



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
2013

**HELENA MARIA
BRANQUINHO
TAVARES COSTA**

**FATORES RELEVANTES NA ADESÃO AO
PROCESSO DE REABILITAÇÃO**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde realizada sob a orientação científica do Doutor Carlos Fernandes da Silva, Professor Catedrático do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho em especial ao meu marido pelo seu apoio e compreensão, à minha filha porque é a razão da minha vida, a toda a minha família e a todas as pessoas que contribuíram para a realização deste sonho.

o júri

presidente

Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
professora Auxiliar com Agregação à Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Paula Alexandra de Andrade Batista Nelas
professora Adjunta do Instituto Politécnico de Viseu

Prof. Doutor Carlos Fernandes da Silva
professor Catedrático da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Ao Professor Carlos Fernandes, meu orientador desta tese, o meu profundo agradecimento pela sua disponibilidade, partilha de conhecimento e apoio científico.

Ao Centro de Medicina Física e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais, o meu obrigada pelo apoio disponibilizado, acolhimento, compreensão e aceitação da realização do projeto desta investigação. Obrigada também pela cedência de espaço para obtenção dos dados, imprescindíveis para a elaboração da presente tese.

Em especial, obrigada à Professora Doutora Ana Garrett pela compreensão, disponibilidade e interesse demonstrado na realização deste projeto. Também ao Dr. Jorge Laíns, pela sua disponibilidade, preocupação e permissão da recolha de dados e informações específicas.

Aos utentes do Centro de Medicina Física e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais, o meu agradecimento pelas experiências partilhadas, que serviram de inspiração na escolha do tema desta tese e pela disponibilidade em responder aos instrumentos de avaliação.

A todas as minhas colegas do centro supracitado, pela compreensão, apoio, colaboração e incentivo.

palavras-chave**Adesão ao processo de reabilitação, Motivação, Humor, Relação com os terapeutas****resumo**

A adesão ao processo de reabilitação é influenciada por vários fatores. Deste modo, este estudo pretende perceber a relação existente entre algumas variáveis e qual o grau de influência destas, no nível de adesão. A amostra é constituída por 30 participantes, vítimas de acidente vascular cerebral, traumatismo crânio encefálico e lesão medular, em regime de internamento no Centro de Medicina da Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais. A amostra apresenta uma média de idades de 49,6 anos e é maioritariamente masculina. Os resultados apresentam relações positivas e significativas entre o comportamento de adesão e a idade, sexo, motivação intrínseca e qualidade da relação com os terapeutas. Os valores médios indicativos do nível de adesão ao processo de reabilitação são altos e como preditoras destes resultados temos a qualidade da relação com os terapeutas, a competência percebida para os exercícios de reabilitação e a variável sexo, explicando no conjunto cerca de 71% da adesão.

keywords

Adherence to rehabilitation process, Motivation, Mood, relationship therapists.

abstract

The adherence to the rehabilitation process is influenced by several factors. Thus, this study aims to understand the relationship between some variables and the degrees of influence of these on the adherence level. The sample consisted of 30 victims of stroke, traumatic brain injury and spinal cord injury. All of them are inpatients of Center for Medical Rehabilitation in the center region of Portugal – Rovisco Pais. The sample had a mean age of 49,6 years and is mostly male. The results show significant and positive relationships between adherence behavior and age, gender, intrinsic motivation and quality of the relationship with the therapist. Mean values indicative of the level of adherence to the rehabilitation process are high and as predictors of these outcomes, the results suggest the quality with the therapist, the perceived competence for rehabilitation exercises and gender, explaining the whole about 71% of the adherence's variance.

Índice

1.	Introdução.....	10
2.	Método.....	15
	Participantes.....	15
	Instrumentos.....	16
	Procedimentos.....	19
	Análise de dados.....	20
3.	Resultados.....	20
4.	Discussão.....	25

Bibliografia

Lista de Siglas

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CMRRC-RP	Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais
EAT	Escala de Adesão Terapêutica
IMB	Information – Motivation – Behavioral Skills
IMI_p	Inventário de Motivação Intrínseca
LBMFRE	Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa
LVM	Lesão Vertebral Medular
MIF	Medida de Independência Funcional
POMS	Perfil de Estados de Humor
QART	Questionário de Avaliação da Relação Terapêutica
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico

