom & Apter, 2003), ou ainda, na doença pulmonar obstrutiva crónica, que apresenta uma não adesão de 50% (Rand, 2005). Já Dunbar-Jacob e Mortimer-Stephens (2001), numa meta-análise de adesão na doença crónica, a não adesão ocorreu em 60% dos indivíduos. Para além disso, a não adesão não acontece apenas nas doenças físicas (Cramer & Rosenheck, 1998 cit in Van Dulmen, Sluijs, Van Dijk, Ridder, Heerdink & Bensing, 2007), acontece ainda nas doenças psiquiátricas (42%), sendo que só na depressão a não adesão é 35%. Contudo, a prevalência da adesão pode variar imenso devido a diversos factores já referidos (e.g. tipo de doença, idade), mas também devido aos grupos-alvo e tipos de investigação da sua ocorrência (Vlasnik, et al., 2005).

Numa meta-análise efectuada sobre 63 estudos, a não adesão ocorreu em 26% das investigações (Harrold & Andrade, *in press*), indicando que nos países desenvolvidos uma média de 50% de indivíduos com doenças crónicas não aderem ao tratamento (OMS, 2003). Entre estes, o estudo de Brand, Smith e Brand (1977) onde a não adesão a uma ou mais instruções médicas ocorreu em 35,6%; no estudo de Gilmer, Dolder, Lacro, Folsom, Lindamer, Garcia & Jeste (2004) a não adesão foi de 24%, a adesão parcial foi de 16% e o consumo excessivo foi de 19% numa amostra psiquiátrica; na investigação de Sajatovic, Bauer, Kilbourne, Vertrees & Williford (2006) a adesão sucedeu em 78% dos utentes; no estudo de Jones e colegas (2006) a adesão foi de 41% dos utentes com epilepsia. Entre as doenças com maior taxa de adesão destaca-se a doença intestinal, hipertensão, hipercolesterolemia e apneia do sono (DiMatteo, Giordani, Lepper & Croghan, 2002).

Segundo Brawley & Culos-Reed (2000) não existem modelos *per se* da adesão; o que existe são tentativas de prever a variabilidade dos comportamentos

de adesão, e é neste sentido que os modelos e as teorias de adesão são importantes, pois tem o papel para a previsão, explicação e compreensão da adesão (Brawley & Culos-Reed, 2000). Qualquer modelo ou teoria de adesão terá que ter em conta algumas características fundamentais, nomeadamente: 1) o foco nas variáveis ou processos de mudança; 2) na tentativa de descrever de uma forma adequada quais as relações que podem causar a mudança; 3) identificação de determinantes cognitivos e comportamentais que possam ser aplicados em programas de intervenção; 4) ter como base uma enorme quantidade de pesquisa; 5) meios de detectar as fontes das intervenções que falham (idem).

2.3. Modelos teóricos

Leventhal e Cameron (1987) afirmam que existem 5 abordagens teóricas nos estudos da adesão, nomeadamente: 1) o modelo biomédico; 2) o modelo operante de aprendizagem social; 3) a teoria das crenças racionais; 4) os modelos de comunicação; 5) a teoria de auto-regulação.

O que varia nestes modelos é a ênfase que se dá a determinados aspectos, designadamente: as cognições da doença; a percepção de risco; a motivação para se conformar; a selecção e a aquisição de comportamentos de *coping*, mas também nos processos e avaliação (Leventhal & Cameron, 1987).

2.3.1. Modelo biomédico

O modelo biomédico é o mais antigo nas ciências da saúde e parte do princípio que existe um agente externo (germe, micróbio) que vai actuar no corpo humano, causando assim doenças. Este modelo interessa-se pela parte biológica do indivíduo e pelo controlo dos agentes externos. O utente é visto, neste modelo, como um agente passivo que apenas tem que obedecer às recomendações médicas. As perturbações da personalidade são, para este modelo, o único factor para a não adesão, como nas características da personalidade do utente e não nos processos cognitivos, nos factores situacionais e ambientais. Porém, segundo Leventhal e Cameron (1987), através de várias investigações que se basearam neste modelo, demonstrou-se que as características demográficas e da personalidade não estão relacionados com a não adesão. Outra contribuição deste modelo é que as

características da doença (e.g. severidade), dos regimes terapêuticos e efeitos secundários dos medicamentos podem ser factores de risco para a não adesão (Leventhal & Cameron, 1987). Por último, este modelo também contribui para a criação de instrumentos de avaliação do fenómeno de adesão. Contudo, este modelo não dá valor aos aspectos psicológicos, nem factores cognitivos, que se encontram associados à adesão e aos factores relacionados com os serviços de saúde e com os profissionais de saúde (ibidem).

2.3.2. Modelo operante e da aprendizagem social

O modelo operante e o modelo da aprendizagem social são dois modelos que surgiram quando os investigadores deixaram de se interessar pelas características dos utentes e passaram a interessar-se pelos comportamentos necessários para existir adesão, quais os estímulos que existem, os reforços, os padrões de comportamento, o automatismo depois do treino e repetição (ibidem). Os maiores contributos deste modelo são a possibilidade de aumentar os comportamentos de adesão através da utilização de estratégias e técnicas altamente estruturadas (Bennett & Murphy, 1999; Leventhal & Cameron, 1987). Contudo, estas estratégias e técnicas só funcionam em situações em que é necessário trabalhar a automatização e o hábito de comportamentos. No entanto, este modelo falha em explicar porque os comportamentos adquiridos não se mantêm a longo prazo. (idem), tais como, em programas de modificação de estilo de vida a longo prazo verifica-se muitas situações de recaída.

2.3.3. Abordagens comunicacionais

As abordagens comunicacionais têm como ideia de base a existência de uma relação de poder entre o utente que procura informação e o profissional que fornece a informação, o conselho terapêutico. Quatro etapas são necessárias, segundo este modelo, para haver adesão, nomeadamente: 1) geração da mensagem através da elucidação dos objectivos específicos e quais as formas de os atingir; 2) recepção da mensagem na população alvo; 3) compreensão da mensagem; aceitar ou acreditar no conteúdo da mensagem; 4) acção de conformação (Bennett & Murphy, 1999; Leventhal & Cameron, 1987).

Segundo este modelo, a informação permite aumentar adesão quando esta é vinculada pelo profissional, através da persuasão, mas também da empatia, da simpatia, do interesse e da preocupação. Para além do profissional, os serviços de saúde e outros serviços comunitários têm um papel importante na recepção, na compreensão e na retenção da informação para comportamentos de adesão (idem).

2.3.4. Modelo de crenças da saúde

O modelo de crenças da saúde apoia-se na ideia que processos de pensamento lógicos e objectivos determinam o comportamento dos seres humanos, que os indivíduos modificam os seus comportamentos de forma a preservar a sua saúde, quando efectuam uma análise dos riscos ou benefícios mas também das consequências de diversos comportamentos (Bauman, 2000; Bennett & Murphy, 1999; Leventhal & Cameron, 1987). O indivíduo tem um papel activo no seu comportamento de adesão (Bauman, 2000). Na base dos comportamentos existe 5 dimensões básicas, que não são independentes: 1) percepção da probabilidade de ameaça; 2) percepção da severidade da ameaça mas também de uma avaliação da severidade, tanto na saúde como socialmente; 3) percepção dos benefícios, viabilidade e a eficácia de um determinado comportamento de saúde; 4) percepção das barreiras que impedem a modificação de comportamentos (Bauman, 2000; Leventhal & Cameron, 1987; Reach, 2004); 5) motivação para a saúde (Bennett & Murphy, 1999).

A percepção de risco e modificação do comportamento é um produto das duas primeiras dimensões. O produto das dimensões seguintes é a avaliação dos custos e benefícios dos comportamentos a mudar e das acções necessárias para obtê-los (Leventhal & Cameron, 1987). A teoria das crenças da saúde refere-se também à existência de pistas para a acção que são os estímulos internos e externos (Bennett & Murphy, 1999; Leventhal e Cameron, 1987). Para além disso, não descartam a presença de factores demográficos, sociais, psicológicos e da doença que podem ter um efeito moderado na adesão (Leventhal e Cameron, 1987). Entre as dimensões deste modelo, a investigação tem demonstrado que apenas um factor é um bom predictor de acções de saúde: a percepção das barreiras. Contudo, Leventhal e Cameron (1987) afirmam que as outras dimensões podem estar a ser subestimadas pelo interesse dos investigadores na percepção das barreiras. De acordo com este

modelo, a percepção de risco é formada através da combinação das crenças da vulnerabilidade e da severidade.

Porém, na consideração da percepção de risco, os indivíduos podem nem recorrer às crenças referidas anteriormente, pois existem outros factores, tais como os conselhos e opiniões de outros, mensagens e imagens repetitivas e de grande impacto (idem) que podem influenciar a adesão. Para além disso, existem factores responsáveis pela motivação dos indivíduos para mudar, tais como, a percepção das normas sociais, que podem ter um papel importante no comportamento desejado. Este modelo, também só se interessa pelos mecanismos de *coping*, especialmente quando funcionam como barreiras para a percepção do risco. Mais, não têm em consideração os comportamentos automáticos mas apenas os conscientes. Por último, este modelo falha em não considerar o comportamento de adesão ao longo do tempo e sim apenas num determinado ponto de tempo (ibidem).

2.3.5. Teoria do sistema de auto-regulação

A teoria do sistema de auto-regulação defende a ideia de base que os indivíduos têm um papel activo no seu estado actual de saúde assim como nos objectivos para a mudança (Leventhal & Cameron, 1987). Através das representações cognitivas do estatuto de saúde e objectivos para a mudança, assim como através dos planos para mudar os comportamentos e das técnicas que avaliam os progressos da mudança, emergem os comportamentos de adesão nos indivíduos. Três estádios de resposta à doença foram identificados pelo modelo de auto-regulação do comportamento da doença de Leventhal, designadamente: representação cognitiva da ameaça; implementação do plano de acção para lidar com a ameaça e; avaliação dos resultados do plano da acção. Paralelamente a estes 3 estádios e interagindo dinamicamente com eles, existem processos cognitivos e reacções emocionais associadas (idem)

Leventhal e Cameron (1987) afirmam que os estímulos ambientais e os estímulos intrínsecos actuam no sistema de auto-regulação, no sistema cognitivo de *coping* com as ameaças percebidas e no sistema paralelo de gestão das emoções. Estes autores (idem) sublinham a importância das memórias episódicas das doenças anteriores, e as memórias semânticas, pois consideram que a partir delas os indivíduos constroem representações da doença, planos de *coping* e os processos de

avaliação. Como no caso dos indivíduos que efectuam quimioterapia, a experiência e memória dos enjoos e vômitos durante o tratamento provoca enjoos e vômitos antecipatórios (ibidem). Segundo este modelo, as discrepâncias sobre a perspectiva do problema de saúde entre utente e profissional de saúde e erros de comunicação nas 3 etapas do modelo, podem contribuir para a existência de episódios de comportamentos de não adesão.

Os sintomas associados a um problema de saúde constituem um dos factores com papel importante na criação de representações cognitivas e na capacidade de direccionar comportamentos de saúde e doença. Os sintomas interagem com as memórias semânticas e episódicas, criando assim um sistema cognitivo que influencia a forma como o indivíduo vê uma doença ou como avalia a sua saúde. Para além disso, transculturalmente, diferentes estratégias de *coping* podem ser implementadas, pois podemos identificar diferenças culturais nas crenças dos indivíduos sobre os sintomas e doenças (ibidem). Segundo Leventhal e Cameron (1987), este modelo da teoria do sistema de auto-regulação apresenta 3 falhas, nomeadamente: 1) plausibilidade dos dados da investigação; 2) escassez de instrumentos padronizados de avaliação deste modelo e; 3) dificuldade de avaliar a multivariabilidade de factores de uma só vez, devido ao grande número de factores e ao seu carácter transaccional. Contudo, apesar das limitações, a nível cognitivo, emocional e comportamental da adesão não existe modelo mais abrangente e compreensivo (ibidem).

2.3.6. Teoria da acção ponderada

A teoria da acção ponderada é uma teoria que tem como ênfase a intenção de praticar/ mudar um comportamento, sendo que, para este modelo, aquilo que mais determina esse comportamento é a intenção de mudá-lo (Bennett & Murphy, 1999). Dois processos cognitivos estão na base da intenção: atitudes do próprio indivíduo e normas sociais relevantes. As crenças relacionadas a um comportamento e as valências ligadas a essas crenças formam as atitudes. Quanto às normas sociais podemos verificar 2 elementos, nomeadamente: “*uma avaliação da probabilidade de terceiros importantes desejarem que o indivíduo pratique (ou não) o comportamento considerado e a motivação dos indivíduos para cumprir essas expectativas*” (Bennett & Murphy, 1999, p. 50). Segundo Bennett & Murphy (1999), os amigos, os

familiares e os pares constituem para os indivíduos os terceiros importantes. Ajzen (1985 cit. in Bennett & Murphy, 1999), no início da sua teoria, afirmava que, para a prática da acção desejada, o individuo recorria a recursos ou aptidões que este possuía, contudo, devido à inviabilidade desta afirmação, Ajzen (1985 cit. in Bennett & Murphy, 1999) modificou a sua teoria para comportamento planeado ao incluir uma nova dimensão: *a do controlo sobre o comportamento pretendido* (Bennett & Murphy, 1999, p. 50). Com esta nova dimensão esta teoria passou a chamar-se de teoria do comportamento planeado, que parte do princípio que existem factores facilitadores e inibidores que podem ter um controlo interno ou externo. Podemos incluir, no primeiro, as aptidões, informações, etc., e no segundo podemos encontrar a oportunidade e a dependência em relação a outros. Para além disso, para formar a intenção de desenvolver um comportamento planeado, as atitudes, as normas percebidas e o controlo percebido têm que se combinar (Bennett & Murphy, 1999).

2.3.7. Modelo transteórico de mudança

O Modelo Transteórico de Mudança é um modelo que enfatiza a mudança por estádios através do tempo. Este processo de mudança é definido como todas as actividades efectuadas pelas pessoas que visam alterar afectos, pensamentos, comportamentos e relacionamentos relativos a problemas particulares (Costa, 2007; Norman, Velicer, Fava & Prochaska, 1998; Petrocelli, 2002; Prochaska, 1994; Prochaska, Redding, Harlow, Rossi & Velicer, 1994; Turnbull, 2000; Velicer & Prochaska, 1999). Para além dos estádios, que segundo Velicer & Prochaska (1999) são seis, existem ainda dez processos de mudança, os prós e contras percebidos, a auto-eficácia e a tentação (Costa, 2007; Turnbull, 2000).

No que diz respeito aos estádios de mudança, no qual os indivíduos efectuam mudanças, são considerados:

- 1) Pré-contemplação, em que os indivíduos conseguem identificar o problema, mas não apresentam intenções de mudar nos próximos 6 meses;
- 2) Contemplação, os indivíduos têm consciência do problema e pensam seriamente em mudar o comportamento nos próximos 6 meses, os custos e benefícios do seu comportamento de risco podem ser ambivalentes (Costa, 2007);

- 3) Preparação, em que existe intenção para mudar o comportamento num futuro próximo, geralmente no mês seguinte, os indivíduos desenvolvem planos para consegui-lo e já iniciaram os primeiros passos para a acção (e.g. reduzir o consumo de tabaco). Neste estágio, os indivíduos poderão ser alvo de intervenção e orientados para a mudança, ao contrário do que acontece nos sujeitos dos estádios anteriores;
- 4) Acção, já houve mudanças significativas e eficazes no estilo de vida; os indivíduos conseguiram reduzir o risco de comportamento durante os últimos seis meses;
- 5) Manutenção, onde existe menor possibilidade de recaída; caso haja essa possibilidade durante 3 a 5 anos, os indivíduos experimentam um aumento da confiança para continuar o processo de mudança. Estes indivíduos podem ter como tarefas sustentar a mudança e resistir à tentação de desistir;
- 6) Término/ finalização, neste estágio que se supõe não existir recaída e os indivíduos possuem auto-eficácia elevada em relação à sua capacidade para manter o comportamento saudável. (Costa, 2007; Norman et al., 1998; Prochaska et al., 1994; Petrocelli, 2002; Sun, et al., *in press*; Turnbull, 2000; Velicer & Prochaska, 1999).

Para além dos estádios de mudança, de acordo com Norman e colegas (1998), Prochaska (1994), Prochaska e colegas (1994), Velicer & Prochaska (1999) e Sun e colegas (*in press*), também existem vários processos de mudança que ocorrem no movimento através dos estádios. Os processos e estádios de mudança são definidos pelos autores do Modelo Transteórico como dimensões complementares. Os processos podem ser experimentais e comportamentais: os primeiros baseiam-se na experiência e frequentemente são utilizados por indivíduos nos estádios de contemplação e preparação; por outro lado, os últimos baseiam-se fundamentalmente nos comportamentos para a mudança e são frequentemente utilizados em sujeitos nos estádios de acção e manutenção (Norman et al., 1998; Prochaska et al., 1994, Velicer & Prochaska, 1999). Para a criação de uma intervenção é muito importante a integração dos estádios e os processos de mudança (Norman et al., 1998; Prochaska, 1994; Prochaska et al., 1994; Velicer & Prochaska, 1999; DiClemente, 2005), tais como, encontrar técnicas e modalidades mais eficazes para ajudar indivíduos no

estádio de Pré-contemplação a ter consciência dos seus comportamentos de risco (tomada de consciência).

O Modelo Transteórico de Mudança dá ênfase também a dois outros construtos importantes que influenciam o movimento entre os estádios de mudança: os prós e contras de mudança e a auto-eficácia. Os prós e contras podem ser vistos como facilitadores (prós) ou como barreiras (contras) da mudança, pois a decisão de agir é baseada nas vantagens e desvantagens de mudanças de um comportamento que é necessário reduzir (DiClemente, 2005; Norman et al., 1998; Velicer & Prochaska, 1999; Prochaska, 1994; Prochaska et al., 1994). Assim, de acordo com os mesmos investigadores, os prós explicam mais a oscilação no movimento entre estádios e os contra explicam a estabilidade do movimento.

Quanto à auto-eficácia, o Modelo Transteórico (Prochaska, 1994; Prochaska et al., 1994), refere que este construto se apresenta em duas formas: confiança nas capacidades de modificar comportamentos de risco e capacidade para resistir à tentação para se envolver em comportamentos de risco. Existe também uma interação entre auto-eficácia e tentação, muito semelhante à relação entre prós e contras, através dos estádios de mudança. À medida que os indivíduos se deslocam de estádio para estádio os níveis de auto-eficácia aumentam e os níveis de tentação diminuem, até chegar ao estádio de término em que a tentação não existe (Prochaska, 1994; Prochaska et al., 1994).

2.3.8 Abordagem social cognitiva

Outro modelo que tem sido muito utilizado na prevenção primária e secundária ao longo do ciclo vital é a abordagem social cognitiva (Ockene, Haman, Pasternak, Schrom & Dunbar-Jacob, 2002). Este modelo incorpora vários aspectos na mudança do comportamento, tais como, influências no comportamento de cariz mais cognitivo, interpessoal e ambiental, mas também estratégias de modificação do comportamento. As estratégias utilizadas neste modelo teórico são, a auto-monitorização e análise de comportamentos, a auto-gestão e o controlo de estímulos exteriores, o treino das competências de comportamentos, a modificação de comportamentos de risco por mais saudáveis e o reforço dos novos comportamentos aprendidos (Ockene et. al., 2002). Uma das ideias principais desta abordagem é a relação entre auto-eficácia (definida como a confiança pessoal dos indivíduos que

conseguem mudar) e a motivação para modificar os comportamentos. Existem vários estudos dentro do modelo social cognitivo que mostram correlações significativas entre adesão e estratégias, especialmente na cessação tabágica, nutrição, actividade física e terapia farmacológica (factores de risco da doenças cardiovasculares) (Ockene et. al., 2002).

2.4. Factores psicossociais de adesão

Segundo vários autores (Leite & Vasconcellos, 2003; OMS, 2003; Patel & David, 2007) existem diferentes factores psicossociais que podem ser considerados como barreiras à adesão. Estes podem ser agrupados em 3 grandes categorias designadamente: características do paciente e da doença, características da medicação e, seus efeitos secundários e outros factores associados (Patel & David, 2007).

Como factores dos pacientes e da doença podemos considerar os custos económicos com os medicamentos e o peso deste custo nos rendimentos mensais dos indivíduos (Brand, Smith & Brand, 1977; Kopjar, et al., 2003; Leite & Vasconcellos, 2003; Ockene, et al., 2002; OMS, 2003), a idade do aparecimento da doença, a primeira hospitalização, o género, o estatuto conjugal, a origem étnica, a história da adesão (Patel & David, 2007), a própria doença, como a percepção e compreensão que os utentes têm sobre a sua doença e sintomas associados (Leite & Vasconcellos, 2003), mas também a negligência, a senilidade e alcoolismo, a severidade dos sintomas físicos (Brand, et. al., 1977) e psicológicos (Gilmer, et. al., 2004; Patel & David, 2007).

Brand e colegas (1977), num dos mais antigos estudos sobre as barreiras à adesão, demonstraram que uma das principais barreiras à adesão advém da fraca capacidade económica dos indivíduos em comprar os medicamentos. Neste estudo foi observada uma correlação (0, 34) entre os rendimentos económicos anuais e a adesão, na qual os indivíduos com menor poder económico são aqueles que não compram medicamentos (Brand et al., 1977). A importância deste factor é secundado por vários autores (Kopjar et al., 2003; Vlasnick, Alliotta, & DeLor, 2005) e mais recentemente, por Wroth e Pathman (2006) que efectuaram um estudo no meio rural e encontraram também uma taxa de não adesão de 21% em utentes com baixos recursos financeiros, mas que também tinham mais de 65 anos, casados, afro-

americanos, e do sexo feminino, e com relatos de saúde geral pobre. O gênero em alguns estudos não se tem mostrado como uma barreira à adesão nas mulheres, pois nestas a adesão aos comportamentos de saúde é maior do que dos homens (Pereira & Silva, 2002)

No entanto, outras investigações apontam que as características socio-demográficas podem interferir na adesão, tais como, ter mais idade ou ser idoso é um factor considerado em alguns estudos como uma das barreiras mais comuns para a adesão (Pulcini, et al., 2006; Vlasnik et al., 2005; Wu et. al., 2008), mas ainda a etnia, estado civil, ou as baixas habilitações literárias, etc. (Vlasnik et al., 2005). No que concerne à etnia/ raça o estudo de Gilmer e seus colegas (2004) demonstra que os utentes psiquiátricos latinos consomem excessivamente mais medicamentos, seguido pelos afro-americanos. Quanto ao nível de educação, num estudo com utentes em terapêutica anti-retrovirica (TARV), foi observada uma relação positiva entre habilitações literárias e adesão à terapia (Reynolds et al., 2004). Outro estudo em que se verificou que as habilitações literárias têm um peso enorme é a investigação de Kulkarni, Alexander, Lytle, Heiss e Peterson (2006), em que num grupo de utentes com doença cardiovascular, as habilitações eram um factor determinante para existir maior adesão à medicação prescrita. Segundo Vlasnik e colegas (2005) a questão das habilitações literárias é de enorme importância, pois a literacia (capacidade de ler e perceber o que se lê) em doentes é uma característica fundamental para perceber e seguir as recomendações médicas que estão sob a forma escrita. Contudo, existem também estudos que demonstram que as características sócio-demográficas não influenciam a adesão ou então são inconclusivos para estes parâmetros (Ockene, et al., 2002; Pulcini et al., 2006 Reynolds et al., 2004; Sajatovic, Bauer, Kilbourne, Vertrees & Williford, 2006). Por último, a história anterior de adesão é um factor que pode servir como barreira para futuras adesões (Sajatovic et al., 2006), como a investigação de Sajatovic e colegas (2006) averiguaram que entre a adesão anterior, repetida história anterior de não adesão, alguma não adesão no mês anterior e não adesão na semana anterior existe uma correlação significativa ($\chi^2=7.2$, $df=6$, $p=.03$). Para além disso, ainda nesta pesquisa a especificidade e sensibilidade do grupo que não aderiram nos dois anos anteriores e do grupo dos que não aderiram na semana anterior foi de 100% e 65% no primeiro grupo e no segundo de 87% e 84% (Sajatovic et al., 2006).

O segundo grupo de factores diz respeito ao número de medicamentos prescritos, em que uma grande taxa de não adesão é da responsabilidade da enorme quantidade de medicamentos tomados (Brand, et. al., 1977; Leite & Vasconcellos, 2003; Ockene et. al. 2002; OMS, 2003; White, 2005), mas ainda do esquema da toma da medicação - esquemas muito complexos levam as pessoas a apresentar comportamentos de não adesão (Brand, et. al., 1977; Ockene et. al. 2002) - e da percepção dos efeitos secundários da medicação (Baiardini, et al., 2006; Ockene et. al. 2002). Segundo Patel e David (2007), nos factores relacionados com a medicação podemos observar a força da medicação, que consiste na quantidade de dosagem da medicação que um utente toma. Esta característica é curvilínea e nela uma eficiência pobre é associada a doses muito baixas da medicação prescrita; além disso, grande uso da medicação encontra-se associado aos efeitos secundários excessivos (Patel & David, 2007). Entre os estudos que se debruçaram sobre este grupo de factores, Brand e colegas (1977) afirmam ter observado que existe uma correlação entre o número de medicamentos prescritos e a adesão, em que a não adesão se associava ao maior número de prescrições; na investigação de Wu e colegas (2008) as características da medicação foram apontadas como barreiras para a adesão.

Tal como referido anteriormente, o medo dos efeitos secundários da medicação pode ser uma barreira à adesão. No estudo de Baiardini e colegas (2006) verificou-se que esta variável se encontrava correlacionada positivamente com a ansiedade (0,37) em utentes com asma. Para além disso, Klein e Gonçalves (2005) no seu estudo verificaram que a decisão sobre qual é o tratamento mais adequado é influenciado pelas crenças que são desenvolvidas sobre os medicamentos. Este facto, de as crenças acerca da medicação estarem associadas à adesão foi observado também por Aikens e colegas (2005), em que as crenças relacionadas com a necessidade de tomar medicamentos eram as que mais estavam associadas com a adesão de um grupo de utentes com depressão. Estes autores também notaram que não existem diferenças ao nível das preocupações relacionadas com a medicação.

O último grupo de barreiras à adesão é o conjunto dos factores associados, como a relação entre profissional médico e utente, mais exactamente a confiança entre ambos, mas também a comunicação, o tempo dispensado da consulta, o atendimento acolhedor (Broekmans, et al., *in press*; Leite & Vasconcellos, 2003; Kerse et al., 2004; OMS, 2003) a organização dos serviços, os incentivos financeiros, o apoio familiar e as intervenções comunitárias (Patel & David, 2007). A não adesão

numa pesquisa de 3926 utentes do meio rural (Wroth & Pathman, 2006) correlacionou-se significativamente com a não confiança nas capacidades nos médicos, assim como a não satisfação com a preocupação demonstrada pelos médicos e com os serviços prestados pelas recepcionistas dos centros de saúde. Esta confiança, segundo Kerse e colegas (2004) é um factor determinante para existir adesão, pois os utentes, no seu estudo, que apresentavam maior concordância entre médico-paciente, manifestavam maior adesão com os medicamentos prescritos após a consulta.

Porém, podemos verificar que existem investigações que não encontram uma relação estatisticamente significativa entre alguns factores deste grupo, como acontece com a relação médico-paciente e com a adesão, tal como se verifica no estudo de Sajatovic e colegas (2006), que não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os aderentes e os não aderentes mas também entre os médicos de ambos os grupos; ou ainda no estudo de Klein e Gonçalves (2005) em que os utentes confiavam nos médicos e na medicina, mas também que quando não existe adesão terapêutica os técnicos responsabilizam os utentes e que a prescrição a mais não existe.

2.5. Instrumentos de avaliação da adesão

A adesão pode ser avaliada por diversos instrumentos, mais especificamente, por auto-relatos, contagem de comprimidos, análises clínicas e aparelhos electrónicos (Bender et al., 2003; Broekmans et al., *in press*; Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001; Harrold & Andrade, *in press*; Matsui, 2000; OMS, 2003). Um dos graves problemas dos instrumentos de avaliação da adesão, segundo a OMS (2003) é a simplificação excessiva da adesão quando os instrumentos classificam os utentes como bons ou maus aderentes.

Leite e Vasconcellos (2003) assim como Gold (2006) dividem os instrumentos de avaliação da adesão em duas categorias: directos e indirectos. Os métodos directos são aqueles que analisam quimicamente os utentes, enquanto os métodos indirectos se baseiam na informação fornecida por eles e em outras fontes designadas como secundárias (Leite & Vasconcellos, 2003). Os auto-relatos podem ser por questionários, inventários, entrevistas e diários (Harrold & Andrade, *in press*; Leite & Vasconcellos, 2003; Matsui, 2000; OMS, 2003; Patel & David, 2007). O

objectivo deste tipo de instrumentos é avaliar as rotinas diárias da toma da medicação, assim como os erros ou omissões por parte dos indivíduos na semana e mês prévios (Harrold & Andrade, *in press*; Patel & David, 2007). A sua desvantagem, tanto na prática clínica como na investigação, é o facto de se basear na palavra dos indivíduos e levar a uma sobrestimação, que em muitos casos tem origem no facto dos utentes não gostarem de admitir que não aderem (Harrold & Andrade, *in press*; Matsui, 2000; Leite & Vasconcellos, 2003), de se sentirem constrangidos por responder a um questionário ou entrevista, ou ainda pelo fenómeno da desejabilidade social (Harrold & Andrade, *in press*; Leite & Vasconcellos, 2003).

A contagem dos comprimidos consiste no produto final entre o total de comprimidos que a embalagem possui e o total de comprimidos que restam, e ainda os comprimidos que foram ingeridos (Harrold & Andrade, *in press*; Lee, Grace & Taylor, 2006; Matsui, 2000). Contudo, em alguns casos os utentes simplesmente podem deitar fora os comprimidos (Harrold & Andrade, *in press*; Matsui, 2000) o que poderá levar a erros estatísticos já que o número de comprimidos tomados ou prescritos X 100 permitem calcular a taxa de adesão (Patel & David, 2007).

As análises clínicas utilizadas para avaliar a adesão podem passar por análise ao sangue, à urina, à saliva e pela medição da pressão arterial (Harrold & Andrade, *in press*; Leite & Vasconcellos, 2003; Matsui, 2000; OMS, 2003; Patel, 2007). Este método parte da desconfiança das informações dadas pelos utentes e que os médicos devem sempre desconfiar (Leite & Vasconcellos, 2003). Para além disso, apesar da vantagem de haver avaliação directa que houve ingestão da medicação, esta só se refere à toma mais recente (Matsui, 2000) e dentro da validade química dos medicamentos (Harrold & Andrade, *in press*; Patel & David, 2007). Alguns utentes que apenas tomam a medicação dias antes das análises clínicas e que nos intervalos da avaliação não tomam (Matsui, 2000) ou então o medicamento no momento de avaliação podem ter já perdido a sua validade química (Harrold & Andrade, *in press*; Patel & David, 2007). Por último, estes métodos são os mais invasivos e os mais caros economicamente (*idem*). Nos últimos anos têm sido introduzidos no mercado aparelhos electrónicos (Harrold & Andrade, *in press*; Leite & Vasconcellos, 2003; Matsui, 2000; OMS, 2003; Patel, 2007), tais como o *The Medication Event System (MENS)*, que consiste numa garrafa que regista a sua abertura e dose consumida ou o *Nebulizar Chronology* que regista as inalações diárias dos utentes com asma. Estes

aparelhos apresentam-se caros, facto que não se adequa a sistemas de saúde deficitários a nível económico (Matsui, 2000). Contudo, segundo Dunbar-Jacob e Mortimer-Stephens (2001), na população com colesterol estes têm-se mostrado serem capazes de prever mudanças clínicas significativas.

CAPÍTULO III. CRENÇA ACERCA DA MEDICINA E DOS MÉDICOS

3.1. Introdução

As crenças dos utentes acerca dos médicos e medicina, em termos de investigação, têm seguido um caminho pautado pela diversidade de temas ou, então, pela via da análise de dois tópicos específicos: a continuidade dos cuidados e satisfação, ambos relacionados ou com o clínico geral ou com o centro de saúde (Hershkovitz et al., 2001; Little et al., 2001; Love et al., 2002; Lings, et al., 2003; Mathews & Barnsley, 2003; Pereira Gray, et al., 2003; Schers et al., 2002; Tarrant et al., 2003). Mas também, há estudos e investigações sobre as crenças dos utentes em relação ao género, etnia, raça, orientação espiritual dos médicos e formação de médicos, estereótipos negativos e positivos em relação aos cuidadores e cuidados e comunicação do médico (Bogart et al., 2004; Friedman, et al., *in press*; Herbert, Jenckes, Ford, et al., 2001; L'Abbate & Westphal, 1979; McCord, Gilchrist, Grossman, et al., 2004), que se formos analisar atentamente, não fazem muito sentido na população em que se enquadra a nossa amostra. Só nos últimos 15/ 20 anos é que as ciências da saúde se começaram a interessar pelas crenças dos utentes acerca dos médicos e medicina, fugindo à esfera sócio-demográfica do médico.

Entre os temas e áreas associadas às crenças, que são alvo de interesse deste estudo, destacam-se as crenças sobre o modelo de relação médico-paciente (Baldwin, et al., 2008; Jahng et al., 2005; Kroenke, 1998); experiências e comportamentos relacionados com a relação terapêutica e com a continuidade dos cuidados (Guthrie & Sally, 2006; Hjortdahl & Laerum, 1992; Rodriguez et al., 2007); nível de satisfação que poderá ser influenciada pelas expectativas e confiança dos utentes em relação às consultas (Berrios-Rivera et al., 2006; Bollam, McCarthy & Modell, 1988; Rashid et al., 1989); atitudes negativas e positivas dos utentes acerca dos médicos e medicina (Pereira & Silva, 2002; Sans-Corrales, 2006); qualidade da consulta e do atendimento (Grumbach et al., 1999; Mercer et al., 2007).

3.2. Tipos de orientação da intervenção médica

As crenças relacionadas com relação médico-paciente, inicialmente começaram a ser avaliadas com o objectivo de estudar as diferentes formas de ver a relação que existe entre utente e médico (Garfield, Smith, Chalmers, 2007; Street et al., 2003; Jahng et al., 2005; Lourenço, 2008; Baldwin, et al, 2008; Kroenke, 1998; Krupat et al., 2001). Neste contexto podemos distinguir 5 modelos de base: 1) modelo paternalista: modelo que existe desde Hipócrates (2500 anos), em que a premissa central é que a decisão de cada momento do tratamento/ cura é efectuado pelo médico e que tem como objectivo principal melhorar a vida do seu paciente (Lourenço, 2008), tais como, poder autocrático do médico (Kroenke, 1998); 2) modelo informativo: caracterizado pela existência de valores do doente, que são definidos, fixos e conhecidos para este. O fornecimento da informação deve ser relevante, factual e a implementação das escolhas do paciente devem estar entre as obrigações dos técnicos, da mesma forma que a autonomia do doente é total, sendo ele que decide sobre os cuidados médicos; o médico deve ser competente e conhecedor da informação; 3) modelo interpretativo: modelo que afirma que deve existir uma elucidação dos valores dos utentes porque estes são confusos, incipientes e eventualmente conflituosos. A obrigação dos médicos, então, é de elucidar e ajudar na interpretação dos valores dos doentes mas também informá-los e interpretar a intervenção seleccionada pelos utentes devendo existir uma auto-compreensão relevante para os cuidados médicos mas também que o médico é apenas um consultor/ conselheiro; 4) modelo deliberativo: em que os valores dos utentes devem ser revistos através da discussão moral e abertura ao desenvolvimento. Deve existir ainda, segundo este modelo, a articulação e persuasão dos valores dos doentes e implementação e informação da intervenção seleccionada por estes. A prestação dos cuidados deve ser pautada pelo auto-desenvolvimento moral relevante e o médico deve actuar como amigo ou professor; 5) modelo centrado no cliente: baseia-se em teorias psicossociais, numa perspectiva holística do doente, em que deve existir uma compreensão por parte do médico em que o paciente é um todo. Explorar, simultaneamente, as doenças e definir os problemas, objectivos e papéis de forma a conseguir alcançar uma decisão mútua deve ser o papel do médico. Implica também a incorporação, prevenção e promoção da saúde, mas ainda incrementar a relação médico-paciente, exigindo que ambos (médico-paciente) sejam realistas (Lourenço, 2008; Kroenke, 1998).

Todavia, para além deste tipo de linha de investigação, existem também outras linhas de pesquisa que tentam relacionar crenças acerca da relação terapêutica e preferência de orientação da relação nos utentes (ex. modelo centrado no utente) ou então associar esta última variável com os comportamentos de procura de informação e marcadores de saúde em utentes crónicos (Baldwin et al, 2008). Para além disso, existem também investigações que tiveram como objectivo identificar as características associadas às crenças de partilha da informação e poder (em utentes e médicos) e se a avaliação dos utentes é influenciada pelas suas crenças (Krupat et al., 2001). Estas investigações analisam também as preferências dos pacientes sobre o seu envolvimento na decisão dos medicamentos (Garfield, Smith & Chalmers, 2007), e se esta opção está relacionada com relatos de saúde, adesão e satisfação (Jahng et al., 2005).

Um estudo que refere a correlação entre preferência da orientação da relação com outras variáveis é o de Baldwin e colegas (2008). Estes tiveram como objectivo de investigação estudar a relação da preferência de orientação da relação nos utentes com os comportamentos de procura de informação e marcadores de saúde em utentes crónicos. Para isso utilizaram o *Patient-Practitioner Orientation Scale* (PPOS) numa amostra de 189 utentes com doença crónica (hipertensão). Foram observados um conjunto de correlações significativas, nomeadamente, uma associação entre os utentes que gostam de receber informações sobre os medicamentos através de várias fontes de informação (internet, farmácia, brochuras, etc.). Para além disso, a preferência por um modelo mais centrado nos pacientes. E, ainda, uma correlação positiva entre a preferência por um modelo mais centrado nos pacientes com o número de fontes que os utentes obtêm a informação ($\beta = 0,21$, $T = 2,86$, $p = 0.005$) (Baldwin et al., 2008).

Mais, os utentes que preferem uma orientação mais centrada nos pacientes gostam de iniciar e ter uma conversação com os seus médicos sobre informações específicas dos seus medicamentos (estimativa = 0.07, $p = 0.09$; OR = 1.07, 95% CI = 0.99, 1.16). Quanto à associação da preferência de orientação e marcadores clínicos foi observado que os utentes que preferiam uma orientação mais centrada nos pacientes tinham os valores mais altos da pressão sistólica e diastólica (respectivamente $\beta = 0,16$, $T = 2,04$, $p = 0.04$ e $\beta = 0,15$, $T = 2,02$, $p = 0.04$), com os valores altos de LDL ($\beta = 0,17$, $T = 2,05$, $p = 0.04$). Segundo Baldwin e colegas (2008), estes marcadores podem ocorrer quando existe uma gestão de determinadas

condições que levam a um constrangimento do envolvimento do paciente, deixando assim a procura de informação e orientação mais centrada nos pacientes para terem um papel adaptativo à doença crónica.

Já no estudo de Street e colegas (2003) que investigaram as crenças dos médicos e dos pacientes acerca do controlo da relação entre médico e paciente, em 20 médicos de família e 135 dos seus pacientes, com o *Patient-Practitioner Questionnaire*, o controlo das relações médico-paciente é orientado para a partilha quando os utentes fazem mais questões e são mais assertivos. Observou-se também que a construção da parceria entre médico e paciente, especialmente naqueles que partilham o controlo da consulta, envolvem-se mais na consulta enquanto outros só se envolvem quando são encorajados pelos médicos a participarem. E as crenças acerca do controlo da relação influenciam não só a comunicação mas também o comportamento dos elementos da díade (Street et al., 2003).

As crenças sobre a partilha da informação e poder, especialmente as características dos médicos e utentes foram estudadas por Krupat e colegas (2001), num estudo referido anteriormente, com uma amostra constituída por 45 médicos de medicina interna, familiar e cardiologia e os 909 utentes destes médicos. Foram utilizados o *Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS)* e o *Trust in Physician Scale*. Entre as características dos utentes que se encontravam mais associadas às crenças centradas nos pacientes destaca-se a idade (especialmente nos mais jovens), as habilitações literárias mais elevadas e a melhor situação financeira. Ou seja, *as crenças centradas nos pacientes são um fenómeno cultural* (cit in Krupat et al., 2001, p. 1061).

Para além disso, algumas características dos pacientes também se encontraram significativamente associadas às crenças centradas nos utentes, nomeadamente, indivíduos com <60 anos, que tinham o ensino secundário completo, caucasianos (apesar da amostra a nível étnico ser muito parca) e utentes de médicos de família e de medicina interna. Nas características dos médicos, não foram encontradas diferenças significativas, tanto na idade, experiência, etnia, tempo passado com os utentes e satisfação com o trabalho. Nesta pesquisa, três eixos foram utilizados para avaliar a apreciação dos pacientes e as visitas aos médicos: confiança (pré-visita), visita de satisfação e aprovação. Entre o eixo visita de satisfação e os valores, tanto nos pacientes como nos médicos, foi verificado uma correlação significativa (PPOS). Para além disso, os médicos que tinham maior cotação de

maior confiança, pelos pacientes, foram aqueles que estavam mais centrados nos pacientes (Krupat et al., 2001).

Alguns investigadores referem que existe a necessidade de criar um modelo das preferências dos pacientes sobre o seu envolvimento na decisão no que respeita aos medicamentos. Este foi o objectivo de estudo de Garfield e colegas (2007), que através de uma revisão da literatura sobre as variáveis predictoras da preferência dos pacientes em envolver-se criaram um instrumento de avaliação e depois aplicaram em centros de cuidados primários (16 utentes com diabetes Tipo II ou com artrite reumatóide). De uma forma resumida, as variáveis predictoras associadas com a preferência de pacientes, por um maior envolvimento na decisão da medicação foram a idade, especialmente nos mais jovens, as classes sociais mais altas e a condição clínica, apenas nos doentes com artrite (Garfield et al., 2007).

Estes investigadores referem-se à concordância, construto que define a colaboração entre médico e paciente, em que a perspectiva e desejos sobre a medicina destes são respeitados. Referem ainda, que existe uma delegação da responsabilidade de tomada de decisão nos médicos (RPSGB & MSD, 1997 cit in Garfield et al., 2007), como na gestão dos medicamentos, nos cuidados das doenças crónicas, isto implicando uma constante reestruturação das decisões acerca dos medicamentos. Assim, torna-se importante para os médicos saber se os utentes desejam entregar a tomada de decisão ao cuidador e em que circunstâncias assim o desejam.

Podemos também verificar que médicos e pacientes também partilham crenças acerca do envolvimento dos últimos, em que foi observado grandes valores na satisfação quando ambos os membros da díade desejam um maior envolvimento do utente (Jahng et al., 2005). Este desejo foi averiguado na investigação de Jahng e colegas (2005) em duas populações distintas: 1) 74 pacientes sem problemas sérios de saúde; 2) 193 pacientes com diabetes Tipo II e com relatos de uma saúde fraca. Como instrumentos foram utilizados o *Patient Communication Style Scale* (PCS), para o grupo de pacientes sem problemas de saúde sérios; 2) “*Desire to Participate in Medical Decision-Making Scale*” (DPMD): para utentes com diabetes T-II; 3) “*RAND General Adherence Scale*” (GAS); 4) “*Patient Satisfaction Questionnaire*” (PSQ – 18); 5) “*General Health Perceptions Scale*” (GHP); 6) “*Attitudes Toward Patient Education Scale*” (ATPE), para avaliar a preferência dos médicos sobre o envolvimento dos pacientes).

O desejo de maior envolvimento pode ser verificado quando é observado uma *associação entre as variáveis “resultados médicos” e congruência no desejo de participação de um maior envolvimento do paciente* (Jahng et al., 2005, p.312). Esta associação não se verifica na concordância da idade, gênero, e origem étnica. Para além disso, quando ambos os participantes desejam um maior envolvimento verificamos que existe uma enorme colaboração entre os membros da díade. Ainda nesta investigação, foi averiguada uma correlação significativa entre a preferência similar de envolvimento das partes com a adesão, satisfação e saúde. E, igualmente, que os pacientes apresentavam maior satisfação quando os seus médicos desejavam uma maior participação e este desejo era partilhado pelos utentes (Jahng et al., 2005).

Estes investigadores (Jahng et al., 2005) afirmam que existe diferenças ao nível das percepções dos pacientes acerca dos comportamentos que facilitam o envolvimento e as percepções dos médicos acerca desses mesmos comportamentos. Uma das explicações que estes investigadores apresentam é que a satisfação poderá depender não da concordância mas sim de um outro conjunto de variáveis: competência dos médicos, sentido de humanidade, qualidades técnicas do cuidado e custos médicos. Contudo, no que diz respeito à relação entre relatos de adesão terapêutica e congruência da relação médico-paciente acerca do envolvimento, não é estatisticamente significativo. Isto pode ser explicado pelo simples facto dos questionários de adesão serem questionários de auto-relato e de as pessoas nestes questionários responderem de uma forma desejável (efeito da desejabilidade social).

3.3. Crenças acerca da relação terapêutica a longo prazo

As relações terapêuticas entre médico e utente, a longo prazo (durante vários anos), têm sido estudadas, amplamente, nas últimas décadas pelas ciências médicas, quer no continente Europeu (Reino Unido, Holanda e Suécia) como “continuidade dos cuidados”, quer no continente Americano - EUA e Canadá (Brown et al., 1997; Mathews & Barnsley, 2003; Howie et al., 2004; Safran et al., 2006; Ward et al., 2007), ou mesmo em investigações transculturais (Schoen et al., 2004) que surge como consultas ou encontros a longo prazo. Polémicas e terminações à parte, todas estas investigações e trabalhos investigam apenas uma dimensão: relação terapêutica, que implica que exista uma afinidade entre médico e paciente, forjada pela convivência e parceria ao longo dos anos. Numa tentativa de resumir as conclusões

de algumas pesquisas sobre este tema, podemos averiguar o seguinte: 1) há uma maior satisfação com as consultas que ocorrem nas relações terapêuticas que se formaram a longo prazo (Hjortdahl & Laerum, 1992; Maeseneer et al., 2000; Safran et al., 2006). Isto pode ser explicado pelo facto: a) os utentes serem vistos como pessoas, únicos e com devoção, em que o médico sabe a história clínica toda, as suas relações familiares e experiências de vida significativas (Brown et al., 1997); b) ter existido um processo de partilha de informação e experiências ao longo dos anos, que é um dos ingredientes principais para a construção de uma relação terapêutica (Pereira Gray et al., 2003); c) existir uma relação saudável entre a equipa de saúde (Brown et al., 1997); c) percepção de múltiplas vantagens clínicas (Maeseneer et al., 2000); d) maior sentido de segurança e maior confiança, quando existe um médico pessoal que acompanha durante anos (Bulzingslowen et al., 2005; Ward et al., 2007); 2) os utentes preferem ter uma relação terapêutica a longo prazo com um médico que consideram como seu (Freeman & Richards, 1993; Mathews & Barnsley, 2003); 3) melhores resultados clínicos e maiores relatos de saúde em utentes com uma relação com um médico a longo prazo (Love et al., 2000; Rodriguez et al., 2007); 4) os médicos que acompanham utentes há mais anos são percepcionados como mais eficientes (Guthrie & Sally, 2006); 5) que o uso dos cuidados de saúde e as percepções dos pacientes sobre os problemas de saúde actuais têm um papel importante (Frosthalm et al., 2005).

Segundo Saultz e Albedaiwi (2004) no que concerne à definição da continuidade dos cuidados, há que ter em atenção três dimensões muito importantes, nomeadamente, continuidade informacional (a), continuidade longitudinal (b) e continuidade interpessoal (c), em que podemos definir continuidade dos cuidados como um processo de procura de informação disponível sobre a saúde de cada um, que advém da relação profissional de saúde-utente (a); que aconteça num determinado sítio de cuidados primários ao longo do tempo e de uma forma padronizada (b); mas também pela lealdade, confiança e responsabilidade que caracteriza uma relação médico-paciente (c).