Lista de Tabelas

Tabela 1.	17
Caraterização da amostra em relação ao tipo de lesão e independência funcional	
Tabela 2.	18
Rotação Varimax para agrupar componentes – QART	
Tabela 3.	22
Comparação dos valores obtidos na POMS, entre o nosso estudo e o de Viana et al. (2001)	
Tabela 4.	23
Relação entre o índice de funcionalidade e POMS, e respetivas subescalas	
Tabela 5.	23
Diferença entre grupos da variável sexo e subescalas da EAT	
Tabela 6.	24
Diferença entre grupos com habilitações literárias até ao ensino básico e grupos com habilitações literárias superiores, face à adesão	

1. Introdução

As perturbações neurológicas afetam cerca de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo (WHO, 2003). Algumas destas perturbações são decorrentes de lesões neurológicas como por exemplo os traumatismos crânio encefálicos (TCE) e acidentes vasculares cerebrais (AVC) (Carvalho, Santos, Pontes, Moraes, Souza, Leite & Silva, 2011; Sá, 2009b; WHO, 2006).

Os AVC estão relacionados essencialmente com a hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, excesso de peso, obesidade, consumo de tabaco e álcool e a hábitos de vida pouco saudáveis (Sá, 2009b).

Os TCE's resultam na maioria das vezes de acidentes de viação, quedas, acidentes com armas de fogo e agressões (Jones, 2006; Oliveira, Lavrador, Santos & Lobo Antunes, 2012; Oliveira, Wibelinger & Luca, 2007).

Associado a estes fatores de risco e muitas vezes concomitantes com os TCE's, surge a Lesão Vertebro Medular (LVM), classificada também como lesão neurológica (O'Connor, 2006).

No caso das lesões neurológicas a informação epidemiológica é fragmentada e parcial, sendo portanto desconhecido o número de pessoas vítimas destas lesões (WHO, 2006). No entanto estas lesões têm como consequência a morte ou, na maioria das vezes, deixam marcas irreversíveis nas suas vítimas, tanto a nível físico como psicológico (Carvalho et al., 2011; Sá, 2009b, WHO, 2006), provocando uma disrupção no percurso normal de vida (Oliveira, 2001; Oliveira, Wibelinger & Luca, 2007, WHO, 2006).

A independência funcional é afetada a nível físico (capacidades sensoriomotoras necessárias à realização das tarefas), a nível cognitivo e intelectual (memória, concentração e capacidade de resolução de problemas), a nível afetivo (aptidões e estratégias para lidar com problemas e eventos stressantes, ansiedade e autoestima) e a nível social (capacidade de lidar com os outros no desempenho de papéis e obrigações sociais) (Carvalho et al., 2011; Sá, 2009a e 2009b; WHO, 2006). Deste modo, a pessoa acometida por Lesão Neurológica fica obrigada a enfrentar um processo de reconstrução de um mundo que não faz sentido para si, depois da perda sofrida (Carvalho et al, 2001; Miller, 2006; Oliveira, 2000 e 2002; Sá, 2009a) e da incapacidade real e sentida que ficou. A incapacidade tem como consequência a dependência de alguém cuidador (familiar e/ou social) pois é o resultado da deficiência física e psíquica que leva à retirada da pessoa do mundo de trabalho, levando à reforma antecipada, aumento de cuidados médicos entre muitas outras dimensões de apoio à saúde (Sá, 2009a e 2009b; WHO, 2006). As consequências da incapacidade refletem-se, inevitavelmente, em termos sociais e económicos não só no lesionado como na sociedade em geral (WHO, 2006; Sá, 2009b).

Segundo o Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa (2009), cerca de 10% da população da Europa Ocidental, sofre de incapacidade; os traumatismos graves provocam um número crescente de indivíduos com problemas e défices funcionais complexos e muitos, são jovens no momento da lesão. A literatura refere também que o tratamento das consequências decorrentes da lesão cerebral ou da medula espinal, com base na reabilitação da funcionalidade da pessoa, reduz a sobrecarga resultante da incapacidade, tanto para o indivíduo como para a sociedade (Turner-Stokes, Nyein & Halliwell, 1999).