3.4. Satisfação dos utentes com os cuidados médicos a longo prazo

Saultz e Albedaiwi (2004) afirmam que podemos encontrar uma associação significativa entre continuidade dos cuidados e satisfação em vários ensaios clínicos.

Para apoiar esta afirmação estes apresentam quatro investigações. O primeiro dos estudos é uma intervenção em grupo (Alpert, et al., 1976). Neste, a associação entre continuidade e satisfação foi significativa, bem como a relação entre satisfação e aspectos da comunicação com o médico, e satisfação na relação com outros profissionais.

No segundo estudo (Becker et al., 1974 cit in Saultz & Albedaiwi, 2004) foi verificado que a satisfação com as interações entre profissionais de saúde, procedimento clínico, tempo passado com o médico, percepção da qualidade dos cuidados e confiança com as recomendações médicas se associaram significativamente com a continuidade dos cuidados em utentes pediátricos. De igual forma se verificou com veteranos da administração americana (Wasson et al., 1984 cit in Saultz & Albedaiwi, 2004), em que a continuidade dos cuidados se correlacionou com a satisfação da continuação dos mesmos, satisfação geral, minuciosidade dos médicos e educação dos pacientes. Já no estudo de Rowley e colegas (1995 cit in Saultz & Albedaiwi, 2004) a continuidade dos cuidados se associou positivamente com a informação dada, participação nas decisões e relação com os cuidadores (Saultz & Albedaiwi, 2004). Num estudo qualitativo de Wensing e colegas (1996), os utentes relativamente à informação e apoio por parte da medicina geral, acham que os médicos contam o que se espera, explicam bem de que doença se trata, fornecem informações sobre o tratamento, referem as consequências que a doença acarreta no dia-a-dia, onde os pacientes podem encontrar ajuda, informam sobre as associações, organizações e serviços públicos de apoio aos utentes, oferecem orientações psicossociais e uma boa reabilitação. Mas também que a medicina geral estimula a responsabilidade pessoal dos utentes, que efectua marcações às visitas domiciliárias, que os familiares dos utentes são bem instruídos pelos assistentes e que a medicina geral fornece informações sobre reabilitação e orientação aos familiares dos utentes.

Uma das críticas que Saultz e Albedaiwi (2004) fazem a estes 4 estudos (Alpert et al., 1976; Beker et al., 1974; Roweley et al., 1995 e; Wasson et al., 1984) é que existe uma falta de dados concretos devido à não utilização de avaliação ou então apenas apoiarem os seus dados na capacidade dos utentes saberem o nome dos seus médicos. A continuidade dos cuidados e a sua associação à satisfação dos utentes tem sido avaliada em utentes com hipertensão, pacientes em obstetrícia, em contextos académicos com utentes pediátricos, com utentes em medicina clínica

interna e recorrendo a estudos *cohort*. Entre as descobertas mais interessantes nota-se que a correlação entre satisfação e continuidade dos cuidados não é significativa, especialmente em utentes com hipertensão e utentes pediátricos. Existe apenas uma correlação significativa entre satisfação e o melhoramento da continuidade quando se recorria ao método de contar quantos clínicos eram vistos pelos utentes (Saultz e Albedaiwi, 2004). Sans-Corrales e colegas (2006) afirmam também que os maiores níveis de satisfação dos pacientes é proporcional ao tempo de consulta com o seu médico: quanto mais tempo o clínico passa com o seu utente, maior é a satisfação deste.

Contudo, existem estudos que afirmam que a maioria dos utentes consideram que era importante ou muito importante ter um médico pessoal e que nas doenças crónicas e incuráveis estes eram altamente valorizados, especialmente nas mulheres mais velhas (64% numa amostra de 996 utentes) (Kearley et al., 2001) ou então, o que importava era ter uma relação genuína com o seu clínico (Mercer et al., 2007). No estudo de Kearley e colegas (2001), o que foi mais valorizado era a possibilidade de ter consultas a horas convenientes (46%). O mesmo se verifica no estudo qualitativo de Infante e colegas (2004) em que a continuidade do relacionamento com o clínico geral foi muito valorizado pelos utentes (76 utentes), pois esta continuidade permite aos utentes exprimir as suas necessidades e construir a sua confiança. Para além disso, em caso de hospitalização, a continuidade dos cuidados permite que o médico conheça o historial do utente, poupando assim tempo a ambos. Outra crença de alguns utentes é que às vezes é necessário recorrer a uma segunda opinião clínica, pois um relacionamento ao longo dos anos poderá tornar o médico condescendente com o utente. Consultar o clínico geral, mesmo sem estar muito doente é muito valorizado pelos utentes. Mas também que o clínico é visto como o principal cuidador, apesar das mudanças existentes. Contudo, quando as suas necessidades não são correspondidas, os utentes estão dispostos a mudar de clínico geral (Infante et al., 2004).

A satisfação com a continuidade dos cuidados também sido amplamente estudada em estudos de correlação e *cross-sectional study*. Mas também estudaram esta associação (satisfação vs continuidade dos cuidados) associada a mais duas variáveis: *listas combinadas ou listas pessoais* (Saultz & Albedaiwi, 2004, p447). As listas combinadas referem-se à existência de mais de um cuidador. As listas pessoais referem-se apenas a um cuidador. Segundo Saultz e Albedaiwi (2004) são as listas

personais que mais se associam com a satisfação. Outra crítica que se faz a este tipo de estudos é que o recurso a instrumentos padronizados foi pouco utilizado, ou então que não são validados (Saultz e Albedaiwi, 2004). Ainda no que concerne a listas pessoais, houve investigações (Baker & Streatfield, 1995) que mostraram que existe uma correlação positiva entre satisfação (geral) e a presença de uma lista pessoal, e quando se tinha em conta a idade dos utentes verificou-se que quanto maior era a média da idade dos utentes (numa amostra de 220) maior era a satisfação destes com a prática clínica, em que 52% da variância nos resultados eram devido a esta interacção entre idade dos pacientes, satisfação e sistema de lista pessoal, especialmente nas mulheres, em que a variância aumentava para 61% (Baker & Streatfield, 1995). Para além disso, neste estudo, quando a lista de utentes aumentava, a satisfação com a acessibilidade diminuía, mas se houvesse um sistema de lista pessoal, a satisfação aumentava, explicando 26% da variância encontrada.

O estudo de Hjortdahl e Laerum (1992) é um clássico da investigação sobre a relação entre a satisfação e relações médicos-pacientes a longo prazo. Num estudo efectuado nos cuidados primários (Hjortdahl & Laerum, 1992) foram avaliados um grupo de utentes após uma única consulta médica, recorrendo-se para isso a uma análise episódica e directa. A amostra foi constituída por 133 médicos de medicina geral. Os utentes eram pacientes destes médicos e perfizeram um total de 3918 sujeitos. O questionário neste estudo foi criado de raiz e avaliava a satisfação inquirindo também sobre a relação médico paciente (Hjortdahl & Laerum, 1992).

Por motivos de facilitação da análise dos dados e percepção dos utentes sobre a continuidade dos cuidados médicos foi dividida em duas dimensões, nomeadamente, cuidado longitudinal e cuidado intensivo. O primeiro refere-se à duração cronológica da continuidade dos cuidados, o segundo ao número de visitas ao médico nos últimos 12 meses. Depois de uma análise cuidada, sobressai a percepção dos utentes sobre o actual médico de clínica: o seu principal cuidador, de todas as suas necessidades médicas. Isto ocorreu em 54% de toda a amostra (3918). Observou-se ainda, que uma relação médico-paciente aumenta a probabilidade da satisfação da consulta, sete vezes mais, quando comparado com consultas onde não existe uma relação. Comparando as consultas onde não existe uma relação médico-paciente pessoal, com as consultas onde ocorre uma relação médico-paciente, verificou-se que existia uma probabilidade, sete vezes maior, de haver satisfação no segundo tipo de consultas. Quando se comparou as novas relações pessoais entre

médico-paciente com a percepção que o médico era responsável por algumas das necessidades médicas verificou-se que a satisfação aumentava em 50%, naqueles que tinham a percepção da responsabilidade médica. Para além disso, quando se comparou as novas relações pessoais entre médico-paciente com a responsabilidade total dos cuidados dos seus utentes observou-se que a satisfação era 2,5 maior quando a percepção da responsabilidade total dos médicos era percebida (Hjortdahl & Laerum, 1992).

Quanto à satisfação com as consultas, segundo (Hjortdahl & Laerum, 1992), são precisos 5 anos para se desenvolver, para os utentes uma satisfação com as consultas. Segundo Fan e colegas (2005), esta manter-se-á ao longo do tempo. Já no estudo de avaliação da relação terapêutica e sua prática (Safran, et al., 2006), entre as clínicas privadas e organizações de saúde pública verifica-se que as experiências que os utentes obtêm da relação são iguais, porém é de notar que nas clínicas privadas a relação é de curta relação e que existe um baixo envolvimento. Ainda relativamente às experiências dos utentes com os cuidados de saúde, Lempp e colegas (2006), afirmam que as experiências dos utentes com um serviço de saúde são construídas através do impacto positivo dos cuidados que houve nos seus familiares e amigos íntimos. Quando se comparou, no estudo de Hjortdahl & Laerum (1992), o número de horas de trabalho de um médico no serviço médico com o grau de satisfação dos seus utentes, verificou-se que os utentes daqueles médicos que trabalhavam mais horas no centro apresentavam uma maior probabilidade de ter satisfação com os cuidados (82%), do que aqueles que trabalham menos (Hjortdahl & Laerum, 1992).

3.5. Tipos de custos relacionados com a relação a longo prazo

Estas multi-vantagens e benefícios de uma relação terapêutica a longo prazo, aprendida por vários trabalhos científicos ao longo dos anos, foram em 2003, estudados numa meta-análise de Pereira Gray e colegas. Como resultado desta meta-análise podemos afirmar que existem benefícios na continuidade dos cuidados para os utentes (Pereira Gray et al., 2003), mesmo quando os utentes perspectivam os cuidados como fracos (Cardol, 2005; Jung et al., 2002).

No entanto, num relacionamento médico-paciente também existem custos (Pereira Gray et al., 2003), tais como, o facto de o clínico geral seguir um paciente durante muitos anos, conhecer a sua condição médica e a sua história pessoal, poderá

levar a erros de diagnóstico devido a uma enorme afinidade. Especialmente na progressão lenta da doença do indivíduo, em que existe uma perda da objectividade, poderá haver um compromisso da investigação da saúde dos utentes adversamente e gerar relutância para evitar confrontação, tanto no médico como no paciente.

Num estudo de natureza qualitativa (Infante et al., 2004), verificou-se que os utentes afirmavam que às vezes os clínicos gerais eram impessoais, demissionários. Estas afirmações foram, maior parte das vezes, relatadas por idosos e utentes com algumas doenças específicas e com as consultas curtas ou pressionadas pela falta de maior tempo. Estas situações levaram ainda a que os utentes classificassem o trabalho destes médicos como fraco a nível clínico (Infante et al., 2004), e que os médicos classificados como fracos apresentassem enormes dificuldades em abordar as questões emocionais e psicológicas. Mais, neste estudo foi valorizado, como sendo importante, o conhecimento dos médicos relativamente às novas técnicas e conhecimentos clínicos. Já Mercer e colegas (2007) afirmam que os utentes não só criticam as competências dos médicos, como também os comportamentos e educação dos profissionais, sobretudo quando estes são questionados pelos utentes.

Ainda relacionado com os custos, observou-se nos utentes (32 indivíduos) da investigação de Guthrie e Sally (2006), que as crenças sobre os sintomas da sua doença corriam o risco de serem descurados nos cuidados médicos continuados. Nesta pesquisa, esta foi a desvantagem mais relatada pelos utentes; ter um médico que não leve a sério os utentes. Guthrie e Sally (2006) afirmam que para os utentes parece não existir desvantagens quanto ao acesso rápido aos cuidados. Anteriormente, já Bollam e colegas (1988) verificaram que nas consultas “fora de horas”, os utentes acreditavam num fornecimento apropriado do diagnóstico da doença, sendo que, 83% dos utentes desta amostra acharam que o seu médico percebeu o seu problema, mesmo quando 79% dos indivíduos, que receberam atendimento, relataram que não entendiam as consultas “fora de horas” e as substituições.

Para além disso, para muitos utentes esta relação poderá levar a uma perda da autonomia (Pereira Gray et al., 2003). Esta crença poderá surgir pois pode ter sido desenvolvido uma relação paternalismo/ materialismo, mas também ser vista uma obrigação de manter uma relação, quando não existe confiança (Pereira Gray et al., 2003). É por isso que quando existe confiança e percepção de apoio, por parte do seu

médico, podemos encontrar uma satisfação com os clínicos (Baker, et al., 2003; Sans-Corrales et al., 2006).

Numa amostra de 1068 utentes, dos EUA (418) e do Reino Unido (650), observou-se que quando a satisfação dos utentes era baixa, mesmo em consultas com os médicos regulares ou outros médicos, a confiança nos médicos era relatada como baixa. Para além disso, que esta confiança nos médicos era influenciada pelas experiências passadas que por sua vez influenciava a continuidade dos utentes em ir ao clínico (Baker et al., 2003).

Lings e colegas (2003) afirmam que devido à confiança entre médico-paciente podemos verificar um fenómeno curioso: o paradoxo de satisfação, que consiste em os utentes expressar insatisfação com alguns procedimentos, mesmo continuando a ter uma relação positiva com os seus médicos. Isto pode acontecer porque os utentes avaliam num contínuo, ao longo dos anos, os seus médicos, através da integridade pessoal, da competência, dos conhecimentos médicos, da aceitação de alguns erros e do valor dos utentes atribuído ao trabalho dos clínicos. Ainda relativamente à satisfação dos utentes, existem estudos que demonstram que os utentes se queixam que os médicos de família não querem escutar os pacientes (Lempp et al., 2006), que estão pouco tempo com eles e apresentam falta de conhecimento de algumas doenças, e que os médicos demoram imenso tempo a efectuar o diagnóstico.

3.6. Expectativas dos utentes em relação as consultas

Os resultados terapêuticos, tais como, a satisfação com os cuidados, podem ser influenciados pelas expectativas dos pacientes (Rao et al., 2000). Devido à existência de uma quantidade considerável da literatura sobre esta variável, Rao e colegas (2000) efectuaram uma revisão da literatura de 23 artigos sobre as expectativas dos pacientes. Entre os resultados, evidencia-se vários pontos de interesse, designadamente, entre os 23 estudos, 19 apresentam que o principal resultado terapêutico é a satisfação com os resultados. Para além disso, 11 investigações demonstram que existe uma associação positiva entre as expectativas e altos valores de satisfação.

Uma das grandes vantagens em manter uma relação a longo prazo é o facto de haver uma melhor adesão a um tratamento ou prevenção. Verifica-se, ainda, em

vários estudos, que os indivíduos que indicam maior valor e desejo pela continuidade das consultas com o seu clínico geral são mulheres (Freeman & Richards, 1993; Pereira Gray et al., 2003; Pandhi & Saultz, 2006; Rodriguez et al., 2007), utentes com doenças crónicas ou maior sintomatologia (Duberstein et al., 2007; Guthrie & Sally, 2006; Pereira Gray et al., 2003; Pandhi & Saultz, 2006), utentes com problemas psicológicos e emocionais (Guthrie & Sally, 2006; Pereira Gray et al., 2003), aqueles que marcam com antecedência a consulta (Freeman & Richards, 1993), não brancos, pais de crianças pequenas (bebés), utentes que requerem mais medicamentos, indivíduos com baixas habilitações literárias (Pandhi & Saultz, 2006; Rodriguez et al., 2007), que têm uma relação com o seu cuidador há bastante tempo (Rodriguez et al., 2007), com sistema imunológico mais debilitado e com percepção de que o seu problema é bastante sério (Frostholm, et al., 2005) e idosos (Duberstein et al., 2007; Fan et al., 2005; Freeman & Richards, 1993; Pereira Gray et al., 2003; Pandhi & Saultz, 2006). Contudo, no estudo de Fan e colegas (2003), depois dos 70 anos esta satisfação diminuía ou então mantinha-se no mesmo nível. Já na investigação com 1816 utentes com cancro (Shilling et al., 2003), o facto de ser idoso correlacionou-se com as queixas de insatisfação, em que o tempo de espera de consulta foi o aspecto mais negativo (Zandbelt et al., 2006).

Num estudo português efectuado por Pereira e colegas (2002) sobre a caracterização dos grandes consumidores dos serviços de saúde, em termos de funcionamento e atitudes em relação aos médicos e medicina, destaca-se um pior funcionamento familiar ao nível da comunicação, papéis, responsividade afectiva, envolvimento afectivo, controlo do comportamento e funcionamento familiar global, mas também, quando comparado com o grupo de controlo, o facto de serem menos coesos.

Quando se correlacionou as variáveis familiares e variáveis ligadas às atitudes face aos médicos e à medicina, verifica-se que existia correlações significativas entre uma maior adaptabilidade e coesão familiar com as atitudes menos positivas (Pereira et al., 2002). As atitudes mais positivas em relação à medicina e aos médicos correlacionaram-se com algumas variáveis de funcionamento familiar (resolução de problemas e comunicação) e apresentavam uma correlação significativa com o *locus* de controlo ($r = 0,42$; $p < 0,001$; $r = 0,48 < 0,001$, respectivamente), isto é, as crenças sobre os poderes dos outros em resolver os problemas é maior nos indivíduos de famílias desorganizadas. Para além disso, os indivíduos de famílias mais

disfuncionais, ao nível do controlo do comportamento, papéis, comunicação e funcionamento familiar, são mais tolerantes às atitudes negativas face a medicina e aos médicos; menores atitudes negativas e maior consumo dos cuidados de saúde pior é o funcionamento familiar (idem).

Pereira e colegas (2002) levantam a hipótese de que a relação terapêutica satisfaz os utentes de famílias mais problemáticas a nível afectivo, em que estes utentes parecem procurar nos médicos a afectividade que não encontram no seu contexto. Isto pode ser verificado pela associação entre responsividade afectiva e atitudes mais positivas, e menos atitudes negativas face aos médicos.

3.7. Percepção dos utentes em relação aos médicos e medicina

Ainda relativamente a relação terapêutica Tarrant e colegas (2003) e Little e colegas (2001), investigaram as percepções dos utentes sobre esta dimensão, associando as percepções dos resultados e os recursos dos cuidados de saúde primários. Na primeira investigação, numa amostra de 40 utentes e 29 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, administrativos, etc.) em 6 centros de cuidados primários, foram identificados 4 aspectos fundamentais ligados aos cuidados pessoais, pelos utentes e profissionais, nomeadamente (Tarrant et al., 2003): 1) comunicação; 2) cuidados individualizados ou adaptados; 3) visão holística dos cuidados; 4) diferenças das perspectivas (*differences among participants' accounts*).

O primeiro aspecto e, o mais importante, advém das experiências pessoais dos cuidados (Tarrant et al., 2003), que se verifica em outros estudos, como o de Andrén e colegas (2005), em que para além da experiência, o alívio dos sintomas e a cura tinham um papel relevante. Segundo a perspectiva dos pacientes, são valorizados factores como boas capacidades de comunicação dos cuidadores, ou comunicação interpessoal, referido anteriormente (Andrén et al., 2005; Pandhi & Saultz, 2006; Tarrant et al., 2003; Ward et al., 2007), existência de empatia mas também a percepção dos que os cuidadores têm tempo (Tarrant et al., 2003; Ward et al., 2007), boas capacidades técnicas (Pandhi & Saultz, 2006), do facto de se sentirem mais confortáveis, de haver maior facilidade de efectuar perguntas e de ser envolvido nas decisões do tratamento (Guthrie & Sally, 2006; Ward et al., 2007; Andrén et al., 2005). Este processo (comunicação), já tinha sido identificado no trabalho de Brown e colegas (1997), de Ward e colegas (2007) mas também no

trabalho de Love e colegas (2000), referido anteriormente, em que a continuidade dos cuidados contribuía significativamente para o modelo comunicacional, para utentes com asma, mas também para a influência dos utentes nos tratamentos. Para além disso, em utentes sem esta patologia a continuidade foi significativa.

O segundo aspecto (Tarrant et al., 2003), apesar das dificuldades dos utentes descreverem este aspecto, refere-se ao diagnóstico, tratamento e gestão personalizado, ajustado às necessidades dos utentes. O terceiro aspecto, perspectiva holística, diz respeito ao facto dos pacientes não quererem apenas ser tratados pela sua doença, mas sim serem vistos como um todo, inseridos num determinado contexto de vida, sociedade e doença (Tarrant et al., 2003), ou seja, não como mais um caso biomédico (Lings et al., 2003). Para isso, o conhecimento da sua história pessoal e familiar pelos cuidadores era muito importante (Lempp et al., 2006; Tarrant et al., 2003). Este aspecto também é corroborado por trabalhos qualitativos anteriores (Brown et al., 1997) e posteriores (Guthrie & Sally, 2006), em neste último estudo, os utentes afirmavam que não havia necessidade de prestar muita atenção em si mesmo, devido à perspectiva holística do seu médico e, que este facto levava a confiar mais na responsabilidade dos médicos. Ainda neste estudo, foram identificadas crenças de que os médicos de família são mais eficientes, por já conhecer os utentes, que o tratamento era o mais adequado as suas características pessoais.

O quarto aspecto, salientado por Tarrant e colegas (2003), foram as diferenças entre utentes e profissionais, ou seja, o foco na experiência em receber os cuidados, na comunicação humana e a forma como os médicos tentam fornecer os cuidados pessoais aos seus pacientes (Tarrant et al., 2003). Tarrant e colegas (2003) constataram que tanto os pacientes como os profissionais descreveram, também os cuidados, para além da tradicional perspectiva de continuidade da relação profissional-paciente: a prática da saúde como um todo e não o simples encontro com uma pessoa desconhecida. A oportunidade de fomentar confiança e confidencialidade (Tarrant et al., 2003; Ward et al., 2007) e a abertura da comunicação e promover a gestão a longo prazo é as várias razões pelas quais os pacientes e cuidadores valorizam os cuidados primários (Tarrant et al., 2003). Mesmo quando havia continuidade da relação entre utente e profissional, alguns utentes não perspectivavam como existindo um cuidado continuado quando percepcionavam que não tinham sido tratados de forma humana ou quando na

consulta anterior a percepção do não cuidado pessoal existisse. Houve utentes que referiram que devido à empatia e à comunicação empática com os profissionais, os cuidados pessoais poderiam acontecer nos cuidados onde não houve uma continuidade dos cuidados e com um profissional desconhecido (encontros únicos entre médico e paciente). Mas também, para muitos utentes este era o factor principal para criar uma relação de continuidade com um profissional de saúde. E, uma equipa alargada de cuidadores nos cuidados primários é o que constitui os cuidados primários, segundo a maior parte dos indivíduos, e entre eles os recepcionistas têm também um papel importante.

Para os utentes, as consultas breves e os profissionais de saúde, devem apenas existir quando os problemas de saúde são agudos e fáceis de resolver. Já uma relação mais continuada com os profissionais de saúde deve ser direccionada para os problemas de saúde mais complexos, de longa duração e problemas emocionais. Esta diferença acontecia porque a necessidade de saber a história pessoal, familiar e social dos utentes era muito importante. Quando o profissional de saúde é um familiar, os utentes sentem-se embaraçados e nesta situação a continuidade dos cuidados com o mesmo profissional era indesejado. Para além disso, esta situação acontecia quando a relação profissional passava para um outro nível de relação (Tarrant et al., 2003).

Apesar de anteriormente termos já descrito, de forma pormenorizada, o valor que os indivíduos dão à comunicação, confiança com os seus médicos que têm há imenso tempo, convém ainda referir os trabalhos interessantes de Bultzingslowen e colegas (2005) e de Wensing e colegas (1996). A pesquisa de Bultzingslowen e colegas (2005), que consistiu numa pesquisa qualitativa, centrada nos valores dos pacientes, com doença crónica e acompanhados nos serviços de saúde primários com o seu médico a muitos anos. A amostra foi composta por 14 utentes, com doenças crónicas e que mantêm uma relação, a médio e longo prazo, com os seus médicos, de 3 centros de saúde primários. Para além destes 14 utentes, 16 profissionais foram alvo desta investigação. O sentido de segurança em ter um médico pessoal é o que mais ressaltou nesta pesquisa. Este sentido de segurança tem como base 4 categorias principais, nomeadamente, (1) sentimentos de coerência, (2) confiança no cuidado, (3) uma relação de confiança e (4) acessibilidade. Para além disso, existe um conjunto de subcategorias que fazem emergir as categorias principais referidas anteriormente.

- a. Sentido de coerência, podemos encontrar 3 subcategorias, designadamente, (1) conhecimento da história clínica, isto é, que as consultas são uma série de eventos relacionados que devem ser familiares aos médicos, (2) notificação de mudanças, isto é, as mudanças na saúde dos pacientes é algo que estes acham que os médicos devem reportar; (3) uma abordagem holística, ou seja, os pacientes vêem a consulta como algo que faz parte da vida deles e que por isso os médicos devem se interessar pela por inteiro, socialmente, mentalmente e socialmente.
- b. Confiança no cuidado, apresenta como subcategorias, a responsabilidade, ou seja, ao assumir da responsabilidade, manter uma coordenação dos cuidados e direccionar, em caso de necessidade, para outros profissionais, transmite uma segurança aos indivíduos. Outra subcategoria é a capacidade profissional dos médicos, de enorme importância para alguns pacientes saberem que o seu médico é competente.
- c. Confiança na relação, consiste numa categoria que emerge da (1) identificação e respeito como seres humanos, (2) compreensão e empatia, ou seja, alguns pacientes sentem compreendidos e empatia mais pelos seus médicos de que outros, (3) necessidade de serem acreditados e levados a sério, isto é, que os pacientes podem ter uma opinião sobre a sua saúde e que os médicos têm em conta essa opinião, (4) que o tratamento permite uma cooperação, participação do utente e *empowerment*, ou seja, participação nas decisões médicas mas também ganhar controlo sobre a sua saúde.
- d. Acessibilidade, advém do conhecimento dos médicos, ou seja, a forma como estes trabalham, como são e como lidam com os pacientes, mas também resulta da capacidade de chegar ao seu médico (Bultzingslowen et al., 2005). Esta preferência por uma melhor acessibilidade, mas em termos de contactar com os médicos e em períodos de tempo curtos é referenciada por Pandhi e Saultz (2006).

Insegurança e insatisfação são alguns dos valores associados aos pacientes que são acompanhados por médicos a curto prazo (Bultzingslowen et al., 2005). Estes valores surgem da experiência de um cuidado intermitente, sem objectivos específicos e conhecimento da história da saúde e medicação anterior dos pacientes. Para além disso, estes utentes sentiram emoções negativas, especialmente por não

serem levados a sério e haver sentimentos de descrédito neles (utentes). Esta percepção de descrédito pelos utentes pode surgir da hesitação dos médicos e da necessidade em questionar através de perguntas de confirmação. Ainda nestes pacientes existiu um sentimento que os médicos em geral são competentes, contudo, quando mencionavam a competência dos seus médicos, estes sentiam-se mais confiantes em reportar a sua competência (Bultzingslowen et al., 2005).

Wensing e colegas (1996) fizeram uma investigação, qualitativa, que teve como objectivo investigar quais são os indicadores da prática da medicina geral que os utentes com doenças crónicas e médicos possuem e destes quais são os mais importantes na avaliação dos cuidados pelos utentes. Salienta-se nesta investigação os aspectos relacionados com os cuidados técnicos/ médicos percebidos pelos utentes: que a medicina geral resolve os sintomas rápidos e agudos, que efectua um diagnóstico rápido, envolve especialidades médicas ou outros cuidados de saúde a tempo, que a medicina geral encaminha correctamente a especialidade médica, que têm meios para efectuar diagnósticos, que reagem rapidamente em crises ou complicações, que não enviam rapidamente os utentes as especialidades médicas, que a medicina geral tem bons conhecimentos das doenças, tratamentos e que conhecem os desenvolvimentos da medicina mais recentes, que tem noção dos seus limites, que constantemente reavalia as necessidades dos pacientes, que analisa e verifica os tratamentos, que os assistentes da medicina geral estão bem informados e são competentes e que a medicina geral intervém em caso de erro por parte dos especialistas.

Ao nível das perspectivas dos pacientes sobre a relação médico paciente, os utentes acreditam que os médicos respondem às perguntas, que ouvem e perguntam pelas opiniões dos utentes (Wensing et al., 1996). E que a medicina geral vê todos os pacientes com seriedade, que tem um interesse permanente e conhecimentos sobre os utentes, seus familiares e a sua situação, que a medicina geral tem sempre tempo para falar com os utentes, que os médicos escutam os utentes muito bem, que os assistentes de medicina geral são amigáveis, que dão mensagens muito importantes, que conferem sempre com os utentes as opiniões sobre o tratamento e têm em consideração estas opiniões, que a medicina geral trata os seus pacientes como iguais e que não ficam irritados quando os pacientes pedem uma segunda opinião. Relativamente à informação e ao apoio por parte da medicina geral os utentes acham que a medicina geral desde o princípio conta o que se espera, que explicam bem que

doença se trata, que fornece informações sobre o tratamento, que referem as consequências que a doença acarreta no dia-a-dia, onde os pacientes podem encontrar ajuda, que envia e informa sobre as associações, organizações e serviços públicos de apoio aos utentes, que oferecem orientações psicossociais e uma boa reabilitação. Mas também que a medicina geral estimula a responsabilidade pessoal dos utentes, que efectua marcações ao domicílio, que os familiares dos utentes são bem instruídos pelos assistentes e que a medicina geral fornece informações sobre reabilitação e orientação aos familiares dos utentes (idem)

Quanto à acessibilidade e à disponibilidade da medicina geral, os utentes acham que existe um sistema de marcação de consultas, que as consultas com cuidadores diferentes podem ser combinadas, que existem horas específicas para as consultas com doentes crónicos específicos, que existe muito tempo disponível nos intervalos das consultas, que os tempos de espera são curtos, que existe ajuda imediata em caso de sintomas agudos, que há acessibilidade às consultas, que os pacientes conseguem marcar consultas em qualquer altura do horário laboral, que no horário pós-laboral existem consultas médicas e que conseguem contactar os médicos por telefone (Wensing et al., 1996). No que concerne à organização dos serviços da clínica geral os utentes acham que nas várias funções existe o envolvimento dos médicos, que não existe muito barulho nas salas, que as salas de espera são grandes e bem decoradas, que a adesão ao tratamento e o curso da doença são seguidos pela medicina geral, que existe contacto com os pacientes quando estes se encontram hospitalizados, que são os assistentes de medicina geral que tem a iniciativa de iniciar as consultas, que os assistentes não mudam a todo tempo, que existe uma boa comunicação entre assistente e cuidadores, que nos outros prestadores de cuidados os assistentes intervêm activamente, que existe uma boa transmissão de informação (Wensing et al., 1996).

3.8. Síntese

Neste trabalho foi verificado alguma ambiguidade nas investigações no que diz respeito à definição de crenças dos utentes face aos médicos e à medicina. Provavelmente este capítulo não veio ajudar a clarificar ideias neste tema, tendo ficado contudo a tentativa do contributo do conceito e das directrizes das crenças face à medicina e aos médicos. A nível internacional, mais concretamente nos países

anglo-saxónicos, alguns dos tópicos de investigação discutidos pelos autores não fazem sentido na realidade do nosso país ou na realidade da nossa amostra, tais como, crenças relacionadas com a raça, etnia e orientação espiritual dos médicos. Presumivelmente poderá fazer sentido investigar estas crenças em contextos mais multiculturais, como por exemplo, na cidade de Lisboa, ou então, devido ao fluxo de imigrantes de países de Leste, Asiáticos e Africanos para Portugal nos últimos 15 anos, num futuro próximo, quando os imigrantes de segunda geração se formarem.

Do que foi possível avaliar e investigar, fica aqui uma pequena síntese de algumas ideias que podem ser vistas como crenças face aos médicos e medicina. A mais debatida, estudada e que mais interesse tem surgido nos meios académicos, é a orientação da relação médico-paciente. Teoricamente podemos afirmar que existem alguns modelos sobre esta orientação, nomeadamente: a) o modelo mais paternalista/materialista, em que a ideia chave é a de que o poder e a decisão nos cuidados médicos é da exclusividade dos médicos; b) o modelo informativo, onde a troca de informação, respeito pelos valores dos utentes é a ideia principal. Contudo a decisão médica continua a ser dos médicos; c) o modelo interpretativo, onde o médico deve ter pleno conhecimento dos valores dos seus pacientes, de forma a informar e interpretar a intervenção seleccionada pelo seu paciente, tem sempre em mente que o técnico de saúde é apenas um conselheiro/ consultor; d) o modelo deliberativo, em que uma das principais ideias continua a ser os valores dos utentes e a intervenção seleccionada por estes, porém, o médico deve persuadir o paciente pelo debate moral para o tratamento/ intervenção mais “correcta”; e) o modelo centrado no paciente, o mais salientado pelas investigações como sendo o mais aceite e preferido pelos indivíduos, tem como ponto crucial a ideia que o sujeito deve ser visto como um todo, holisticamente, como um ser biopsicossocial. Outra ideia importante é a necessidade do médico trabalhar constantemente a relação médico-paciente.

Outro ponto importante é que a relação médico-paciente a longo prazo, e definida por muitos autores como continuidade dos cuidados médicos, se correlaciona significativamente com outras variáveis, tanto clínicas como psicossociais. De uma forma muito sumária, e sustentada pelas várias investigações apresentadas anteriormente, podemos afirmar que a continuidade dos cuidados é uma fonte de satisfação para os utentes que usufruem de uma relação prolongada com o seu médico de família (para muitos o seu principal cuidador), mais exactamente aqueles que são acompanhados pelo mesmo médico há muitos anos.

Outra conclusão que merece ser ressaltada é que esta relação continuada é construída ao longo do tempo (± 5 anos), que envolve um processo de partilha de informação e experiências. Contribui, igualmente, para a manutenção da continuidade dos cuidados e de uma relação saudável entre o médico de família e os outros profissionais de saúde. A relação é percebida, ainda, como sendo vantajosa, quando existe a noção, nos utentes, que existe múltiplos benefícios clínicos em manter uma relação longa, nomeadamente: maior segurança e confiança, melhores resultados clínicos, melhores relatos de saúde e atendimento a horas convenientes. A relação continuada no tempo relaciona-se também com uma melhor percepção que os seus médicos de família são os mais eficientes e que trabalham mais horas nos centros de saúde (isto parece ser verdade para os utentes mais velhos e para as mulheres).

Outra ideia salientada pelos investigadores referidos são as expectativas que os utentes têm da relação com um profissional de saúde, que pode ser vista, em muitos aspectos, como crenças do que se espera da continuidade dos cuidados com o seu médico. Os indivíduos atribuem um valor e desejo à continuidade das consultas com um único médico, que poderá ter um peso importante na relação. Entre os utentes que mais desejam uma relação e com maiores valores, destacam-se as mulheres, os utentes com doenças crónicas e debilitantes a nível imunológico, com maior sintomatologia clínica, utentes com maiores problemas emocionais e psicológicos, os pacientes que marcam as consultas com antecedência, pais de crianças muito pequenas, os pacientes que tomam muitos medicamentos, os que apresentam menores habilitações literárias, e os pacientes com uma relação mais prolongada no tempo com o seu médico, etc.

Relativamente à percepção em ter um médico de família, esta é um factor importante para a transmissão de segurança, principalmente a utentes com doenças crónicas. Este sentido de segurança, que advém da continuidade dos cuidados, pode apresentar quatro categorias, que já foram mencionadas anteriormente neste trabalho mas que convém indicá-las brevemente: 1) sentido de coerência; 2) confiança; 3) confiança na relação e; 4) acessibilidade.

Existem utentes que percebem que muitas vezes não são levados a sério e que existe descrédito por parte dos médicos de clínica geral, podendo este sentimento surgir na hesitação dos clínicos gerais. Contudo, subsistem pacientes que acham que os médicos de clínica geral são, entre muitas coisas, amigáveis, bons ouvintes,

transmissores de mensagens importantes, que têm em consideração a opinião dos utentes, etc. Este grupo de utentes acreditam ainda que a medicina familiar e geral funciona muito melhor quando comparada com as especialidades e com os médicos especialistas. Para além disso, acham que a acessibilidade e organização dos serviços de saúde públicos funcionam bem e que resultam.

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

1.1. Objectivos do estudo

O objectivo geral deste estudo consistiu em contribuir para a melhor compreensão da relação entre três variáveis (psicológicas) em contextos de cuidados de saúde primários, nomeadamente: 1) aliança terapêutica e adesão terapêutica; 2) aliança terapêutica e crenças face aos médicos e à medicina.

Pretendíamos assim analisar se a relação encontrada entre estas variáveis em outros contextos de saúde e em outros contextos culturais, recentemente relatada na literatura (Fuertes et al., 2006) se verificava na realidade dos contextos de saúde primários. Como objectivo específico deste estudo, pretende-se ainda efectuar a adaptação para os contextos de saúde primários do Inventário da Aliança Terapêutica – Cliente (versão portuguesa do *Working Alliance Inventory – WAI-C* – de Horvath, 1981). Este inventário tem sido amplamente utilizado na prática psicoterapêutica e foi adaptado para a população portuguesa por Machado e Horvath (1999). À semelhança do que tem acontecido com outras adaptações do inventário a contextos médicos (Fuertes, et. al., 2006; Schönberger et al., 2006a; Schönberger et al., 2006b; Schönberger et al., 2006c), esperamos poder contribuir com um instrumento útil para o estudo da relação médico doente.

Assim, apresentamos um primeiro estudo que consiste no estudo psicométrico do Inventário de Aliança Terapêutica para contextos de saúde primários (IAT-CS) e um segundo estudo em que procuramos testar as hipóteses que relacionam a aliança com os anos de acompanhamento e adesão com anos de acompanhamento médico.

1.2. Hipóteses

Tomando como suporte a revisão da literatura que efectuamos, os estudos que relacionam a aliança terapêutica com os resultados dos tratamentos, assim como os estudos sobre adesão e crenças face aos médicos e à medicina, formulamos as seguintes hipóteses orientadoras do nosso segundo estudo:

H1 – O tempo de acompanhamento médico do utente esta relacionado negativamente com a adesão terapêutica.

H2 – O tempo de acompanhamento médicos do utente esta correlacionado positivamente com a aliança terapêutica.

1.3. Caracterização da amostra

Participaram efectivamente neste estudo 207 utentes distribuídos por 7 Centros de Saúde que se encontram sob a gestão da Administração Regional de Saúde do Norte, nomeadamente as Sub-Regiões de Saúde de Braga e Viana de Castelo (Infias, Darque, Viana do Castelo, Barcelos / Barcelinhos, Vila Verde, Ponte de Lima / Freixo, Gualtar). Trata-se de uma amostra aleatória recolhida no contexto de cada um dos centros de saúde.

No quadro 2 apresentamos a distribuição dos participantes em função do Centro de Saúde de pertença. E como podemos verificar a maioria dos elementos da amostra são de Centros de Saúde de maior densidade populacional, sendo que 69 elementos (33,3%) de Viana de Castelo, 58 de Gualtar-Braga (28%), 40 de Infias-Braga (19,3%), seguido depois de zonas de menor densidade urbanista e populacional, nomeadamente, 14 indivíduos de Ponte de Lima (6,8%), 12 de Darque (5,8%), 9 de Barcelos-Barcelinhos (4,3%) e de 5 de Vila Verde (2,4%).

Quadro 2.
Número de elementos da amostra por Centro de Saúde/ Unidade de Saúde Familiar

	Nº	%
Infias	40	19,3
Gualtar	58	28,0
Vila verde	5	2,4
Darque	12	5,8
Ponte de Lima	14	6,8
Viana de castelo	69	33,3
Barcelos	9	4,3
Total	207	100

Nota: Nº: número de utentes; %: percentagem

No que concerne ao sexo e idades da amostra 139 são mulheres (67.1%), 65 são homens (31,6%). As idades variam entre os 18 anos (mínimo) e os 73 anos

(máximo) e com uma média de idades de 40,9 anos e com um desvio-padrão de 13, 11.

Relativamente ao estado civil, 137 são casados/as (66,2%), 44 são solteiros/as (21,3%), 15 são divorciados/as (7,2%), 5 são viúvos/as (2,4%), 3 vivem em uniões de facto (1,4%) e 2 são separados (1,0%).

Quanto às habilitações literárias, 10,1% (21 indivíduos) possuem o Ensino Básico, 13% (27), o 2º Ciclo, 24, 6% (51), o 3º Ciclo, 30% (62), o Ensino Secundário e 21, 7 % (45 indivíduos) o Ensino Superior.

No que concerne à profissão dos elementos da amostra, 89 (43,0%) foram classificados como profissionais indiferenciados (operários fabris, mecânicos, serralheiros, costureiras, empregados de balcão ou de mesa, policia, motoristas, fieis de armazém, etc.), seguidos de 53 (25,6%) profissionais liberais (professores, psicólogos, engenheiros, empresários, gestores, advogados, etc.), 17 (8,3%) estudantes e reformados, para ambos os grupos, e desempregados e domésticas, com 13 elementos cada um (6,3%).

Relativamente ao motivo da consulta (quadro 4), podemos verificar que quase metade da amostra (n=80; 42,5%) vão à consulta de rotina, que 42 (20,3%) vão à consulta médica por outros motivos e que 33 elementos vão mostrar exames ou deslocam-se por doença sendo este o motivo corresponde a uma percentagem de 15,9%.

Quadro 3. **Motivo da consulta dos elementos da amostra**

	N	%
Doença	33	15,9
Mostrar exames	33	15,9
Rotina	88	42,5
Outro	42	20,3
6,00	1	, 5
Total	196	95,2
Valores em falta	10	4,9
Total	207	100,0

Nota: N: número de utentes; %: percentagem

Nomeadamente aos anos de acompanhamento pelo médico de família (quadro 4) verifica-se que 71 utentes (34,3%) são acompanhados pelo médico de família

entre os 0 (apresentam acompanhamento médico de família inferior a um ano) e 5 anos, 47 indivíduos (22,7%) entre 11 a 20 anos, 45 (21,7%) entre 21 a 30 anos, 28 (13,5%) entre os 6 e os 10 anos e 4 (1,9%) entre os 31 e os 40 anos de acompanhamento médico.

Quadro 4.

Anos de acompanhamento dos elementos da amostra pelo médico de família

		N	%
Valido	,00	1	,5
	0-5 Anos	71	34,3
	6-10 Anos	28	13,5
	11-20 Anos	47	22,7
	21-30 Anos	45	21,7
	31-40 Anos	4	1,9
	6	1	,5
	Total	196	95,2
Valores em falta		10	4,8
Total	207	100,0	

Nota: N: número de utentes; %: percentagem

Relativamente à regularidade das consultas com o médico de família verificamos que 80 indivíduos (38,6%) têm uma regularidade de consultas anual, 56 elementos (27,1%) trimestral, 37 (17,9%) referenciados como outra regularidade (de 6 em 6 meses, de 2 em 2 anos, etc.), 25 (12,1%) mensalmente e 5 (2,4%) semanalmente.

Quadro 5.

Regularidade das consultas dos elementos da amostra pelo médico de família

Regularidade das consultas	N	%
Semanal	5	2,4
Mensal	25	12,1
Trimestral	56	27,1
Anual	80	38,6
Outra	37	17,9
6,00	1	,5
Total	203	98,6
Valores em falta	3	1,4

Regularidade das consultas		
	N	%
Semanal	5	2,4
Mensal	25	12,1
Trimestral	56	27,1
Anual	80	38,6
Outra	37	17,9
6,00	1	, 5
Total	203	98,6
Valores em falta	3	1,4
Total	207	100,0

Nota: N: número de utentes; %: percentagem

No que concerne a outros dados sócio-clínicos da amostra (quadro 6), 193 afirmam que têm médico de família (93,2%) e 7 afirmam que não (3,4%). 149 indivíduos (72,0%) não apresentam doença ou deficiência física comparativamente a 54 (26,7%) que apresentam; 104 (49,8%) tomam medicação e 93 (44,8%) não, enquanto 138 (66,1%) afirmam que não efectuam nenhum tratamento médico ou de saúde e 27 (13,0%) afirmam que sim. Quanto a médicos particulares, 101 pacientes (48,8%) afirmam recorrer a médicos particulares e 92 (44,4%) só a médicos de centro de saúde.

Quadro 6.

Dados sócio-clínicos: médico de família, doença ou deficiência, medicação, tratamentos e recurso a médicos particulares.

	MF		DD		M		T		MP	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Válido	7	3,4	4	1,9	8	3,9			13	6,3
Sim	193	93,2	4	26,1	104	49,8	27	13,0	101	48,8
Não	7	3,4	49	72,0	93	44,8	138	66,7	92	44,4
					1	, 5			1	, 5
Total							165	79,7		
Valores em falta							, 5	42	20,3	
Total	207	100,0	207	100,0	207	100,0	207	100,0	207	100,0

Nota: N: número de utentes; %: percentagem; MF: médico de família; DD: doença ou deficiência; M: medicamentos; T: tratamentos; MP: médicos particulares.

1.4. Instrumentos

1.4.1. Questionário Socio-demográfico

No sentido de recolher informação sobre as variáveis demográficas e clínicas da nossa amostra, construímos um questionário sócio-demográfico incluindo questões sobre: o Centro de Saúde a que os participantes recorrem, a idade, as habilitações literárias, a profissão, o estado civil, o motivo da consulta, a regularidade das consultas com o médico de família, há quantos anos o médico acompanha o utente, se existe doença ou deficiência física, tomas de medicação e quantidade da medicação, tratamentos médicos e recurso a médicos particulares.

1.4.1.1. Inventário da Aliança Terapêutica

Para a adaptação do Inventário de Aliança Terapêutica ao contexto de saúde partimos da versão portuguesa adaptada pelo Professor Paulo Machado e pelo Professor Adam Horvath (1999), que por sua vez foi adaptado do instrumento *Working Alliance Inventory* (Horvath & Greenberg, 1989).

Este inventário permite avaliar a qualidade da aliança terapêutica de acordo com o modelo transteórico de Bordin (Bordin, 1979; Horvath, 1981; Horvath, 1994), que propõe considerar a aliança como um construto tridimensional. O inventário de que partimos é constituído por 36 itens agrupados em 3 subescalas que estão relacionadas com as dimensões descritas por Bordin, nomeadamente: 1) acordo em relação aos objectivos, 2) acordo em relação às tarefas e vínculo entre o cliente e o terapeuta. A versão portuguesa deste inventário inclui 3 formas paralelas: cliente (WAI-C), terapeuta (WAI-T), observador (WAI-O). Cada subescala do Inventário da Aliança Terapêutica é composta por 12 itens, avaliados numa escala Likert de 7 pontos, que varia entre "Nunca", "Raramente", "Ocasionalmente", "Por vezes" "Frequentemente" e "Sempre" (Machado & Horvath, 1999).

Este instrumento está bastante estudado, tendo sido feitos vários estudos de validação interna e externa. O quadro 8 apresenta uma revisão dos estudos de validação do WAI. Como podemos verificar, o WAI é um instrumento com uma boa fiabilidade, que mede o construto que se propõe medir (Horvath & Greenberg, 1989)

o que foi demonstrado em vários estudos, nomeadamente, o estudo inicial de Horvath (1981 cit. in Horvath & Greenberg, 1989) em que se obteve na versão cliente um *alpha* interno entre os 0,85 e os 0,88 (nas três dimensões), 0,88 no total do WAI-C e na versão terapeuta, 0,87 (objectivos), 0,82 (tarefa), 0,68 (relação) e no total 0,75. Para além disso, quando comparado com outros instrumentos apresenta correlações de 0,57 (tarefa), 0,31 (relação), 0,30 (objectivos) e uma correlação no valor total do WAI de 0,42, o que indica uma moderada validade externa. Um estudo de Greenberg e Webster (1982) avaliou a correlação com outros instrumentos (verificar quadro 7) e obteve correlações de 0,54 (tarefa), 0,48 (relação), 0,39 (objectivos) e 0,52 (total).