A Reabilitação, segundo a OMS (2001), é definida como *“uso de todos os meios necessários para reduzir o impacto das situações incapacitantes e permitir aos indivíduos incapacitados a obtenção de uma completa integração social”*. O Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação (2009), no contexto da saúde, define a reabilitação como *“um processo dinâmico pelo qual o indivíduo que sofreu incapacidade adquire o conhecimento e as competências técnicas necessárias para uma função física, psicológica e social, otimizada”*. O processo de reabilitação após a lesão, tem então como foco principal, a reintegração do indivíduo na comunidade. Este visa uma melhor adaptação à nova condição e à superação das alterações sofridas no modo de vida, beneficiando o indivíduo e a sociedade, ao promover uma maior autonomia pessoal, potenciando a sua funcionalidade e preparando-o, a si e seus familiares/cuidadores, a tirar o máximo partido das oportunidades disponíveis (LBMFR, 2009; Oliveira, 2001; WHO, 2006). O programa de reabilitação deve assim contemplar os recursos do indivíduo, a natureza das suas dificuldades e o prognóstico médico-funcional, bem como a capacidade para adquirir novas técnicas e conhecimentos, que permitem potenciar os seus níveis de atividade e participação nos mesmos (LBMFR, 2009).

Deste modo, quanto mais rápida for a adesão ao processo de reabilitação, mais rápida será também a recuperação da funcionalidade do doente, por outro lado, a não-adesão pode conduzir a um agravamento do estado de saúde do lesionado (Cluss & Epstein, 1985).

Neste contexto, a adesão é percebida num conjunto de categorias de respostas, cuja categoria comum é o seguimento de orientações proporcionadas pelos profissionais de saúde (Bennett & Murph, 1999) que resultam em mudanças no reportório comportamental e cognitivo de indivíduos e grupos (Odgen, 1996). Os termos adesão (adherence) e obediência (compliance) são, muitas vezes, utilizados na designação da concordância entre comportamentos e recomendações terapêuticas do profissional de saúde (Epstein & Cluss, 1984). No entanto, o termo obediência sugere uma postura passiva por parte do doente, o que poderá ter impacto negativo no processo de reabilitação uma vez que o envolvimento deste no plano terapêutico, é fundamental (Costa, 2012; WHO, 2003). A OMS salienta que a adesão envolve necessariamente a participação de uma equipa multidisciplinar, com a responsabilidade de estabelecer e manter acordos com o doente, para a

realização do tratamento (WHO, 2003). De acordo com esta afirmação, o conceito de adesão pressupõe uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado, inserindo o cuidado com o doente como foco central, para uma intervenção participativa de ensino e acompanhamento no processo de saúde-doença (Friberg & Scherman, 2005). Alguns estudos referem que as dificuldades de adesão são um problema em várias áreas da saúde, sendo fundamental a sua compreensão, com o objetivo de não comprometer o tratamento (Campbell, Evans, Tucker, Quillity, Dieppe & Donovan, 2001; Valle, Viegas, Castro & Toledo, 2004). Vermeire e colegas (2001), verificaram que entre 30% a 50% dos doentes com diversas patologias, não aderem ao tratamento e Sluijs, Kok, e van der Zee, (1993), num estudo sobre a adesão a exercícios de fisioterapia, referem que 76% dos participantes embora seguissem a prescrição, não a cumpriram na totalidade, sendo que a não adesão implica prejuízo para o doente, que deixa de obter benefícios, tal como para o sistema de saúde (Campbell et al., 2001).

Neste contexto os fatores que influenciam a adesão merecem então uma compreensão exaustiva, no sentido de perceber quais se apresentam como obstáculos e quais se apresentam como promotores da mesma. A investigação sobre a adesão permite-nos identificar, de forma mais facilitada, alguns fatores relacionados ao cumprimento ou incumprimento das recomendações terapêuticas embora, consoante os métodos utilizados, apresentem resultados contraditórios (Cluss & Epstein, 1985). Assim, segundo Griffith (1990), o comportamento de adesão compreende uma dimensão multicausal, uma vez que depende de vários fatores que interagem entre si.

Na literatura são salientados fatores demográficos, sociais e económicos com algum impacto na adesão, como: a idade, onde o seu avanço é associado à baixa adesão por vezes sustentada com a justificação do pouco tempo de vida que lhe resta e falta de sentido para a mesma e ainda à diminuição de algumas faculdades e capacidade de comunicação e locomoção (Donovan, 1992). Por outro lado, outros estudo demonstram que a idade pode não constituir um preditor da não-adesão (WHO, 2003), ou que a adesão pode ocorrer em qualquer idade (Griffith, 1990), não tendo uma influência significativa, assim como a variável sexo, que apesar de ser incluída em diversos estudos, não apresenta relação sólida com o nível de adesão (Vermeire et al., 2001). Com maior consistência na literatura, surgem os fatores socioeconómicos, como sendo preditores influentes no grau de adesão. O baixo nível de escolaridade, o isolamento social do doente (Brewer et al., 2000; Bugalho & Carneiro, 2004; Levy & Feld, 1999; WHO, 2003), a falta de apoio familiar e redes sociais (Bishop, 1994; Vermeire, et al, 2001) apresentam-se associados aos baixos níveis de adesão. Por outro lado, DiMatteo (2004), salienta que o bom suporte social e familiar são fundamentais para a adesão aos tratamentos.