Quadro 7.

Conjunto de estudos que apresentam a validação do WAI

Estudo	N	Autor	Dados psicométricos	Observação
1º	29 díades terapeuta/cliente Modelos psicoterapêuticos variados (Centrado no Cliente, analítico, Jungiano, comportamental ou cognitivo).	Horvath, 1981	Fiabilidade: Cliente: Entre 0.85 à 0,88; Terapeuta: Objectivos: 0,87; Tarefa: 0,82; Relação: 0,68; Total cliente: 0,88; Total terapeuta: 0,75; Fiabilidade entre aliança e satisfação do terapeuta: 0,37; Correlação entre aliança e resultados (WAI e PTO): Tarefa: Satisfação: 0,65; Mudança: 0,45; Ajustamento: 0,31; Total: 0,57. Relação: Satisfação: 0,32 Mudança: 0,23; Ajustamento: 0,21; Total: 0,31. Objectivo: Satisfação: 0,40; Mudança: 0,24;	Esta relação foi entre os resultados das correlações do WAI-C e resultados terapêuticos do cliente

				Ajustamento: 0, 09; Total: 0, 30.	
			Total:	Satisfação: 0,50; Mudança: 0,33; Ajustamento: 0,22; Total: 0,42.	
2º	31 Adultos Terapia limitada pelo tempo écnica intervenção Gestalt;	Greenberg & Webster, 1982),	WAI-T Tarefa:	Indecisão: 0,68; SAIT: 0,55; TC: 0,65; TTC: 0, 59.	Correlação entre variáveis da aliança e resultados avaliados por vários instrumentos
			Tarefa:	Satisfação: 0,68; Mudança: 0,37; Ajustamento: 0,32; Total: 0,54.	
			Relação:	Satisfação: 0,48; Mudança: 0,47; Ajustamento: 0,16; Total: 0,48.	
			Objectivo:	Satisfação: 0, 40; Mudança: 0,22; Ajustamento: 0, 25; Total: 0, 39.	
			Total:	Satisfação: 0,66; Mudança: 0,38; Ajustamento: 0,22; Total: 0,52.	
3º	Moseley, 1983	25 díades	Fiabilidade:	Objectivo: 0,89; Tarefa: 0,92; Relação: 0,92.	Modelos: Centrados no Cliente; Psicodinâmico; Comportamental;
			Fiabilidade entre WAI e instrumentos de avaliação dos resultados:	Tarefa: SAIT: -0.13; Auto-estima: 0,21; Queixas: 0,53;	

CPQ mudança: 0,30;
 CPQ ajustamento: 0,50;
 CPQ satisfação: 0,63;
 Relação: Gestalt; Cognitivo-comportamental ;
 SAIT: -0.16;
 Auto-estima: 0,11;
 Queixas: 0,51;
 CPQ mudança: 0,46; Racional-emotivo
 CPQ ajustamento: 0,21;
 CPQ satisfação: 0,71;
 CPQ total: 0,25.

Objectivos: Clientes
 SAIT: 0.04;
 Auto-estima: 0,02;
 Queixas: 0,33;
 CPQ mudança: 0,16;
 CPQ ajustamento: 0,37;
 CPQ satisfação: 0,50;
 CPQ total 0,33.

Tarefa:
 SAIT: 0.13;
 Auto-estima: 0,21;
 Queixas: 0,53;
 CPQ mudança: 0,30;
 CPQ ajustamento: 0,50;
 CPQ satisfação: 0,63;

Análise da regressão:
 CPQ Total:
 Tarefa: 0,35;
 Objectivos: 0,15
 CPQ Satisfação:
 Tarefa: 0,43;
 Relação: 0,10;

CPQ Queixa:
 Tarefa: 0,28;
 Objectivo: 0,27

Nota: Adaptado de Horvath e Greenberg (1989, pp. 227-230); N: tamanho da amostra

Como já foi referido anteriormente, este inventário foi adaptado à população portuguesa por Machado e Horvath (1999) com uma amostra clínica de 30 utentes em processo psicoterapêutico, mais exactamente na 4ª e 12ª sessão. No que consiste à fiabilidade interna, a versão portuguesa apresentou um *alpha* de Cronbach de 0,87 para a Relação, 0,93 para a Tarefa, 0,80 para Objectivos e 0,95 para a escala total. Outro estudo português realizado por Pacheco e colegas (2003), numa amostra de adolescentes grávidas utilizou, juntamente com o WAI outros instrumentos, designadamente o *Self-Evaluation and Social Support* (SESS) de Brown, Bifulco, Veil e Andrews (1990 cit in Pacheco et al., 2003) e o *Attachment Style Interview* (ASI) de Bifulco, Brown e Harris (1995 cit in Pacheco et al., 2003). A relação entre WAI e os outros questionários revelou-se, segundo os autores, como contraditória, especialmente a correlação entre a perspectiva do paciente e os valores esperados.

1.4.1.2. Adaptação do Inventário da Aliança Terapêutica para Contexto de Saúde Primário

O Inventário de Aliança Terapêutica para contexto e realidade de saúde em Portugal (IAT-CS) ocorreu através de diversos passos que a seguir se descrevem:

- 1) Adaptação da linguagem dos itens do IAT ao contexto de saúde primária. Para esta adaptação efectuou-se uma reflexão falada juntamente com 7 indivíduos de diversas áreas (técnicos de intervenção comunitária; estudantes académicos, empregadas domésticas, reformados, administrativos, porteiros, profissional da construção civil), diversas formações (ensino básico, 2º ciclo, secundário e ensino superior) diversificados contextos sociais (classe média e classe média alta). Dados sócio-demográficos foram igualmente tidos em consideração: género (2 do género masculino e 5 do género feminino) e idades (entre 21 e 77 anos). Depois de um primeiro contacto com estes indivíduos, o questionário voltou a ser reformulado, havendo um re-teste aplicado a 2 indivíduos destas 7 iniciais.
- 2) Feita a adaptação da linguagem e a reflexão falada dos itens passamos à administração da versão experimental do Inventário de Aliança Terapêutica

para contextos de saúde (IAT-CS), em relação ao qual tínhamos como objectivo fazer o estudo psicométrico.

1.5. Escala de Adesão Terapêutica

Criado por Horne, Weinman e Hankins (1997) e adaptado por Pereira e Silva (1999a) esta escala avalia o grau e a frequência com que os indivíduos ingerem os seus medicamentos, de acordo com a prescrição médica, através de 4 itens e divide-se em duas subescalas: Alteração das Doses de Medicação (itens 2, 4), e Esquecimento da Toma de Medicação (itens 1, 3) (Pereira & Silva, 2002). Dois dos itens são avaliados numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos com cotação invertida; dois itens são formulados como questões directas e cotadas numa escala de cinco pontos. Ao nível das qualidades psicométricas esta escala apresenta um *alpha* de Cronbach que no estudo original varia entre 0,60 e 0,83 (Horne, Weinman & Hankins, 1997, cit. in Pereira & Silva, 2002; Pereira & Silva, 1999a) enquanto no estudo português de Pereira e Silva (1999a), numa amostra de 246 utentes de Centros de Saúde, o *alpha* é de 0,709, ou seja, apresenta uma boa consistência interna. Já em relação às subescalas não foram apresentados os *alpha* de Cronbach por subescala. Mais recentemente, Pereira e Ferreira (Comunicação pessoal, 29 de Janeiro, 2009), encontraram um *alpha* de 0,51 para a subescala Alteração das Doses de Medicação e 0,65 para Esquecimento da Toma de Medicação. Segundo Pereira e Ferreira (Comunicação pessoal, 29 de Janeiro, 2009), como cada subescala tem apenas 2 itens estes *alpha* s são aceitáveis.

1.6. Escala de Avaliação das Atitudes Face à Medicina e aos Médicos

Escala criada por Marteau (1990) e adaptado para a realidade portuguesa por Pereira & Silva em 1999b e tem como objectivo avaliar “o grau em que os indivíduos avaliam as atitudes positivas e negativas face a eficácia da medicina e dos médicos” (cit in Pereira & Silva, 2002). Esta escala é composta por 4 subescalas: 1) atitudes positivas face aos médicos; 2) atitudes negativas face aos médicos; 3) atitudes positivas face à medicina; 4) atitudes negativas face à medicina. No estudo original, esta escala é apresentada sob a forma de 19 afirmações numa escala tipo *Likert* de 6 pontos (1 à 6) (idem), sendo que as 4 subescalas do instrumento original foram

agrupadas em 2 subescalas: 1) atitudes positivas face aos médicos e à medicina; 2) atitudes negativas face aos médicos e à medicina. Neste estudo retiraram-se ainda dois itens, pois uma das subescalas apresentava um *alpha* de Cronbach abaixo de 50%.

Já com 17 itens na aferição portuguesa, esta escala apresenta uma consistência interna global de 0.695 (*alpha* de Cronbach) e uma consistência interna nas 4 subescalas acima de 50%. Para cada subescala foi encontrado um *alpha* diferente. Para a subescala Atitudes Positivas Face aos Médicos, foi encontrado um *alpha* de 0,633; a subescala Atitudes Negativas Face aos Médicos apresenta um *alpha* de 0,542; 0,397 é o *alpha* de Atitudes Positivas Face a Medicina, enquanto as Atitudes Negativas Face a Medicina apresenta um *alpha* de 0,573. Actualmente a escala foi validada para a nossa população por Pereira e Roios (Comunicação pessoal, 29 de Janeiro, 2009), onde apenas se apresentam duas subescalas Atitudes Positivas Face aos Médicos e à Medicina (itens: 16, 10, 9,5, 11, 6, 1, 19), que apresentou uma consistência interna de 0.74 e Atitudes Negativas Face aos Médicos e à Medicina (itens: 15, 14, 13, 8, 18, 2, 3, 7, 4), com um *alpha* de 0.70. Os itens 2 e 17 foram eliminados por não saturarem nenhum dos factores (Pereira & Roios, Comunicação pessoal, 29 de Janeiro, 2009).

1.7. Procedimentos

Para a adaptação e estudo do Inventário de Aliança Terapêutica em contextos de saúde, iniciamos por pedir autorização aos autores, Adam Horvath e Paulo Machado para este efeito.

Tendo obtido esta autorização procedemos à adaptação da linguagem dos itens, reflexão falada e constituição da forma experimental do IAT para contextos de saúde.

Previamente à recolha de dados, foi solicitada autorização para investigação académica à Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) anexando os objectivos e natureza do estudo. Para tal, foi efectuado um pedido formal de autorização para este trabalho. De acordo com as recomendações de Almeida e Freire (2000) foi entregue um pedido contendo uma breve descrição do projecto em questão, as suas diferentes fases e o nome do investigador e da orientadora do estudo.

Após autorização da ARSN, e no cumprimento das orientações dadas pela mesma, procedemos à selecção da amostra aleatória definida em função de critérios de inclusão. Os critérios de inclusão dos participantes neste estudo foram os seguintes:

- Indivíduos adultos;
- Serem acompanhados pelo médico de família (não de recurso);
- Saber ler e escrever.

Com o consentimento dos directores dos Centros de saúde, o investigador contactou individualmente os participantes na sala de espera da consulta. Após a confirmação de que os utentes iam ter consulta com o seu médico de família, o investigador apresentava em linhas gerais o estudo, quais os seus objectivos, os procedimentos necessários à participação na investigação (preenchimento 4 questionários), e finalmente se estariam dispostos a participar na investigação. Após o consentimento informado dos utentes, aqueles que voluntariamente aceitavam preencher os questionários, faziam-no no momento enquanto esperavam pela consulta e no final introduziam-nos num envelope, que era entregue fechado ao investigador ou colaboradores deste. Os participantes aceitaram participar em dois momentos de avaliação, sendo o primeiro por altura do consentimento de participação e o segundo passado um mês. Por fim foram revistos todos os questionários e todos aqueles que estavam incompletos foram retirados da análise. Em média foram eliminados do estudo 6 questionários/dia, devido ao não cumprimento dos critérios de inclusão e/ou por serem entregues incompletos, sem o preenchimento na sua totalidade

1.8. Análise dos dados

Os dados da investigação foram trabalhados estatisticamente através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17. Este programa informático largamente utilizado para analisar dados estatísticos consiste num sistema integrado que tem sido desenvolvido ao longo dos anos (Poeschl, 2006).

A análise dos dados iniciou-se com o estudo do Inventário de Aliança Terapêutica para contextos de saúde, e por fim procedemos à análise de correlações

entre as variáveis aliança terapêutica e adesão e crenças, de modo a analisar as hipóteses que foram colocadas no início deste estudo.

2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

2.1. Procedimento de análise de dados

Embora fosse nosso objectivo explorar as características psicométricas do inventário de aliança terapêutica adaptado a contextos de saúde, em termos da sua validade e fidelidade, apenas nos foi possível realizar a análise da validade de construto, a validade concorrente a análise da consistência interna. Devido à dificuldade em obter a participação dos sujeitos num segundo momento não conseguimos em tempo útil reunir um número de questionários suficiente para proceder à análise da estabilidade do IAT- para contextos de saúde (IAT-CS).

No sentido de analisar a validade de construto (Almeida & Freire, 1997), procedemos a uma análise factorial exploratória de modo a perceber se, assim como no escala original e na adaptação portuguesa (Machado & Horvath, 1999), o IAT-CS era composto por três factores associados entre si. No entanto, atendendo a que os resultados desta análise factorial exploratória não foram consistentes com a escala original, apresentando uma distribuição dos itens por factores muito pouco coerentes do ponto de vista teórico, optámos por considerar apenas a análise da consistência interna do IAT global e das suas três subescalas, considerando assim o critério teórico na definição das subescalas.

Foi ainda avaliada a validade de critério concorrente (validade obtida por referência a um critério externo obtido no mesmo momento, Almeida & Freire, 1997) através de uma correlação bivariada entre o resultado total do EDRE e o total de adesão terapêutica

A análise exploratória dos dados revelou não estarem cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos relativamente à distribuição dos resultados das variáveis em estudo. Nesse sentido, as análises de associação foram realizadas com o uso de estatística não-paramétrica.

2.2. Análise da validade de construto do IAT-CS

Iniciamos o estudo da **validade de construto** explorando, em consonância com o estudo das versões original e portuguesa do IAT, a partir de uma análise

factorial usando o método de extracção dos eixos principais com rotação Varimax, sem forçar factores (KMO = , 890; *Bartlett's X²* 3189. 032, *p* = . 000).

Inicialmente consideraram-se os *eigenvalues* > 1 para a selecção de factores. No entanto, como esta análise resultava em nove factores e os autores dos estudos anteriores, apoiados pelo critério teórico, decidiram por uma estrutura de três factores, voltamos a realizar a análise, desta vez forçando a análise a três factores. Foram consideradas as saturações > , 4, seguindo as indicações de Almeida e Freire (1997) e, de Pasquali (2001).

No entanto, verificámos que a distribuição dos itens pelos três factores foi muito diferente da distribuição dos itens na escala original ou da adaptação portuguesa para o contexto psicoterapêutico.

No quadro 8 apresentamos os itens associados a cada um dos factores com as respectivas saturações.

Quadro 8.
Cargas dos factores para os 36 itens do IAT (N = 207)

Item	Factor		
	1	2	3
IAT 24	, 805		
IAT 26	, 763		
IAT 21	, 725		
IAT 25	, 695		
IAT 22	, 681		
IAT 35	, 874		
IAT 28	, 672		
IAT 32	, 659		
IAT 16	, 617		
IAT 17	, 600		
IAT 30	, 587		
IAT 23	, 560		
IAT 18	, 532		
IAT 5	, 491		
IAT 8	, 488		
IAT 36	, 475		
IAT 14	, 413		
IAT 34	-, 403		
IAT 19			
IAT 29		, 698	

IAT 20	, 598	
IAT 11	, 590	
IAT 33	, 561	
IAT 15	, 548	
IAT 27	, 540	
IAT 31	, 503	
IAT 7	, 475	
IAT 10	, 466	
IAT 6	, 444	
IAT 2	, 432	
IAT 1		
IAT 13		, 577
IAT 4		, 498
IAT 3		-, 476
IAT 12		-, 471
IAT 9		-, 410

Na comparação destas duas distribuições verificamos que os itens, na versão do IAT para contextos de saúde, não se distribuem da mesma forma que a distribuição original, misturando-se e distribuindo-se de modo diferentes pelos três factores.

Na tabela 9 apresentamos a comparação dos factores e respectivos itens em ambas as versões.

Quadro 9.

Comparação dos Factores da Versão Portuguesa do IAT para contextos de saúde com aqueles da Versão Original e sua adaptação portuguesa (N = 207)

	Itens na Escala Original	Itens na Versão Portuguesa
Factor 1 (Tarefa)	2, 4, 7, 11, 13, 15, 16, 18, 24, 31, 33, 35	2, 7, 33, 29, 20, 11, 15, 27, 10, 6, 31,
Factor 2 (Vínculo)	1, 5, 8, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 28, 29, 36	24, 26, 21, 25, 22, 35, 28, 32, 16, 17, 30, 23, 18, 5, 8, 36, 14, 34, 1, 19,
Factor 3 (Objectivos)	3, 6, 9, 10, 12, 14, 22, 25, 27, 30, 32, 34	13, 4, 3, 12, 9

De facto, uma análise de correlação entre o global do inventário com as várias subescalas e entre cada uma das subescalas revela uma forte associação entre os itens do inventário total com os de cada uma das subescalas, assim como entre os que pertencem a cada uma das subescalas.

Quadro 10.
Número de itens por factor, variância explicada por cada um dos três e alpha de Cronbach (N = 207)

	TG	Vínculo	Tarefa	Objectivos
TG				
	Coeficiente de correlação			
	Sig.			
	N			
Vínculo				
	Coeficiente de correlação	,921**		
	Sig.	,000		
	N	207		
Tarefa				
	Coeficiente de correlação	,916**	,740**	
	Sig.	,000	,000	
	N	207	207	
Objectivo				
	Coeficiente de correlação	,865**	,723**	,744**
	Sig.	,000	,000	,000
	N	207	207	207

Atendendo ao facto de os resultados da análise factorial exploratória serem pouco satisfatórios e incoerentes com o critério teórico de base à construção da escala, optámos por respeitar este critério teórico, mantendo a constituição das

subescalas da escala original e analisando a consistência interna dos itens no contexto do inventário global e das suas subescalas.

2.2.1. Análise de consistência interna

No que concerne à consistência interna dos itens, calculámos o *alpha de Cronbach* para o inventário global e para cada uma das subescalas. Os resultados indicam que o IAT tem uma boa consistência interna ($\alpha = ,88$). Contudo, analisando a contribuição de cada item para a consistência interna do inventário, decidiu-se retirar 3 itens: o 9, o 12 e o 34. Quando eliminamos estes itens verificamos que o valor do *alpha* aumenta para ,92, ou seja, melhora ainda mais a consistência interna quando o inventário fica com 33 itens.

Relativamente à consistência dos itens por subescala os resultados indicam que todas as subescalas demonstraram uma boa consistência interna com valores de $\alpha > ,75$. O quadro 11 apresenta os valores dos *alphas* por subescala, antes de retirar os itens e após retirar os 3 itens.

Quadro 11.
Número de itens por factor, variância explicada por cada um dos três e alpha de Cronbach (N = 207)

	Nº de Itens	Alpha antes de retirar os itens	Alpha após retirar os itens
Tarefas	12	,50	,78
Vínculo	12	,80	,84
Objectivos	9	,40	,73
Total	33	,88	,92

Como podemos verificar a subescala Tarefa obteve uma *alpha* de 0,78 (12 itens), a subescala Vínculo obteve um *alpha* de 0,84 (12 itens) e a subescala de Objectivos um *alpha* de 0,73 (9 itens). Por último, o factor geral do IAT (33 itens) apresenta um *alpha* de ,92.

2.2.2. Análise da validade concorrente

De forma a explorar a **validade de critério concorrente** do IAT-CS, efectuámos uma correlação bivariada entre os resultados do IAT-CS e o total da escala de adesão. O teste de Spearman revelou que não há uma correlação entre o resultado global do IAT-CS e o resultado global da escala de adesão ($r_{sp} = ,959$, $p = n.s.$). Do mesmo modo, também não foram encontradas correlações entre o total de adesão e as subescalas do inventário de aliança terapêutica para contextos de saúde (quadro 12).

Quadro 12.

Correlações entre as Escalas do IAT-CS e o total de adesão ($N = 207$)

Escala	Total de Adesão terapêutica
IAT-CS Total	,004
Factor 1 – objectivos	-,080
Factor 2 – tarefas	,007
Factor 3 – vínculo	,027

IAT-CS Total: factor geral do Inventário da Aliança Terapêutica.

Considerando os dois tipos de adesão, procuramos avaliar se a aliança apresentaria validade concorrente quando o critério da adesão era discriminado nas suas duas subescalas. Os resultados das correlações são apresentados no quadro 13.

Quadro 13.

Matriz dos coeficientes de correlações de *Rho Spearman* entre as subescalas do questionário de adesão e aliança ($N = 207$)

		TQA	ADM	ETM	TG	V	T	O
TQA								
	Coefficiente correlação							
	Sig.							
	N							
ADM	Coefficiente correlação	,627**						
	Sig.	,000						
	N	207						
ETM	Coefficiente correlação	,856**	,310**					
	Sig.	,000	,000					
	N	207	207					
TG	Coefficiente correlação	,004	-,080	-,021				
	Sig.	,959	,251	,766				
	N	207	207	207				

V	Coeficiente de correlação	,020	-,054	,001	,921**		
	Sig.	,776	,436	,991	,000		
	N	207	207	207	207		
T	Coeficiente de correlação	,007	-,105	-,015	,916**	,740**	
	Sig.	,918	,131	,830	,000	,000	
	N	207	207	207	207	207	
O	Coeficiente de correlação	-,080	-,084	-,091	,865**	,723**	,744**
	Sig.	,251	,228	,193	,000	,000	,000
	N	207	207	207	207	207	207

** . Correlação é significativa para 0.01, TQA. Total do questionário de adesão, ADM. Alteração da Dose da Medicação, ETM. Esquecimento da Toma da Medicação, TG. Total Geral da Aliança, V. Vínculo, T. Tarefa, O. Objectivos., N. Tamanho da amostra.

Podemos assim concluir que neste estudo não foi encontrada relação entre adesão e aliança quer quando consideramos os seus valores globais quer por subescalas. Entre os valores totais dos dois questionários a correlação foi de -,021 e entre Vínculo e Alteração da Dose de Medicação e Esquecimento da Dose da Medicação foi, respectivamente, 020 e -,054; entre Objectivos e as duas subescalas de adesão foi de -,084 (Objectivos vs Alteração das Doses) e -,091 (Vínculo vs Esquecimento das Doses) e entre Tarefas e Alteração das Doses e Esquecimento das Doses foi, respectivamente, -,105 e -,015.

De forma a analisar ainda a validade concorrente do IAT-CS efectuamos um teste de correlações entre as subescalas do IAT-CS e as subescalas do Questionário de Atitudes Face aos Médicos e Medicina. Os resultados são apresentados no quadro 14.

Quadro14.

Matriz dos coeficientes de correlações de Rho Spearman entre as subescalas do questionário aliança e atitudes (N = 207)

		O	T	V	TG	APMM	AMMM
O	Coeficiente de correlação						
	Sig.						
	N						

T	Coeficiente de correlação	,744**				
	Sig.	,000.				
	N	207				
V	Coeficiente de correlação	,723**	,740**			
	Sig.	,000	,000.			
	N	207	207			
TG	Coeficiente de correlação	,865**	,916**	,921**		
	Sig.	,000	,000	,000.		
	N	207	207	207		
APM M	Coeficiente de correlação	,194**	,134	,263**	,220**	
	Sig.	,005	,055	,000	,001.	
	N	207	207	207	207	
AMM M	Coeficiente de correlação	-,172*	-,283**	-,166*	-,238**	,056
	Sig.	,013	,000	,017	,001	,424.
	N	207	207	207	207	207

** . Correlação é significativa para 0.01; * . Correlação é significativa 0.05; O. Objectivos; T. Tarefas, V. Vínculo; TG. Total Geral; APMM. Atitudes Positivas Face aos Médicos e Medicina; AMMM. Atitudes Negativas Face aos Médicos e Medicina.

Como podemos verificar e concluir foi encontrada uma relação significativa entre aliança e atitudes.

Assim a validade de critério concorrente dos IAT-CS não foi demonstrada neste estudo por referência ao critério da adesão terapêutica, ao contrário do que seria de esperar considerando a literatura nesta área. Contudo, quando temos em consideração os critérios de crenças face aos médicos e medicina verificamos que existe validade corrente do IAT-CS.

2.3. Estudo das hipóteses formuladas no segundo estudo

Após o estudo do IAT-CS, e no sentido de testar as hipóteses enunciadas no início do estudo empírico, procedemos: 1) à análise das relações entre a aliança terapêutica e o tempo de acompanhamento médico do utente; 2) à análise das relações entre a adesão terapêutica e o tempo de acompanhamento médico do utente.

Dado que a análise exploratória das variáveis demonstrou não estarem cumpridos os pressupostos para a normalidade das distribuições, recorreu-se à estatística não-paramétrica (*rho de Spearman*) para a análise das associações entre as variáveis em estudo.

Relativamente à primeira hipótese, os resultados indicam que existe uma relação significativa entre aliança e os anos de acompanhamento médico, nomeadamente entre as dimensões Objectivos e Vínculo ($R = ,189; p = ,000; n = 227, p = ,000$), mas também entre anos de acompanhamento e escala global da aliança ($n = 194, p = ,000$). Contudo não existe relação entre anos de acompanhamento médico e a dimensão Tarefas da aliança ($R = ,128, p = ,074$). Também não existe correlação entre as dimensões da aliança e regularidade das consultas.

O quadro 15 apresenta os valores de correlação entre a aliança e estas variáveis relacionadas com o processo de atendimento médico.

Quadro 15.

Matriz dos coeficientes de correlações de *Rho Spearman* entre aliança e anos de acompanhamento médico e regularidade das consultas

	TG	V	T	O	AC	R
TG	Coeficiente de correlação Sig. N					
V	Coeficiente de correlação Sig. N	,921** ,000 207				
T	Coeficiente de correlação Sig. N	,916** ,000 207	,740** ,000 207			
O	Coeficiente de correlação Sig. N	,865** ,000 207	,723** ,000 207	,744** ,000 207		

AC	Coeficiente de correlação	, 194**	, 227**	, 128	, 189**	
	Sig.	, 006	, 001	, 074	, 008	
	N	197	197	197	197	
R	Coeficiente de correlação	, 059	, 053	, 052	, 034	, 010
	Sig.	, 401	, 450	, 457	, 627	, 892
	N	204	204	204	204	194

** Correlação é significativa para 0.01, TG. Total geral da aliança, V. Vínculo, T. Tarefa, O. Objectivos, AC. Anos de acompanhamento médico, R. Regularidade das consultas, N. Tamanho da amostra.

Relativamente à segunda hipótese, os resultados indicam que a variável “os anos de acompanhamento médico”, embora num nível marginal de significância, se relaciona negativamente (-, 145, $p = ,05$) com a subescala esquecimento da medicação, o que revela que os utentes que são acompanhados há mais anos pelo mesmo médico tendem a esquecer-se menos de tomar a medicação.

O quadro 16 apresenta os valores das correlações entre os anos de acompanhamento e a adesão terapêutica (global e subescalas).

Quadro 16.

Matriz dos coeficientes de correlações de *Rho Spearman* entre anos de acompanhamento e as subescalas de adesão e adesão total.

		AC	ADM	EDM	TQA
AC	Coeficiente de correlação				
	Sig.				
	N				
ADM	Coeficiente de correlação	-, 111			
	Sig.	, 121			
	N	197			
ETM	Coeficiente de correlação	-, 145*	, 310**		
	Sig.	, 042	, 000		
	N	197	207		
TQA	Coeficiente de correlação	-, 140	, 627**	, 856**	
	Sig.	, 050	, 000	, 000	
	N	197	207	207	

*. Correlação significativa para 0.05, **. Correlação significativa para 0.01, AC, Anos de acompanhamento médico, ADM. Alteração das doses da medicação, ETM. Esquecimento da toma da medicação, TQA, Total do questionário de adesão, N. Tamanho da amostra

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente trabalho era esperado que o IAT-CS se comportasse de forma semelhante ao IAT em outras pesquisas, nomeadamente à escala original (Horvath & Greenberg, 1989), e à adaptação portuguesa (Machado & Horvath, 1999) e ainda com várias investigações efectuadas nos contextos de saúde, que pesquisaram a variável aliança terapêutica (Burns & Evon, 2007; Ely et al., 2005; Fuertes et al., 2007; Gavin et al., 1999; Schönberger et al., 2006a; Schönberger et al., 2006b; Van Walsum et al., 2004) e que utilizaram o *Working Alliance Inventory* (Fuertes et al., 2007; Ely et al., 2005; Burns & Evon, 2007; Gavin et al., 1999; Schönberger et al., 2006a; Schönberger et al., 2006b).

No estudo original da validação empírica da *Working Alliance Inventory* Horvath e Greenberg (1989) foram obtidos três factores, na versão cliente, com *alphas* para as três dimensões entre os 0,85 e os 0,88 (nas três dimensões) e um factor total de 0,88. Na versão portuguesa (Machado & Horvath, 1999), foram encontrados valores similares, isto é, um *alpha* 0,87 (Relação), 0,93 (Tarefa) e 0,80 (Objectivos) e 0,95 (escala total).

Era esperado, à partida por este estudo que o IAT-CS se comportasse de igual forma face ao estudo original (Horvath & Greenberg, 1989) e à adaptação portuguesa (Machado & Horvath, 1999). Contudo, através da análise factorial exploratória verificamos que os dados não foram consistentes, pois averiguou-se uma distribuição dos itens por factores pouco coerentes do ponto de vista teórico. Isto foi verificado através de uma rotação Varimax, sem forçar factores e considerando que os *eigenvalues* para a selecção de factores é de $eigenvalues > 1$, os 36 itens distribuíram-se por nove factores, com um $KMO = 0,890$; *Bartlett's χ^2* 3189,032, $p = .000$. Mesmo quando comparamos a análise factorial com o estudo de Fuertes e colegas (2007) verificamos que existem diferenças nos resultados. A investigação de Fuertes, utilizando uma rotação de Varimax e o Kaiser *Normalization*, mesmo na versão reduzida do WAI, encontraram uma distribuição dos itens da mesma forma que o trabalho original de Horvath e Greenberg (1989). Nesta investigação de Fuertes e colegas (2007), os três factores apresentaram um *alpha* de 0,82 (Tarefas), 0,72 (Objectivos), 0,89 (Vínculo), 0,93 (Geral), com os *eigenvalues* de 7, 11, explicando assim uma variância de 59%.

Sendo assim a primeira conclusão desta investigação é que o IAT-CS não apresenta os mesmos resultados que os outros estudos. Este facto pode ser explicado de diversas formas, tais como, o IAT ser um instrumento criado para contextos psicoterapêuticos. E entre o *setting* psicoterapêutico e o *setting de* saúde primária existirem enormes diferenças que começam logo no primeiro encontro entre técnico e utente. Em psicoterapia, no primeiro encontro, em princípio são discutidos os objectivos da consulta, as limitações da intervenção, o prejuízo que pode advir de uma intervenção psicoterapêutica, as questões legais que podem surgir, o contracto psicoterapêutico, etapas necessárias, consentimento informado e os assuntos monetários que uma psicoterapia suporta (Moro & Lachal, 2008).

Já no contexto de saúde primários, devido à organização dos serviços (L'Abbate & Westphal, 1979; Lourenço, 2008; Santos, Rosendo, Pimenta, Martins, Francisco, Neto & Santiago, 2007), não existe o direito de escolha do profissional de saúde, como é no caso da psicoterapia (Santos, et al., 2007; Krupat et al., 2004; Sans-Corrales et al., 2006). Na primeira consulta, o médico após ter efectuado um rastreio prévio, “ataca” o sintoma, estabelece um plano de contingências para lidar com esse (s) sintoma (s) e prescreve a realização exames clínicos. Contudo, devido ao tempo da consulta ser pequeno (Santos et al., 2007; Sans-Corrales et al., 2006) não há a possibilidade de falar sobre as preocupações dos utentes sobre a sua saúde, de consolidar as instruções acerca de estilos de vida saudáveis, que em alguns casos parece funcionar melhor que a farmacologia. Este tipo de consultas de clínica geral parece ser ainda mais verdade nos *settings* de saúde primária portuguesas (Santos et al., 2007), pois em alguns países anglo-saxónicos, com melhores padrões sócio-economicos e culturais, já se permite, em algumas clínicas de saúde, que os utentes escolham o seu médico de clínica geral (Krupat, et al., 2004).

No que concerne à análise da consistência interna do IAT Global e das suas três subescalas, obtivemos no primeiro caso um *alpha* de ,88 . Quando comparamos com o estudo original do instrumento (Horvath & Greenberg, 1989) verificamos que estes resultados, ao nível da escala total são idênticos (*alpha* = , 88). Para além disso, verifica-se na análise de correlações entre o factor global e as várias subescalas e entre cada uma das subescalas, que existe uma forte associação significativa entre os itens do inventário total e as subescalas Vínculo ($p = , 000$), Objectivo ($p = , 000$) e Tarefa ($p = , 000$), o que vem confirmar mais uma vez os resultados encontrados por Horvath e Greenberg (1989). Podemos então afirmar que estes dados, quando

forçados a 3 factores, têm mais correspondência com as outras investigações (Burns & Evon, 2007; Ely et al., 2005; Fuertes et al., 2007; Gavin et al., 1999; Horvath & Greenberg, 1989; Machado & Horvath, 1999; Schönberger et al., 2006a; Schönberger et al., 2006b; Van Walsum et al., 2004).

No que concerne à consistência dos itens por subescala, utilizando apenas os 33 itens que mantivemos, os resultados indicam que todas as subescalas demonstram uma boa consistência interna que vêm corroborar os resultados dos outros estudos que utilizaram o WAI (Burns & Evon, 2007; Ely et al., 2005; Fuertes et al., 2007; Gavin et al., 1999; Horvath & Greenberg, 1989; Machado & Horvath, 1999; Schönberger et al., 2006a; Schönberger et al., 2006b; Van Walsum et al., 2004).

Relativamente à validade de critério corrente do IAT-CS, verificou-se que não há uma correlação entre o resultado global do IAT-CS e o resultado da Escala de Adesão Terapêutica ($r_{sp} = ,004$, $p = n.s.$) e que entre as subescalas do IAT-CS e a Escala de Adesão Terapêutica também não existe correlações. Mais uma vez os nossos resultados não estão em conformidade com as várias investigações efectuadas nos *settings* médicos, cujos autores verificaram que existe uma correlação entre adesão e aliança (Fuertes et al., 2007). Os estudos de Fuertes e colegas (2007) encontraram correlações entre o WAI com a percepção da utilidade dos tratamentos médicos ($R = ,63$, $p < ,001$), com a auto-eficácia ($R = ,47$, $p < ,001$) e adesão ($R = ,53$, $p < ,001$). De igual forma concluíram que a aliança terapêutica era um bom predictor da adesão ($SB = 0,25$, $< p 0,005$) e da satisfação dos utentes com o tratamento ($SB = 0,83$, $< p 0,001$).

Outro estudo, que apresenta dados diferentes dos nossos - pois verificaram correlações entre aliança terapêutica e algumas variáveis de saúde -, é a investigação de Schönberger e colegas (2006a;). Estes autores auferiram que a dimensão dos objectivos da aliança terapêutica relaciona-se com a adesão, com a redução dos problemas somáticos ($R = 0,28$, $n= 65$, $p < 0,05$) e comunicativos ($R = 0,29$, $n= 65$, $p < 0,05$). As outras dimensões da aliança (tarefa e vínculo) correlacionaram-se com melhores interações sociais ($R=0.29$, $p <0.05$ e $R= 0.39$ $p <0.01$, respectivamente) e com independência pessoal ($R=0.31$, $p <0.05$, respectivamente). Para além disso, a aliança terapêutica associou-se à diminuição dos sintomas depressivos ($R= 0,68$, $n= 43$, $p <0.001$).

O mesmo se averigua no estudo de Burns e Evon (2007), em que a relação entre aliança, especialmente a dimensão tarefa e objectivos, também se correlacionou

com factores psicossociais e os esforços durante exercícios físicos independentes ($F [2, 156] = 23,79, p < 0.01$). Mas ainda foi capaz de prever mudanças nos exercícios de *fitness* cardiorespiratório e perda de peso ($F [2, 156] = 14.55, p < 0.01$). A variável regresso ao trabalho também se correlacionou com as dimensões tarefas e objectivos e com auto-eficácia (*Cochran Q* [$2, N = 79$] = 18.67; $p < 0.01$).

A explicação para este facto pode ser encontrada talvez no tipo de amostra que foi utilizada. Na pesquisa de Fuertes, a amostra foi constituída por doentes crónicos (hipertensão, diabetes, asma, VIH e cancro). Na presente pesquisa, a amostra foi constituída por uma variedade de utentes, que simplesmente iam ter uma consulta com o seu médico de família. Alguns estavam doentes (15,9%; $N = 2007$), outros iam mostrar exames (15,9; $N = 207$), havia quem apenas fosse a uma consulta de rotina (42,5%; $N = 207$). Para além disso, muitos deles não tinham doença crónica, 149 (72,0%), nem deficiência, 54 (26,7%). Também os estudos de Burns e Evons (2007) Schönberger e colegas (2006a) e de Schönberger e colegas (2006b), foram realizados em contextos de consulta médica de especialidade com pacientes que estavam inseridos num programa de reabilitação cardiovascular e neuropsicológica. Este tipo de programas implica uma maior relação de proximidade entre utente e médico, melhor qualidade da relação terapêutica, o que pode não ter acontecido com os motivos que levaram os nossos participantes à consulta médica.

Considerando as duas subescala de adesão procuramos avaliar se a aliança e as respectivas subescalas apresentam validade concorrente, quando o critério da adesão era discriminado nas suas subescala. Mais uma vez, os nossos resultados levam-nos a concluir que no nosso trabalho não foi encontrado uma relação entre aliança e adesão, quer consideremos os seus valores globais quer os seus valores ao nível das subescalas, designadamente Vínculo e Total da Escala de Adesão, Tarefa e Total da Escala de Adesão, quer Objectivos e Total da Escala de Adesão. Considerando a relação entre subescalas dos dois questionários verificamos que não há relação entre Vínculo (IAT-CS) e Alteração da Dose da Medicação nem entre Vínculo e Esquecimento da Toma da Medicação, Tarefa e Alteração da Dose da Medicação, Tarefa e Esquecimento da Toma da Medicação, Objectivos e Alteração da Dose da Medicação e Objectivos e Esquecimento da Toma da Medicação.

Contudo, observamos que entre o IAT-CS e a Escala de Atitudes existe uma correlação significativa, pois entre as subescalas Atitudes Negativas Face aos Médicos e Medicina e Tarefas, Objectivos, Vínculo e Factor Geral (IAT-CS) existe

uma correlação significativa, assim como entre Atitudes Positivas e Medicina e Objectivos, Vínculo e Factor Geral. A subescala Tarefas foi a única subescala que não se correlacionou com as Atitudes Positivas Face aos Médicos e Medicina. Conforme tais resultados, a validade de critério corrente do IAT-CS foi demonstrada, mas não entre aliança e adesão, tendo em consideração a literatura da área (Burns & Evon, 2007; Fuertes et al., 2007; Schönberger et al., 2006a; Schönberger et al., 2006b; Van Walsum et al., 2004), mas sim entre aliança e crenças.

É interessante apurar que estes resultados vêm apoiar alguns resultados do estudo de Fuertes e colegas (2007) e Fuertes, Boylan e Fontanella (2008) que encontram uma correlação significativa entre aliança e satisfação dos utentes com os tratamentos. Já Gavin e colegas (1999), mas também os estudos de Andrén e colegas (2005) e de Tarrant e colegas (2003), observaram que a qualidade da relação terapêutica se correlacionava com a crença da eficácia do médico.

O facto de haver uma correlação negativa entre a subescala Atitudes Negativas e a subescala Tarefas (IAT-CS) quer dizer que as crenças negativas que os utentes possuem sobre os médicos e a medicina não afectam a capacidade deles de trabalharem para uma causa maior: a sua saúde e a melhoria desta. Entre a subescala Tarefa e a subescala Atitudes Positivas não verificamos uma correlação, o que mais uma vez sugere que em primeiro lugar poderá estar a melhoria da saúde dos utentes e depois a relação entre médico-paciente (Cardol, 2005; Jung et al., 2002; Pereira Grey, et al., 2003). Isto é, a cura do sintoma é mais importante (Tarrant et al., 2003).

No entanto, os resultados indicam que existe uma relação entre aliança e os anos de acompanhamento médico significativa, principalmente no que se refere às dimensões Objectivos e Vínculo mas também entre anos de acompanhamento e escala global da aliança. Contudo não existe correlação entre anos de acompanhamento médico e a dimensão Tarefas da aliança. Também não existe correlação entre as dimensões da aliança e regularidade das consultas. O facto da aliança se correlacionar com os anos de acompanhamento, parece receber suporte da sugestão de Hjortdahl e Laerum (1992) segundo a qual são precisos 5 anos para se desenvolver, nos utentes, uma satisfação com as consultas. Outros autores sugerem ainda que para haver uma relação médico-paciente é necessário que exista confiança e percepção de apoio, entre médico e utente (Baker, et al., 2003; Guthrie & Sally, 2006; Hjortdahl & Laerum, 1992; Rodriguez et al., 2007; Sans-Corrales et al., 2006). Para além disso, esta confiança no médico pode ser influenciada pelas experiências

passadas que por sua vez irão influenciar a continuidade dos utentes em irem ao seu clínico (Baker et al., 2003).

No que concerne às relações entre a adesão terapêutica e o tempo de acompanhamento médico do utente, os resultados indicam que a variável “os anos de acompanhamento médico”, embora num nível marginal de significância, se relaciona negativamente com a subescala esquecimento da medicação. Isto revela que os utentes que são acompanhados há mais anos pelo mesmo médico tendem a esquecer-se menos de tomar a medicação. Por outras palavras, quanto maior o número de anos do acompanhamento maior é fidelização ao plano terapêutico e prescrições médicas, mas também mais elevado o escalão etário maior é a frequência as consultas. Na linha teórica da meta-análise de Dunbar-Jacob e Mortimer-Stephens (2001), a idade é uma variável que influencia a adesão terapêutica e relação médico - paciente (Kearley et al., 2001). Isto foi verificado no estudo de Mercer e colegas (2007), em que para muitos utentes o que importava era ter uma relação genuína com o seu clínico. No caso mais específico de acompanhamento, poderá ser elucidada pela relação entre continuidade dos cuidados e satisfação com estes (Baker, et al., 2003; Hjortdahl & Laerum, 1992; Sans-Corrales et al., 2006; Saultz e Albedaiwi, 2004) Por exemplo, o trabalho de Baker e Streatfield (1995) a satisfação com a prática clínica estava associada à idade dos pacientes, e ao sistema de lista pessoal (uma única lista) e ao facto de serem mulheres. Lings e colegas (2003) afirmam que devemos ter em atenção a confiança entre médico-paciente, pois podemos verificar um fenómeno curioso: o paradoxo de satisfação, que consiste em os utentes expressarem insatisfação com alguns procedimentos, mesmo continuando a ter uma relação positiva com os seus médicos. Isto pode acontecer porque os utentes avaliam num contínuo, ao longo dos anos, os seus médicos, através da integridade pessoal, da competência, dos conhecimentos médicos, da aceitação de alguns erros e do valor dos utentes atribuído ao trabalho dos clínicos. Ainda relativamente à satisfação dos utentes, existem estudos que demonstram que os utentes se queixam que os médicos de família não querem escutar os pacientes (Lempp et al., 2006), que estão pouco tempo com eles e apresentam falta de conhecimento de algumas doenças, e que os médicos demoram imenso tempo a efectuar o diagnóstico, mas mesmo assim continuam a recorrer a eles.

4. CONCLUSÃO

Sendo o nosso objectivo inicial estabelecer relação entre a aliança terapêutica e outras variáveis relacionadas com a relação médico-doente, a adesão terapêutica e as crenças dos utentes face aos médicos e à medicina, tornava-se essencial fazer a adaptação e estudo psicométrico da versão adaptada do IAT para os contextos de saúde, onde a relação terapêutica assume particularidades inerentes a estes contextos.

Apesar de termos conseguido uma amostra suficiente para realizar este estudo de adaptação, o inventário não se comportou como o esperado, criando algumas dificuldades no seu estudo, e limitando a análise psicométrica ao estudo da consistência interna e à validade de critério concorrente. O instrumento IAT-CS apresentou uma boa consistência interna e validade concorrente tal como era esperado e como refere a literatura. Contudo, consideramos que será necessário continuar este estudo, revendo o conteúdo dos itens, fazendo novos esforços de adaptação ao contexto, utilizando uma versão mais reduzida de modo a facilitar o processo de resposta, contextualizar na consulta específica a administração do inventário e eventualmente aumentar mais a amostra.

Do nosso estudo podemos também concluir que não existe relação entre a aliança terapêutica e a adesão terapêutica nos contextos de saúde. Estes resultados poderão em nosso entender derivar das fragilidades do IAT-CS e das condições de administração dos questionários, pelo que sugerimos a continuação do estudo da relação entre aliança e estas variáveis, assegurando os cuidados que referimos acima.

Relativamente à relação entre a aliança terapêutica e às crenças face aos médicos e medicina os nossos resultados permitem afirmar que existe uma relação entre ambas. Contudo, achamos que esta relação, entre aliança terapêutica e crenças face aos médicos e medicina, deverá ser melhor estudada, especialmente, porque é que a dimensão Tarefas que não se correlaciona com as atitudes positivas face aos médicos e medicina nos utentes, mas também que tipo de influência existe entre crenças e aliança (moderadora, mediação, etc.).

Por seu lado, quer a aliança terapêutica, quer a adesão terapêutica parecem beneficiar do tempo de acompanhamento médico dos utentes, o que nos leva a reflectir que de facto se reunidas as condições, estas duas variáveis funcionam no mesmo sentido. Esta relevância do tempo de acompanhamento para a qualidade da aliança parece-nos fazer todo o sentido, pois a natureza colaborativa e a ligação

inerente ao vínculo terapêutico, necessitam de ser construídas numa relação em continuidade e com consistência. Atendendo à natureza periódica com regularidades diferentes das consultas médicas, é esperado que o tempo necessário para estabelecer uma boa aliança, seja maior nos contextos médicos que nos terapêuticos, Esta seria em nossa opinião, uma hipótese para novas investigações centradas na formação da aliança terapêutica. Uma outra hipótese que emerge dos resultados e limitações do nosso estudo, seria estudar a aliança e a adesão apenas numa amostra com um número considerável de anos de acompanhamento médico, ou seja garantindo que médico e utente se conhecem bem.

4.1. Limitações da investigação

Como já fomos reflectindo, este trabalho apresenta algumas limitações, o que nos obriga a uma interpretação e generalização com alguma prudência.

As limitações de tempo e a dificuldade na adesão dos participantes ao segundo momento de avaliação previsto, no início do estudo impediram que realizássemos o estudo da estabilidade do IAT-CS. Sobre as limitações que o IAT-CS apresenta, e considerando os resultados mais favoráveis que a literatura apresenta, quer para o WAI, quer o IAT (versão portuguesa do WAI), nomeadamente em contextos de saúde, mas considerando também que os contextos de saúde portugueses e os americanos são culturalmente distintos, parece-nos que uma boa solução poderia ser construir um inventário de raiz para a população portuguesa. Uma outra limitação deste estudo, com possíveis implicações nos resultados obtidos, poderá ser o facto da nossa amostra ter sido constituída por indivíduos que se apresentavam para consulta no médico de família, independentemente da sua situação clínica. Ou seja, a nossa amostra não foi trída no sentido de populações específicas, tais como doentes crónicos, pacientes inseridos num programa de reabilitação clínica (ex. cardiovascular), adolescentes, crianças. Esta limitação poderá também ser uma das razões porque não conseguimos estabelecer uma relação entre aliança e as outras variáveis estudadas.