A literatura refere também fatores relativos à doença e tratamento, como limitadores da adesão. A existência de uma ou mais doenças concomitantes, especialmente se alguma delas afetar

a capacidade cognitiva do doente, a progressão da doença e desvantagens que lhe estão associadas (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001) e as alterações de humor, especialmente a depressão (Bugalho & Carneiro, 2004), são barreiras à adesão. Em relação ao tratamento, a maior limitação à adesão, prende-se com a duração e complexidade do mesmo (Brannon & Feist, 1997; Goldberg, Cohen & Rubin, (1998) e devido aos efeitos adversos ou quando não existe eficácia imediata e alívio dos sintomas (Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1997). Por outro lado, o grau de informação e conhecimento sobre a doença e as atitudes e crenças pessoais sobre a eficácia do tratamento tem associação positiva com o grau de adesão (WHO, 2003). Deste modo, a preocupação do doente pelo diagnóstico, prognóstico e gravidade que atribui à doença, bem como a confiança na terapia prescrita, são fatores determinantes no grau de adesão (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001; Vermeire, et al, 2001; WHO, 2003).

A relação estabelecida entre o doente e a equipa de profissionais de saúde que o acompanham neste percurso, são cada vez mais reconhecidos como poderosos determinantes para a adesão às recomendações terapêuticas. Alguns investigadores salientam a importância da confiança que o doente deposita no tratamento e que esta está fortemente associada à qualidade do vínculo que é estabelecido entre doente e profissionais de saúde, gerando por sua vez confiança nestes e nos cuidados de saúde em geral (Marinker & Shaw, 2003; Ostenberg & Mortimer-Stephens, 2005). Bishop (1994), defende que a qualidade desse vínculo advém duma atitude empática e assenta nas competências de comunicação dos profissionais, o que facilita a transmissão de conhecimentos de forma clara, facilitando assim a assimilação dos mesmos. Marinker e Shaw (2003), refere que os profissionais de saúde devem ter em consideração alguns fatores importantes, antes de transmitirem a informação, como o nível educacional do doente, a sua capacidade cognitiva, os seus hábitos e estilo de vida. Este autor acrescenta ainda que o saber ouvir, entender e respeitar as expectativas e preocupações do doente são fundamentais e devem estar sempre presentes nos comportamentos e atitudes dos profissionais de saúde. Na literatura, a qualidade da relação e da comunicação estabelecida entre doente e profissionais, surge como fundamental para a adesão terapêutica (DiMatteo, 1994), servindo como base para a edificação de estratégias de promoção desta (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Do mesmo modo, são também referidos fatores cognitivos e emocionais, a falta ou diminuição de motivação, a ausência de perceção da sua necessidade, a desconfiança em relação à obtenção de resultados positivos e a ansiedade inerente a todo o processo terapêutico como influentes na adesão (Ostenberg & Blaschke, 2005; WHO, 2003). A baixa motivação é apresentada frequentemente como barreira no contexto de reabilitação (Brockway & Fordyce, 1994) e a motivação é considerada como um fator essencial, na medida em que pode aumentar o comprometimento e a adesão do indivíduo ao tratamento (Soler, Paula, Campanelli, Oliveira,

Ferreira & Blascivis-Assis, 2004) e deste modo contribuir para uma mais rápida recuperação funcional (Maclean & Pound, 2000). Reeve (2006), refere que as lesões neurológicas, morbidades físicas e psicológicas, ambiente terapêutico e comportamento dos profissionais face ao doente, poderão desencadear um comportamento motivado ou desmotivado.

Relativamente à definição do conceito de motivação, ainda não existe um consenso (Maclean, Pound, Wolfe & Rudd, 2000), no entanto as teorias sobre o mesmo, são variadas, mas pouco profundas (Weinberg & Gould, 2001).