Por último, uma outra limitação é, em nossa opinião, a extensão do inventário de aliança usado, 36 itens cotados de uma escala de 1 a 7, o que poderá ter criado cansaço e desmotivação na resposta aos questionários e por isso menor fidelidade na resposta. Neste sentido, ainda factores como a desejabilidade social poderão ter

interferido e criado a tendência para uma resposta mais no sentido favorável, diminuindo a diferenciação na resposta ao item e criando os problemas que já identificamos e discutimos sobre a sua distribuição. Esta é aliás uma limitação que tem sido apontada em outros estudos com o WAI e com o IAT em contextos psicoterapêuticos.

4.2. Sugestões para o futuro

Em investigação futura, como já referimos acima, é necessário continuar a investigar a validade interna do IAT-CS, nomeadamente através do estudo da sua estabilidade, recorrendo para isso a uma pesquisa que avalie os indivíduos em dois momentos distintos. Este estudo exigirá pedir uma forma de contacto mais directo com os indivíduos da amostra, para que seja possível contactar os sujeitos para uma posterior aplicação dos questionários.

Num futuro estudo da aliança terapêutica talvez seja melhor recorrer ao *Working Alliance Inventory (Short Version)*, de forma a evitar que os indivíduos da amostra desistam de preencher o questionário. Ou então, sugere-se a criação de um inventário, tendo sempre em consideração a cultura portuguesa e a organização do Sistema Nacional de Saúde. Se se decidir pela criação de uma escala de base, aconselha-se ainda que seja utilizado um tipo Likert mais pequena, de forma a evitar que os sujeitos citem o instrumento muito alto ou muito baixo.

Torna-se necessário continuar os esforços para analisar a validade concorrente do IAT-CS (quer se use esta versão quer se use uma versão reduzida). Parece-nos também relevante, estudar a aliança terapêutica em populações clínicas mais específicas, como sendo populações de indivíduos com doenças crónicas ou com doenças agudas. Investigar ainda nas populações de doentes crónicos a relação entre a idade e a aliança terapêutica. No que diz respeito às populações de doentes crónicos, investigar a relação entre a aliança terapêutica e a doença crónica específica (ex. diabetes, VIH, asma). Pesquisar igualmente em populações com indivíduos de faixas etárias diferentes, para analisar a possível existência de uma relação entre aliança terapêutica e idade.

Explorar mais aprofundadamente a relação entre a variável de tempo de acompanhamento médico pelo utente e a aliança terapêutica e a adesão terapêutica, assim como entre a aliança terapêutica e as outras variáveis psicossociais.

Investigar, através de pesquisas qualitativas e quantitativas, as crenças face aos médicos e medicina (em Portugal) dos imigrantes de primeira e segunda geração.

Para além de um modesto contributo no sentido do desenvolvimento do conhecimento na área da Psicologia da Saúde, e tendo em consideração as limitações verificadas, ambicionamos que este estudo tenha contribuído igualmente para a compreensão da aliança terapêutica nos contextos de saúde primários e a sua relação com a adesão terapêutica e as crenças face aos médicos e à medicina. Da mesma forma se ambicionou um olhar mais atento e cuidado para a importância dos anos de acompanhamento médico face ao seu utente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIA

- Abouguendia, M., Piper, W.E., Joyce, A.S. & Ogrodniczuk, J.S. (2004). Alliance as mediator of expectations effects in short-term groups dynamics: Theory, Research, and Practice, Vol. 8 (1), 3-12.
- Aikens, J.E., Nease, D.E., Nau, D.P., Klinkman, M.S. & Schwenk, T.L. (2005). Adherence to maintenance-phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication. *Annals of Family Medicine*, Vol. 3 (1), 23 – 30.
- Almeida, L. & Freire, T. (2000). *Metodologia de investigação em psicologia e educação*. 3ª Ed. Braga: Psiquilibrios.
- Al-Darmaki, F & Kivlighan (1993). Congruence in client-counselor expectations for relationship and the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 40 (4), 379- 384.
- Andrén, A., Andersson, S.O. & Rudebeck, C.E. (2005). Satisfaction in not all – patients’ perception of outcome of general practice consultation, a qualitative study. *BMC Family Practice*, Vol. 5 (43), 1 – 8.
- Astin, J. (1998). Why patients use alternative medicine: results of a National study. *Journal of American Medical Association*, 279 (19), 1548 – 1553.
- Bachelor, A. & Salomé, R. (2000) Participants’ perceptions of dimensions of the therapeutic alliance over the course of therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9 (1), 39 – 53.
- Baker, R. & Streatfield, J. (1995). What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *British Journal of General Practice*, Vol. 45, 654 – 659.
- Baker, R., Mainous, A.G., Gray, D.P. & Love, M.M. (2003). Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21, 27 – 32.

- Baldwin, A.S. Cvengros, J.A., Cristensen, A.J., Isthami, A. & Kaboli, P.J. (2008). Preferences for a patient-centered role orientation: association with patient-information-seeking behavior and clinical markers of health. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 80-86.
- Barber, J.P., Commolly, M.B., Crist-Christoph, P., Glades, L. & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 68 (6), 1027-1032.
- Bauman, L.S. A patient-centered approach to adherence: risks for nonadherence. In Drotar, D. (2000). *Promoting adherence to medical treatment in chronic childhood illness: concepts, methods and interventions* (pp 71 – 93). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Bender, B.C., Milgrom, H., Wamboldt, F.S. & Rand, C. Measurement nonadherence in children with asthma. In Drotar, D. (2000). *Promoting adherence to medical treatment in chronic childhood illness: concepts, methods and interventions* (pp 153 - 171). New
- Bender, B., Milgrom, H. & Apter, A. (2003). Adherence intervention research: what have we learned and what do we do next? *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, Vol. 112 (3), 489 – 494.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Berrios-Rivera J.P., Street R.L. Jr, Garcia Popa-Lisseanu M.G., Kallen M.A., Richardson M.N., Janssen N.M., Marcus D.M., Reveille J.D., Warner N.B. & Suarez-Almazor ME. (2006). Trust in physicians and elements of the medical interaction in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatism*, 55 (3), 385-93.
- Bogart, L.M., Bird, S.T., Walt, L.C., Delahanty, D.L. & Figler, J.L. (2004). Association of stereotypes about physicians to health care satisfaction, help-seeking behaviour, and adherence to treatment. *Social Science & Medicine* 58: 1049–1058.

- Bollam, M.J., McCarthy, M. & Modell, M. (1988). Patients' assessment of out hours care in general practice. *British Medical Journal*, Vol. 296 (19), 829 – 832.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, Vol. 16 (3), 252-261.
- Bordin, E.S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: new directions. In Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (Eds.), *The working alliance, theory, research, and practice*, Florida: Irving B. Weiner. pp 13-37.
- Boulton, M., Tarrant, C., Windrighe, K., Baker, R. & Freeman, G. (2006). How are different types of continuity achieved? A mixed methods longitudinal study. *British Journal of General Practice*, Vol. 26, 749 - 755.
- Brand, F.N., Smith, R.T. & Brand, P.A. (1977). Effect of economic barriers to medical care on patients' noncompliance. *Public Health Reports*, Vol. 92 (1), 72 – 79.
- Brawley, L.R. & Culos-Reed, S.M. (2000). Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. *Controlled Clinical Trials*, 21, 156-163.
- Broekmans, S., Dobbles, F., Milisen, K., Morlion, B. & Vanderschueren, S. (in press). Medication adherence in patients with chronic non-malignant pain: Is there a problem? *European Journal of Pain* xxx, xxx–xxx.
- Brown, J.B., Dickie, I., Brown, L. & Biehn, J. (1997). Long-term attendance at a family practice teaching unit. Qualitative study of patients' views. *Canadian Family Physician*, Vol. 43, 901 – 906.
- Bultzingslowen, von I., Eliasson, G., Sarvimaki, A. Mattsson, B. & Hjortdahl, P. (2005). Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Family Practice*, 23 (2), 210 – 219.

- Burns, J.W. & Evon, D. (2007). Common and specific process factors in cardiac rehabilitation: independent and interactive effects of the working alliance and self-efficacy. *Health Psychology, Vol. 26* (6), 684-692
- Calsyn, R.J., Klinkenberg, W.D., Morse, G.A. & Lemming, M.R. (2006). Predictors of the working alliance in assertive community treatment. *Community Mental Health Journal, Vol. 42* (2), 161 – 175.
- Cardol, M., Schellevis, F.G., Spreeuwenberg, P. & Lisdonk, E.H. (2005). Changes in patients' attitudes towards the management of minor ailments. *British Journal of General Practice, Vol. 55*, 516 – 521.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K.C., Chemtob, C.M. & Miranda, R. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttreatment stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 72* (3), 411-416.
- Connors, G.J., Carroll, K., DiClemente, C.C., & Longabough, R. (1997). The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of*
- Costa, E.C.V. Avaliação da Eficácia Relativa de Duas Intervenções Psicoeducativas Dirigidas à Prevenção da SIDA e Promoção da Saúde em Mulheres com Risco para o VIH. Tese de doutoramento não publicada. Universidade do Minho. Consultado na *World Wide Web* no dia 1 de Agosto de 2007 na <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6742/1/TESE%20FINAL.pdf>
- DiClemente, C.C. (2005). A premature obituary for the transtheoretical model: a responses to West. *Addiction, Vol.100*, 1040-1050.
- DiMatteo, M.R., Giordani, P.J., Lepper, H.S. & Croghan, T.W. (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Medical Care, Vol. 40* (9), 794-811.

- Duberstein, P., Meldrum, S., Fiscella, K., Shields, C.G. & Epstein, R.M. (2007). Influences on patients' ratings of physicians: physician demographics and personality. *Patient Education and Counseling*, Vol. 65, 270 – 274.
- Dunbar-Jacob, J & Mortimer-Stephens, M.K. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 55 – 60.
- Dundon, W.D., Pettinati, H.M., Lynch, K.G., Xie, H., Varillo, K.M., Makadon, C. & Oslin, D.W. (2008). The therapeutic alliance in medical-based interventions impacts in treating alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 95, 230 – 236.
- Eaton, T.T., Abeles, M. & Gutreund, M.J. (1988). Therapeutic alliance and outcome: impact of treatment length and pretreatment symptomatology. *Psychotherapy*, Vol. 25 (4), 536-542.
- Ely, B., Leslie B. Alexander, L.B. & Reed, M. (2005). The working alliance in paediatric chronic disease management: a pilot study of instrument reliability and feasibility. *Journal of Pediatric Nursing*, 20 (3): 190-200
- Fan, V.S., Burman, M., McDonell, M.B. & Fihn, S.D. (2005). Continuity of care and other determinants of patient's satisfaction with primary care. *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 20, 226 – 233.
- Fiese, B.H. & Wamboldt, F.S. (2003). Tales of pediatric asthma management: family-based strategies related to medical adherence and health care utilization. *The Journal of Pediatrics*, 143, 457 – 462.
- Fitzpatrick, M. R., Iwakabe, S. & Staliks, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 69-79.
- Freeman, G.K. & Richards, S.C. (1993). Is personal continuity of care compatible with free choice of doctor? Patients' views on seeing the same doctor. *British Journal of General Practice*, Vol. 43, 493 – 497.
- Friedman, D.S., Hahn, S.R., Gelb, L., Tan, J., Shah, S.N., Kim, E.E., & Zimmerman, T.J. (in press). Doctor-patient communication, health-

related beliefs, and adherence in glaucoma. *Ophthalmology*, Vol. XX (X), 1 – 12.

Frostholm, L., Fink, P., Christensen, K.S., Toft, T., Oernboel, E., Olesen, F. & Weiman, J. (2005). The uncertain consultation and patient satisfaction: the impact of patients' illness perceptions and a randomized controlled trial on the training of physicians' communication skills. *Psychosomatic Medicine*, 67, 997 – 1005.

Fuertes, J. N., Mislowack, A., Bennett, J., Paul, L., Gilbert, T.C., Fortan, G. & Boylan, L.S. (2007). The physician-patient working alliance. *Patient Education and Counselling*, 66, 29-36.

Fuertes, J. N., Boylan, L. S. & Fontanella J. A. (2008). Behavioral Indices in Medical Care Outcome: The Working Alliance, Adherence, and Related Factors. Consultado na *World Wide Web* no dia 1 de Agosto de 2007 no dia 18 de Maio de 2009 em <http://www.springerlink.com/content/68776k7355u66757/>

Garfield, S., Smith, F. & Chalmers (2007). Can patients' preferences for involvement in decision-making regarding the use of medicines be predicted? *Patient Education and Counseling*, 66, 361 – 367.

Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, Vol. 27 (2), 143-154.

Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California psychotherapy alliance scale – patient version. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 3 (1), 68 – 74.

Gaston, L. & Marmar, C.R. (1994). The California psychotherapy alliance scales. In Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (Eds.). *The working alliance, theory, research, and practice*, Florida: Irving B. Weiner. Pp 85 – 108.

- Gavin, L.A., Wamboldt, M.Z., Sorokin, N., Levy, S.Y. & Wamboldt, F.S. (1999). Treatment alliance and its association with family functioning, adherence, and medical outcome in adolescents with severe, chronic asthma. *Journal of Pediatric Psychology, Vol. 24* (4), 355- 365.
- Gelso, C.J. & Carter, J.A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology, Vol. 41* (3), 296.
- Gilmer, T. P., Dolder, C.R., Lacro, J. P., Folsom, D. P., Lindamer, L., Garcia, P. & Jeste, V. D. (2004). Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among medicaid beneficiaries with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, Vol. 161*, 692–699.
- Gold, D.T. (2006). Medication adherence: a challenge for patients with postmenopausal osteoporosis and other chronic illnesses. *Supplement to Journal of Managed Care Pharmacy, Vol. 12* (6), s20 – s25.
- Golden, B.R. & Rabbins, S.B. (1990). The working alliance within time-limited therapy: a case analysis. *Professional Psychology: Research and Practice, Vol. 21* (6), 476-481.
- Gray, D.P., Evans, P., Sweeney, K., Lings, P., Seamark, D., Seamark, C., Dixon, M. & Bradley, N. (2003). Towards a theory of continuity of care. *Journal of the Royal Society of Medicine, Vol. 96*, 160 – 166.
- Grumbach, K., Selby, J.V., Schmittdiel, J.A. & Queensberry Jr., C.P. (1999). Quality of primary care practice in a large HMO according to physician specialty. *Health Services Research, Vol. 34*(2): 485– 502.
- Guthrie, B. & Sally, W. (2006). Personal continuity and Access in UK general practice: a qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter. *BMC Family Practice, Vol. 7* (11), 1- 9.
- Guédény N, Fermanian J, Curt F, Bifulco A. (2005). Testing the Working Alliance Inventory (WAI) in a French primary care setting: predictive

- value and factor structure. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(10), 844-52
- Harrold, L.R. & Andrade, S.E. (in press). Medication adherence of patients with selected rheumatic conditions: a systematic review of the literature. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 1 – 7.
- Henry, W. P. & Strupp, H. S. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (Eds.). *The working alliance, theory, research, and practice*, Florida: Irving B. Weiner. Pp 51 – 84.
- Heppner, M. J., Neville, H. A., Smith, K., Kivlighan, D. M., & Gershuny, B. S. (1999). Examining immediate and long-term efficacy of rape prevention programming with racially diverse college men. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 16-26
- Herbert, R.S., Jenckes, M.W., Ford, D.E., O'Connor, D., Cooper, L. (2001). Patient perspectives on spirituality and the patient-physician relationship. *J. Gen Intern Med.*, Vol., 16, 685-692.
- Hershkovitz, A., Rothschild, B.M., Rose, J.H., Hornick, T., O'Toole, E.E. (2001). Medical care perceptions in elderly patients with musculoskeletal complaints. *Israel Medical Association Journal*, Vol. 3, 822 – 827.
- Hersoug, A.G., Høglend, P., Mansen, J.T. & Havik, O.E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 205 – 216.
- Hjortdahl, P. & Laerum, E. (1992). Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *British Medical Journal*, Vol. 304, 1287 – 1290.
- Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1989). Development and Validation of the working alliance inventory. *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 36 (2), 223-233.

- Horvath, A.O. & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, Vol. 38* (2), 139-149.
- Horvath, A.O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 61* (4), 561-573.
- Horvath, A.O. (1994). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: the working alliance inventory perspective. In Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (Eds.). *The working alliance, theory, research, and practice*, Florida: Irving B. Weiner. Pp 109 – 128.
- Horvath, A.O. (2001). The alliance. *Psychotherapy, Vol. 38* (4), 365-372.
- Horvath, A.O. (2006). The alliance in context: accomplishments, challenges, and futures directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, Vol. 43* (3), 258-263.
- Howie, J.G.R., Heaney, D. & Maxwell, M. (2004). Quality, core values and the general practice consultation: issues of definition, measurement and delivery. *Family Practice, Vol. 21* (4), 458-468.
- Infante, F.A., Proudfoot, J.G., Davies, G.F., Bubner, T.K., Holton, C.H., Beilby, J.J. & Harris, M.F. (2004). How people with chronic illness view their care in general practice: a qualitative study.
- Jahng, K.H., Martin, L.R., Golin, C.E. & DiMatteo, M.R. (2005). Preferences for medical collaboration: patient-physician congruence and patient outcomes. *Patient Education and Counseling, 57*, 308 -314.
- Johnson, L.N. & Wright, D.W. (2002). Revisiting Bordin's theory on the therapeutic alliance: implications for family therapy. *Contemporary Family Therapy, 24* (2), 257 – 269.

- Jones, R.M., Butler, J.A., Thomas, V.A., Peveler, R.C. & Prevett, M. (2006). Adherence to treatment in patients with epilepsy: associations with seizure control and illness beliefs. *Seizure*, *15*, 504 – 508.
- Joyce, A.S., Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E. & McCallum, M. (2003). The alliance as mediator of expectancy effects in short-term individual therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *Vol. 71*, (4), 672–679
- Jung, H.P., Wensing, M., Olesen, F. & Grol, R. (2002). Comparison of patients' and general practice practitioner's evaluations of general practice care. *Quality & Safety in Health Care*, *Vol. 11*, 315 – 319.
- Kaba & Sooriakumaran (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, *Vol. 5* (1), 57-61.
- Kearley, K.E., Freeman, G.K. & Heath, A. (2001). An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *British Journal of General Practice*, *Vol. 51*, 712 – 718.
- Kerse, N., Buetow, S., Mainous, A.G., Young, G., Coster, G. & Arrol, B. (2004). Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *Annals of Family Medicine*, *Vol. 2* (5), 455-461.
- Kivlighan, D.M. Jr. & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: a typology of client's working alliance ratings. *Journal of Consulting Psychology*, *Vol. 47*(3), 362-371.
- Klein, J.M. & Gonçalves, A.G.A. (2005). A adesão terapêutica em contextos de cuidados de saúde primários. *Psico-USF*, *20* (2): 113-120.
- Kopjar, B., Sales, A.E.B., Piñeros, S.L., Sun, H., Li, Y.F. & Hedeem, A.N. (2003). Adherence with statin therapy in secondary prevention of coronary heart disease in veterans administration male population. *The American Journal of Cardiology*, *Vol. 92* (1), 1106 – 1108.

- Kroenke, K (1998) Patients expectations for care: how hidden is the agenda? *Mayo Clinic Proceedings*, Vol. 73, 191 – 193.
- Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Azari R. (2001). When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *The Journal of Family Practice*. Vol. 50 (12), 1057-1062.
- Krupat E., Hsu J., Irish J., Schmittdiel J.A., Selby J. (2004). Matching patients and practitioners based on beliefs about care: results of a randomized controlled trial. *The American Journal of Managed Care*, 10 (11), 814-22.
- Krupnick J.L., Sotsky S.M., Simmens S., Moyer J., Elkin I., Watkins J., Pilkonis P.A. (1996): The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532 – 539.
- Kulkarni, S.P., Alexander, K.P., Lytle, B., Heiss, G. & Peterson, E.D. (2006). Long-term adherence with cardiovascular drug regimens. *American Heart Journal*, Vol. 151 (1), 187-192.
- L'Abbate, S. & Westphal, M.F. (1979). Aplicação-teste da medida de atitude à área de actuação de uma actuação de um centro de saúde do município de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 13, 69 – 79.
- Lee, J.K., Grace, K.A. & Taylor, A.J. (2006). Effect of a pharmacy care program medication adherence and persistent, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial. *JAMA*, Vol. 296, 2563-2571.
- Leite, S.N. & Vasconcellos, M.P.C. (2003) Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adoptados na literatura. *Ciência e Saúde*, Vol. 8 (3), 775-782.

- Leventhal, H. & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, Vol. 10, 117-138.
- Lempp, H. Scott, D. L. & Kingsley, G. H. (2006). Patients' views on the quality of health care for rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 45, 1522–1528.
- Lings, P., Evans, P., Seamark, D., Seamark, C., Sweeney, K., Dixon, M. & Gray, D.P. (2003). The doctor-patient relationship in US primary care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 96, 180 – 184.
- Little, P. Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K. & Payne, S. (2001). Observational study of effect of patient centeredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *British Medical Journal*, Vol. 323 (20), 908 – 911.
- Love, M.M., Mainous III, A., Talbert, J.C. & Hager, G.L. (2000). Continuity of care and the physician-patient relationship. *The Journal of Family Practice*. Consultado no 1 de Novembro de 2008 na http://findarticles.com/p/articles/mi_m0689/is_/ai_68145586
- Lourenço, A. (2008). Do injustificável ao ajustado – Notas sobre terapêuticas e exames complementares de diagnóstico a pedido dos doentes. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Vol. 24, 75 – 84.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: factors explaining the predictive success. In Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (Eds.). *The working alliance, theory, research, and practice*, Florida: Irving B. Weiner. Pp 38-50.
- Luborsky, L., Barber, J.P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L.M., Frank, A. & Daley, D. (1996). The revised helping alliance questionnaire (HAq-II). *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 260 – 271.
- Machado, P. & Horvath, A. (1999). Inventário da aliança terapêutica – W.A.I. In Simões, M.R., Gonçalves, M.M. & Almeida, L.S. (Eds.) *Testes e provas psicológicas em Portugal*, Vol. II (pp.87-93). Braga: APPORT.

- Maeseneer, J., Hjortdhal, P. & Starfield, B. (2000). Fix what's wrong, not what's right, with general practice in Britain. *British Medical Journal*, Vol. 320 (17), 1616 – 1617.
- Mainous III, A.G., Goodwin, M.A. & Stange, K.C. (2004). Patient-physician shared experiences and value patients place on continuity of care. *Annals of Family Medicine*, Vol. 2 (5), 452 – 454.
- Mallinckrodt, B. (1991). Clients' representations of childhood emotional bonds with parents, social support, and formation of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 38 (4), 401-409.
- Mallinckrodt, B. (1996). Change in working alliance, social support, and psychological symptoms in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 43 (4), 448-455.
- Martin, D.J., Garske, J. P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance with outcome and other variables. A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (3,): 438-450.
- Mårdby, A.C., Åkerlind, I., & Jørgensen, T. (2007). Beliefs about medicines and self-reported adherence among pharmacy clients. *Patient Education and Counseling*, 69, 158 – 164.
- Mathews, M. & Barnsley, J. (2003). Patients seeking care during acute illness. *Canadian Family Physician*, Vol. 49, 1498 – 1503.
- Matsui, D.M. Children's adherence to medication treatment. In Drotar, D. (2000). *Promoting adherence to medical treatment in chronic childhood illness: concepts, methods and interventions* (pp 135 – 152). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- McCord, G., Gilchrist, V.J., Grossman, S., King, B., McCormick, K.F., Oprandi, A.M., et al. (2004). Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Annals of Family Medicine*, Vol., 2 (4), 356-361.

- Mead, N. & Bower, P. (2000). Measuring patient- centeredness: a comparison of three observation-based instruments. *Patient Education and Counseling*, Vol. 39, (1), 71-80.
- Mercer, S.W., Gawston, P.G. & Bikker, A.P. (2007). Quality in general practice consultation; a qualitative study of the views of patients living in a area of high socio-economic deprivation in Scotland. *BMC Family Practice*, Vol. 8 (22), 1 – 8.
- Moro, M.R. & Lachal, C. (2008). *As psicoterapias: modelos, métodos e indicações*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Norman, G.J., Velicer, W.F., Fava, J.L. & Prochaska, J.O. (1998) Dynamic typology within stages of change for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 23 (2), 139-153.
- Ockene, I.S., Haman, L.L., Pasternak, R.C., Schron, E. & Dunbar-Jacob, J.(2002) Task Force #4—Adherence issues and behavioral changes: achieving a long-term solution. *JACC*, Vol. 40, (4), 579 – 651.
- Ogden, J. (2000). *Psicologia da saúde*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Olfson, M., Mechanic, D., Hansell, S., Boyer, C.A., Walkup, J. & Weiden, P.J. (2000). Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 51, 216 – 222.
- Oliveira, V.Z. & Gomes, W.B. (2004). Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos de Psicologia*, Vol. 9 (3), 459 – 469.
- O' Malley, S.S.O., Suh, C.S. & Strupp, H.H. (1983). The Vanderbilt psychotherapy process scale: a reported on the scale development and process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 51 (4), 581 – 586.
- Pacheco, A.P., Costa, R. A. Figueiredo, B. (2003). Estilo de vinculação, qualidade da relação com figuras significativas e da aliança terapêutica e

- sintomatologia psicopatológica: um estudo exploratório com mães adolescentes. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 3 (1), 35 – 59.
- Pandhi, N. & Saultz, J.W. (2006). Patients' Perceptions of Interpersonal Continuity of Care. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, Vol. 19 (4), 390 – 397.
- Patel, M.X. & David, A.S. (2007). Medication adherence: predictive factors and enhancement strategies. *Psychiatry*, 6 (9), 357-361.
- Pereira, M. G., & Silva, S. (1999a). Escala de adesão aos medicamentos. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 6, 347-351.
- Pereira, M. G., & Silva, S. (1999b). Escala de atitudes face aos médicos e medicina. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 6, 496-503.
- Pereira, M.G., Barbosa, J., Sousa, J.N., Santiago, N. & Lima, M. (2002). Os grandes consumidores de consultas médicas: um estudo de família. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud*, Vol. 2 (2), 289 – 300.
- Pereira, M.G. & Silva (2002). Atribuição de sintomas, comportamentos de saúde e adesão em utentes do Centro de Saúde da Zona Norte. *Análise Psicológica*, 1 (XX): 35-42.
- Petrocelli, J.V. (2002) Processes and stages of change: counselling with the Transtheoretical Model of Change. *Journal of Counseling & Development*, 80, 22-28.
- Prochaska (1994) Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 13 (1), 47-51

- Prochaska J.O., Redding C.A., Harlow L.L., Rossi J.S. & Velicer W.F. (1994). The transtheoretical model of change and HIV prevention: a review. *Health Education Quarterly*, Vol. 21 (4), 471- 486.
- Pulcini, C., Pradier, C., Samat-Long, C., Hyvernât, H., Bernardin, G., Ichai, C., Dellamonica, P. & Roger, P.M. (2006). Factors associated with adherence to infectious diseases advice in two intensive care units. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 57, 546–550.
- Rand, C.S. (2005). Patient adherence with COPD therapy. *Eur. Respir. Rev.*, 14 (96), 97–101
- Rao, J.K. Weinberger, M & Kroenke, K. (2000). Visit-specific expectations and patient-centered outcomes. A literature review. *Archives of Family Medicine*, Vol. 9, 1148 – 1155.
- Rashid, A., Forman, W., Jagger, C. & Mann, R. (1989). Consultations in general practice: a comparisons of patients’ and doctors’ satisfaction. *BMJ*, Vol. 299 (21), 1015 – 1016.
- Reach, G. (2004). Role of habit in adherence to medical treatment. *Diabetic Medicine*, 22, 415-420.
- Rector, N.A., Zuroff, D.C. & Segal, Z.V. (1999). Cognitive change and the therapeutic alliance: the role of technical and nontechnical factors in cognitive therapy. *Psychotherapy*, Vol. 36 (4), 320-238.
- Reynolds, N.R., Testa, M.A., Marc, L.G., Chesney, M.A., Neidig, J.L., Smith, S.R., Vella, S. & Robbins, G.K. (2004). Factors influencing medication adherence beliefs and self-efficacy in persons naive to antiretroviral therapy: a multicenter, cross-sectional study. *AIDS and Behavior*, Vol. 8 (2), 141-151.
- Riekert, K. & Drotar, D. Adherence to medical treatment in pediatric chronic illness: critical issues and answered questions. In Drotar, D. (2000). *Promoting adherence to medical treatment in chronic childhood illness:*

concepts, methods and interventions (pp 3 - 37). New Jersey: Lawrence Erlbaum.

- Rodriguez, H.P., Rogers, W.H., Marshall, R.E. & Safran, D.G. (2007). The effects of primary care physician visit continuity on patients' experience with care. *Journal of General Internal Medicine, Vol. 22* (6), 787 – 793.
- Safran, J.D. & Wallner, L.K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 3* (2), 188-195.
- Safran, J.D., Muran, J.C. & Sanstg (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: a task analytic investigation. In Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (Eds.). *The working alliance, theory, research, and practice*, Florida: Irving B. Weiner. Pp 225 – 255.
- Safran, D.G., Karp, M., Coltin, K., Chang, H., Li, A., Ogren, J. & Rogers, W.H. (2006). Measuring patient's 'experiences with individual primary care physicians. Results of a statewide demonstration project. *Journal of General Internal Medicine, Vol. 21*, 13 – 21.
- Sajatovic, M., Bauer, M.S., Kilbourne, A.M., Vertrees, J.E. & Williford, W. (2006). Self-reported medication treatment adherence among veterans with bipolar disorder. *Psychiatric Service, Vol. 57* (1), 56 – 63.
- Sans-Corrales, M., Pujol-Ribera, E., Gené-Badia, J., Pasarín-Rua, M.I., Iglesias-Pérez, B., Casajuana-Brunet, J. (2006). Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Family Practice, 23*, 308 – 316.
- Santos, T., Rosendo, I., Pimenta, G., Martins, D., Francisco, M.P., Neto, M.G., Santiago, L.M. (2008). Qualidade da consulta de Medicina Geral e Familiar: conseguem os médicos julgar correctamente a qualidade sentida pelos doentes? *Rev. Bras. Med. Fam. e Com, Vol. 3* (9),

- Saultz, J.W. & Albedaiwi, W. (2004). Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Annals of Family Medicine*, Vol. 2 (5), 445 – 451.
- Schers, H., Webster, S., Hoogen, H., Avery, A., Grol, R. & Bosch, W. (2002). Continuity of care in general practice: a survey of patients' views. *British Journal of General Practice*, 52, 459-462.
- Schoen, C., Osborn, R., Huynh, P.T., Doty, M., Davis, K., Zapert, K. & Peugh, J. (2004). Primary care and health system performance: adults' experiences in five countries. *Health Affairs*, Vol. 28, 447 – 503.
- Schönberger, M., Humble, F. & Teasdale, T.W. (2006a). Working alliance and patient compliance in brain injury rehabilitation and their relations to psychosocial outcomes. *Neuropsychological Rehabilitation*, Vol. 16 (3), 298-314.
- Schönberger, M., Humble, F. & Teasdale, T.W. (2006b). Subjective outcome of brain injury rehabilitation in relation to the therapeutic alliance, client compliance and awareness. *Brain Injury*, November, Vol. 20 (12), 1271–1282
- Shilling V., Jenkins V., Fallowfield L. (2003). Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: can communication skills training for clinicians improve satisfaction? *Psychooncology*, 12 (6), 599-611.
- Stiles, W.B., Agnew-Davies, R., Hardy, G.E., Barkham, M. & Shapiro, D.A. (1998). Relations of the alliance with psychotherapy outcome: findings in the second Sheffield psychotherapy project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998. Vol. 66 (5), 791-802.
- Street Jr, R.L., Krupat, E., Bell, R.A., Kravitz, R.L. & Heidet, P. (2003). Beliefs about control in the physician-patient relationship: effect on communication in medical encounters. *Journal of General Internal Medicine*, 18: 609-616.

- Tarrant, C., Windridge, K., Boulton, M., Baker, R. & Freeman, G. (2003). Qualitative study of the meaning of personal care in general practice. *British Medical Journal*, Vol. 326 (14), 1- 8.
- Trostle, J.A. The ideology of adherence: an anthropological and historical perspective. In Drotar, D. (2000). *Promoting adherence to medical treatment in chronic childhood illness: concepts, methods and interventions* (pp 37 – 55). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Turnbell. J. (2000). The transtheoretical model of change: examples from stammering. *Counseling Psychology Quarterly*, Vol. 31 (1), 13-21.
- Van Dulmen, S., Sluijs, E., Van Dijk, L., Ridder, D., Heerdink, R. & Bensing, J. (2007). Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Services Research*, 7: 55.
- Van Walsum, K.L., Lawson, D.M., & Bramson, R. (2004). Physicians' intergenerational family relationships and patient's perceptions of working alliance. *Families, Systems & Health*, 22 (4): 457 – 473.
- Velicer, W.F., & Prochaska, J. O. (1999). An expert system intervention for smoking cessation. *Patient Education and Counseling*, 36, 119-129
- Vlasnik, J.J., Aliotta, S.L. & DeLor, B. (2005). Medication adherence: factors influencing compliance with prescribed medications plans. *Case Manager*, 16 (2), 47 – 51.
- Ward, V., Hill, J., Hale, C., Bird, H., Quinn, H. & Thorpe, R. (2007). Patient priorities in care in rheumatology outpatient clinics: a qualitative study. *Musculoskeletal Care*, 5 (4) 216 – 228.
- Wensing, M., Grol, R., Monfort, P. & Smits, A. (1996). Indicators of the quality of general practice care of patients with chronic illness: a step towards the real involvement of patients in the assessment of quality of care. *Quality in Health Care*, Vol. 5, 73 – 80.

- White, H.D. (2005). Adherence and outcomes: it's more than taking pills. *The Lancet*, 366 (9502), 1989-1991.
- World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genève: World Health Organization, pp. 1 - 209
- Wroth, T.H. & Pathman, D.E. (2006). Primary medication adherence in a rural population: the role of the patient-physician relationship and satisfaction with care. *Journal of the American Board of Family Medicine*, Vol. 19, 478-86.
- Wu, J.R., Moser, D.K., Lennie, T.A., Peden, A.R., Chen, Y.C. & Heo, S. (2008). Factors influencing medication adherence in patients with heart failure. *HEART & LUNG Vol. 37* (1), 8 -18.
- Zandbelt, L.C., Smets, E.M.A., Oort, F.J., Godfried, M.H. & H.C.J.M. (2006). Determinants of physicians' patient-centered behaviour in the medical specialist encounter. *Social Science & Medicine*, 63, 899-910.
- Zemencuk, J.K., Feightner, J.W. Hayward, R.A., Skarupski, K.A. & Katz, S.J. (1998). Patients' desired and explorations for medical care in primary clinics. *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 13, 273-2

ANEXO I

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Carta de apresentação

Eu, Jorge Carrulo, sou aluno de mestrado em Psicologia da saúde da Universidade do Minho e venho convidá-lo/a a colaborar na recolha de dados conducente à minha dissertação de mestrado, intitulada “*Aliança terapêutica, adesão, crenças face a medicina e aos médicos nos cuidados de saúde primários*”.

Este estudo tem como objectivo perceber como o relacionamento entre utentes dos serviços públicos e profissional de saúde contribui para a adesão terapêutica e consequentes melhorias na sua saúde. A sua participação é muito importante para a concretização deste estudo, sendo inteiramente voluntária, e podendo desistir de participar a qualquer momento, sem que para isso tenha que dar explicação ou haja qualquer consequência. Esta participação consiste no preenchimento de 4 breves questionários.

Caso aceite colaborar neste estudo, os seus dados serão tratados de forma confidencial, devidamente codificados, e de acesso restrito ao investigador e orientadora da dissertação, sendo destruídos após a defesa da dissertação.

Após o preenchimento dos questionários verifique, por favor, se respondeu a todas questões, coloque-os dentro do envelope, entregando-o, fechado, à pessoa que lho entregou.

O Investigador

(Jorge Carrulo)

ANEXO II

CONSENTIMENTO INFORMADO

Formulário de Consentimento Informado

Eu, _____, quero participar no estudo intitulado “*Aliança terapêutica, adesão, crenças face a medicina e aos médicos nos cuidados de saúde primários*”, que faz parte da dissertação de mestrado em Psicologia da Saúde de Jorge Carrulo na Universidade do Minho. Compreendo que a minha participação é inteiramente voluntária e que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que para isso tenha que dar explicação ou haja qualquer consequência.

Li e compreendi o documento descritivo do estudo. Foram-me explicado os seguintes pontos:

- O objectivo da investigação é de estudar a relação entre a ligação médico-doente e os comportamentos de adesão ao tratamento.
- Os procedimentos para a realização do estudo consistem no preenchimento de três breves questionários, num único momento, em que apenas tenho que avaliar o meu grau de acordo com afirmações que os integram. A administração dos questionários tem duração média de 20 minutos.
- Salva a circunstância de ocorrer algum desconforto psicológico durante a administração dos questionários, os responsáveis pelo estudo não antecipam riscos para a minha pessoa pela participação no estudo.
- Toda a informação será tratada de forma confidencial. Apenas o investigador e a responsável pela orientação e supervisão terão acesso aos dados e os questionários preenchidos serão destruídos após a defesa pública da dissertação. A minha identidade ficará protegida, não sendo necessário colocar o meu nome nos questionários codificados.

- Posso dirigir quaisquer outras questões ao investigador ou à responsável pela orientação da investigação (Professora Eugénia Fernandes, telefone: 253605243, e-mail eugenia@iep.uminho.pt).
- Após a publicação da tese de mestrado, e a meu pedido, ser-me-á facultado uma cópia das conclusões principais do estudo.

Compreendo o que estudo envolve e concordo em participar. Foi-me entregue uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Assinatura participante

Assinatura investigador

Data _____

Questões adicionais que queira colocar após completar a sua participação, poderão ser colocados a Jorge Carrulo, tel. 229958281, e-mail: psic9621@gmail.com ou a Professora Doutora Eugénia Fernandes, Departamento de Psicologia do Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, tel. 253605243, e-mail: eugeniaf@iep.uminho.pt.

ANEXO III

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Questionário Sócio-demográfico

Data _____

Centro de Saúde:

Motivo da consulta:

Sexo F

M

Estado civil: _____

Escolaridade: _____

Data de Nascimento: ___/___/___

Idade: ____

Profissão: _____

A quanto tempo o seu médico o acompanha:

_____ (anos)

Com que regularidade consulta o seu médico?

Semanal ____; mensal ____; trimestral ____; anual ____; outra _____

Médico da sua família? _____

Tem alguma doença / ou deficiência física: Sim _____ Não _____

Toma algum tipo de medicação: Sim _____ Não _____

Se sim quais?

A quanto tempo? _____

Quantas vezes por dia?

Faz algum outro tipo de tratamento?

Costuma a ir a médicos particulares?

Se sim, por que motivo?

Obrigada

ANEXO IV

ESCALA DE ATITUDES FACE AOS MÉDICOS E À MDECINA

Escala de Atitudes Face aos Médicos e à Medicina

Em baixo estão algumas informações relativas a atitudes face à medicina e aos médicos. Por favor leia cada uma delas cuidadosamente, e faça um círculo à volta de um dos números à frente de cada afirmação de acordo com o grau em que concorda ou discorda com a frase. Não há respostas certas ou erradas. É na sua opinião que estamos interessados.

Escala de respostas:

1 – Discordo totalmente;

2 – Discordo moderadamente

3 – Discordo ligeiramente

4 – Concordo ligeiramente

5 – Concordo moderadamente

6 – Concordo totalmente

1.	Todos os médicos são bons médicos.	1	2	3	4	5	6
2.	A medicina baseia-se em princípios científicos.	1	2	3	4	5	6
3.	Eu só consulto um médico se estiver “às portas da morte”.	1	2	3	4	5	6
4.	Os medicamentos podem-nos fazer tanto mal como bem.	1	2	3	4	5	6
5.	Eu tenho uma absoluta fé e confiança em todos os médicos.	1	2	3	4	5	6
6.	A melhoria da saúde nacional deve-se à eficácia da medicina.	1	2	3	4	5	6
7.	Os médicos culpam os seus pacientes se o seu tratamento não resulta.	1	2	3	4	5	6
8.	Os conselhos dos médicos são quase sempre senso-comum.	1	2	3	4	5	6
9.	Mesmo que se tenha que esperar muito tempo para consultar um médico, vale a pena.	1	2	3	4	5	6
10.	A medicina tem cura para a maioria das doenças.	1	2	3	4	5	6
11.	Os médicos são importantes para nos ajudar a mantermo-nos saudáveis.	1	2	3	4	5	6
12.	Difícilmente dois médicos estão de acordo acerca do que esta mal com uma pessoa.	1	2	3	4	5	6
13.	Muitos medicamentos são apenas placebos ou comprimidos de açúcar.	1	2	3	4	5	6
14.	Os médicos “procuram muitas vezes” resolver os problemas dos pacientes receitando tranquilizantes (calmantes).	1	2	3	4	5	6
15.	Muitas vezes o único objectivo dos exames médicos é fazer o médico sentir-se menos ansioso.	1	2	3	4	5	6
16.	Os médicos sabem o que é melhor para nós.	1	2	3	4	5	6
17.	Eu não gosto de pessoas que trabalham na área da saúde.	1	2	3	4	5	6
18.	A maior parte dos exames médicos são feitos por rotina em vez de terem um objectivo específico.	1	2	3	4	5	6
19.	A medicina é a melhor profissão que uma pessoa que pode ter.	1	2	3	4	5	6

Por favor verifique se respondeu a todos os itens antes de entregar o questionário.

ANEXO V

ESCALA DE ADESÃO TERAPÊUTICA

Escala de Adesão Terapêutica

Leia as frases que se seguem e diga em que grau concorda ou discorda.

1. As vezes eu esqueço-me de tomar os meus medicamentos.

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

2. Às vezes eu altero as doses da minha medicação de forma a satisfazer as minhas próprias necessidades.

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

3. Algumas pessoas esquecem-se de tomar os seus remédios. Com que frequência isto lhe acontece a si?

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

4. Algumas pessoas dizem que se esquecem de uma dose da sua medicação ou ajustam-na para satisfazer as suas próprias necessidades. Com que frequência você faz isto?

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

ANEXO VI

INVENTÁRIO DA ALIANÇA TERAPÊUTICA – CONTEXTOS DE SAÚDE

IAI – C.S.
Versão Experimental
Instruções

Nas páginas seguintes encontrara frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir acerca do seu médico.

Por baixo de cada afirmação existe uma escala de sete pontos:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

Se a afirmação descrever o modo como se sente (ou pensa) *sempre* faça um círculo no número 7; se *nunca* se aplica a si faça um círculo no número 1. Use os outros números para descrever variações entre dois extremos.

Este questionário é CONFIDENCIAL
Responda depressa, as suas primeiras impressões são as mais importantes.
(POR FAVOR NÃO SE ESQUEÇA DE RESPONDER A TODOS OS ITENS.)
Obrigada pela sua colaboração

A.O. Horvath, 1981, 1984
Versão Portuguesa: adaptada da versão Portuguesa de Paulo Machado e O. Horvath

Eugénia Fernandes & Jorge Carrulo

1. Sinto-me desconfortável com o meu médico (ou minha médica).

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

2. O meu médico (ou minha médica) e eu estamos de acordo acerca das coisas que eu preciso de fazer no tratamento para ajudar a melhorar a minha saúde.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

3. Estou preocupado/ a com o resultado do tratamento.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

4. O que faço na consulta médica permite-me ver o meu problema de saúde de novas formas.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

5. O meu médico (ou minha médica) eu compreendemo-nos mutuamente

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

6. O meu médico (ou minha médica) percebe, com clareza, quais são os meus objectivos em relação a minha saúde.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

7. Acho confuso o que estou a fazer no meu tratamento.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

8. Acho que o meu médico (ou minha médica) gosta mim.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
9. Gostava que o meu médico (ou minha médica) e eu pudéssemos clarificar a finalidade do tratamento.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
10. Eu discordo com o meu médico (ou minha médica) acerca do que eu deveria obter do tratamento.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
11. Acredito que o tempo que passo com o meu médico (ou minha médica) não é utilizado de um modo eficaz						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
12. O meu médico (ou minha médica) percebe aquilo que tento conseguir com a consulta.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
13. É para mim claro quais as minhas responsabilidades no tratamento.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
14. Os objectivos deste tratamento são importantes para mim.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

15. Acho que o que eu e o meu médico (ou minha médica) fazemos nas consultas não está relacionado com as minhas preocupações de saúde.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
16. Sinto que o tratamento me ajudará a atingir as mudanças de saúde que quero.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
17. Acredito que o meu médico (ou minha médica) esta genuinamente preocupado com a minha saúde.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
18. É claro para mim o que meu médico (ou minha médica) quer que eu faça no tratamento.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
19. O meu médico (ou minha médica) e eu respeitamo-nos mutuamente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
20. Sinto que o meu médico (ou minha médica) não é totalmente honesto acerca daquilo que se sente em relação a mim.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
21. Tenho confiança na capacidade do meu médico (ou minha médica) para me ajudar no problema de saúde.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

22. O meu médico (ou minha médica) e eu acordamos mutuamente nos objectivos do meu tratamento.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
23. Sinto que o meu médico (ou minha médica) me aprecia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
24. Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante para melhorar.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
25. Como resultado das consultas médicas torna-se para mim mais claro como será possível melhorar a minha saúde.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26. O meu médico (ou minha médica) e eu confiamos um no outro.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
27. O meu médico (ou minha médica) e eu temos ideias diferentes acerca de quais são os meus problemas de saúde.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
28. A minha relação com o meu médico (ou minha médica) é muito importante para mim.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

29. Sinto que se disser ou fizer algo errado o meu médico (ou minha médica) deixará de me atender.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

30. O meu médico (ou minha médica) e eu colaboramos na definição dos objectivos do meu tratamento.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

31. Estou frustrado pelas coisas que faço no tratamento.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

32. Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para minha saúde.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

33. As coisas que o meu médico (ou minha médica) me pede para fazer não fazem sentido.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

34. Sei o que posso esperar como resultado do meu tratamento.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

35. Acredito que o modo como estamos a trabalhar com o meu problema de saúde é correcto.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

36. Sinto que o meu médico (ou minha médica) se preocupa comigo mesmo quando eu faço coisas que não aprova.

1
Nunca

2
Raramente

3
Ocasionalmente

4
Por vezes

5
Frequentemente

6
Muito
frequentemente

7
Sempre

Utente _____

Data _____

ANEXO VI

CARTA PARA A ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DA SAÚDE - NORTE

Exmo. Senhor Presidente do Conselho
de Administração da ARSNORTE

O meu nome é Jorge Carrulo e sou aluno do segundo (2º) ano do Mestrado de Psicologia da Saúde do Instituto Educação e Psicologia da Universidade do Minho, estando neste momento a desenvolver o meu projecto de tese, sob a orientação da Prof. Doutora Eugénia Fernandes, Professora Auxiliar da mesma Universidade.

Nesse sentido, venho solicitar autorização para realizar a recolha de dados para o meu estudo no contexto dos Centros de Saúde ligados à ARSNORTE. O meu projecto de investigação tem como objectivo estudar: 1- a relação entre a qualidade da aliança terapêutica e os comportamentos de adesão terapêutica, e 2- a relação entre crenças face à medicina e aos médicos e a qualidade da aliança terapêutica. A recolha de dados consiste na administração de três questionários que avaliam as variáveis em estudo, num único momento, a pacientes com doenças crónicas.

Antecipadamente agradeço a atenção prestada a este assunto, colocando-me, desde já, à disposição de V. Ex.^a para qualquer esclarecimento que entenda como necessário.

O meu contacto é psic9621@gmail.com e 918380513.

Junto envio o meu *Curriculum Vitae*, o projecto de investigação e uma carta de apresentação da minha orientadora, Professora Dr.^a Eugénia Fernandes.

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me com a máxima consideração.

Jorge Carrulo