Sage (1977), refere que a motivação pode ser definida de forma simples como sendo a intensidade e direção dos nossos esforços. A direção, refere-se ao fato de o indivíduo ser atraído ou querer ele próprio aproximar-se de algo e a intensidade está relacionada com o nível de esforço que o indivíduo coloca nessa situação (Weinberg & Gould, 2001). Segundo este autor, a motivação surge geralmente associada ou como resultado de alguma coisa, como por exemplo: características da personalidade – a pessoa já é altamente motivada; é motivada por influência externa; é “rotulada” de motivada como consequência ou explicação de comportamentos. McConnell (1977), afirma que alguns aspetos da motivação humana são mais facilmente explicados com base nos sentimentos, emoções e percepções do que através de estímulos e impulsos e que estes poderão ter um carácter agradável ou desagradável, sugerindo que, quando um indivíduo tenta evitar a dor e procurar prazer, a força orientadora do comportamento de afastamento ou aproximação é a emoção, sendo esta fundamental no processo de motivação; a motivação, por sua vez, é desencadeada pelas percepções e avaliações da situação, logo, as emoções estimulam e orientam o comportamento. Resumindo, a motivação resulta da interação do indivíduo com uma situação e poderá ser definida como sendo o processo responsável pela direção, intensidade e persistência dos esforços do indivíduo, para alcançar a meta a que se propõe (Robbins, 1999).

O modelo IMB apresenta um pressuposto que tenta evidenciar um fenómeno de adesão ao regime terapêutico que assenta na tríade: “Information – Motivation – Behavioral Skills” (Fisher, Fisher, Bryan & Misovich, 2002). Com base neste modelo existem 3 fatores que promovem a adesão terapêutica: a informação acerca da doença, prognóstico e estratégias para lidar com a mesma; a motivação, que engloba a atitude individual, o suporte social percebido para a adoção de comportamentos desejados e percepção da pessoa acerca do comportamento dos outros na mesma situação; o comportamento, baseado nas competências/capacidades que garantem o desempenho das atividades experimentais intrínsecas ao comportamento desejado e dispõem de suporte social e de estratégias pessoais de autorregulação; os três fatores deste modelo devem ser direcionados para o comportamento de saúde desejado (Fisher et al., 2002). O mesmo autor refere que este modelo apresenta a informação como pré exigência na mudança de um comportamento, não sendo suficiente por si só, pois a motivação é também um fator importante e autónomo na adoção de

comportamentos de adesão. A informação e a motivação influenciam diretamente o comportamento quando as competências exigidas são simples ou familiares para o indivíduo (WHO, 2003).

A literatura sugere-nos então que as atitudes e os comportamentos relativos à adesão ao processo de reabilitação são determinados por um conjunto de fatores que interagem entre si determinando o nível de adesão. Deste modo, indica-nos ainda que este fenómeno deve ser estudado não apenas na forma como estes fatores se evidenciam associados, mas também compreendendo a força que cada um deles tem na tomada de decisão em aderir ou não aderir a todo o processo de reabilitação.

Esta investigação surge então com o objetivo de perceber:

- 1.) Grau de associação entre: variáveis demográficas e clínicas, relação terapêutica, estado de humor, motivação intrínseca e comportamento de adesão;
- 2.) Grau de Influência destas variáveis no comportamento de adesão;

2. Método

Participantes

Este estudo foi realizado com 30 participantes, incluídos numa população clínica de conveniência em regime de internamento no CMRRC-RP, com lesões neurológicas adquiridas e que não apresentavam nenhum critério de exclusão. Como critérios de exclusão foram utilizados: idade inferior a 18 anos e limitações físicas e/ou cognitivas impeditivas da correta recolha de dados (avaliadas através da MIF (Laíns, 1991) e Neuropsi – Avaliação Neuropsicológica Global (Carreteiro, 2005), consultando os resultados no banco de dados da instituição, através da entrevista clínica, da anamnese e processos clínicos). Os dados foram recolhidos entre Fevereiro e Maio de 2013.

Dos 30 participantes, 17 são do sexo masculino (56,7%) e 13 do sexo feminino (43,3%). O grupo total apresenta uma média de idades de 49,6 anos (DP=14,58), compreendidas entre os 19 e os 72 anos. Relativamente ao estado civil, 18 participantes são casados (60%), 7 solteiros (23,3%), 2 divorciados (6,7%), 2 viúvos (6,7%) e 1 em união de facto (3,3%). No que diz respeito à parentalidade, 22 indivíduos têm filhos (73,3%) e 8 não têm (26,7%). Destes participantes, 5 terminaram a licenciatura ou atingiram um grau superior (16,7%), 8 frequentaram a escola entre 10 a 12 anos (26,7%), 5 entre 7 a 9 anos (16,7%), 1 entre 5 a 6 anos (3,3%), 8 completaram o 4º ano do ensino básico (26,7%) e 3 não o concluíram (10%). A maioria dos participantes estavam empregados à data da lesão (15 por conta d'outrem (50%) e 3 por conta própria (10%)), 3 estavam

reformados (10%), 4 estavam em situação não designada (13,3%) e os restantes estavam na situação de desemprego (10%).

Relativamente a fatores clínicos, a amostra é constituída por participantes com acidente vascular cerebral, com lesão medular e traumatismo crânio encefálico. A tabela 1 caracteriza a amostra em relação ao tipo de lesão dos participantes e à independência funcional relativamente a cada grupo. A média do tempo de lesão é de 372, 87 dias e a média de internamento é de 85,67 dias (que varia entre 9 e 229 dias). Do total da amostra, 25 participantes receberam visitas (83,3%) e 22 passaram os fins de semana no domicílio (73,3%).

Tabela 1.

Caraterização da amostra em relação ao tipo de lesão e Independência Funcional

	AVC	LVM	TCE-LVM	Total
Índice de	N=10	N=14	N=6	N=30
funcionalidade	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)
Auto cuidados	25,20 (9,10)	28,00 (11,38)	24,50 (11,45)	26,37 (10,43)
Controle Esfíncteres	10,40 (4,62)	5,64 (4,14)	2,50 (.83)	6,60 (10,43)
Mobilidade	10,90 (5,95)	12,36 (6,51)	8,67 (6,71)	11,13 (6,30)
Locomoção	5,60 (3,77)	6,79 (3,35)	4,00 (2,82)	5,83 (3,46)
Comunicação	13,00 (3,16)	13,86 (.53)	14,00 (.00)	13,60 (1,85)
Cognição social	19,50 (5,10)	20,57 (1,91)	21,00 (.00)	20,30 (3,17)
MIF Total	84,60 (25,97)	87,21 (22,81)	74,66 (21,22)	83,83 (23,31)

Instrumentos

O questionário clínico e sociodemográfico engloba questões construídas para esta investigação que permitem a caraterização do participante.

Ao nível clínico, pretende caraterizar quanto ao tipo e tempo de lesão e de internamento e índice de funcionalidade no momento de internamento, através da MIF. A Medida de Independência Funcional - MIF (Laíns, 1991) é um indicador de base da severidade da incapacidade e foca-se na realização das atividades da vida diária de forma independente, avaliando o desempenho em 18 tarefas. Estas tarefas agrupam-se em 7 subescalas: autocuidados (6 itens) controlo de esfíncteres (2 itens); transferências/mobilidade (3 itens); locomoção (2 itens); comunicação (2 itens) e cognição social (3 itens). Cada item é cotado numa escala de 1 a 7, representando os níveis de dependência, em que o 1 corresponde à dependência total e o 7 à

independência total. A cotação total da MIF pode variar entre 18 e 126 pontos. Os resultados da MIF foram consultados nos processos clínicos dos doentes.

O questionário sociodemográfico, engloba questões como idade, sexo, estado civil, agregado familiar, habilitações literárias, situação profissional, visitas e fins de semana no domicílio.

O Questionário de avaliação da relação com os terapeutas é constituído por 12 itens. Os primeiros 11 itens foram retirados da versão original QAU – Questionário de Audição ao Utente, na sua versão retificada por Margarida Guiomar, José Pascoalinho Pereira e Isabel Souza (2006). Estes itens inserem-se na subescala “Sessões de Terapia” do QAU e destinam-se a avaliar a satisfação do utente com as atitudes do fisioterapeuta. Para fazer cumprir o objetivo deste estudo, existiu a necessidade de reformulação dos itens, adaptando-os à diversidade de terapias envolvidas no processo de reabilitação dos doentes (terapia ocupacional, desporto adaptado, fisioterapia e hidro). O último item foi acrescentado como complemento dos anteriores, sendo esperada uma elevada correlação com os mesmos. Esta escala apresenta boa consistência interna com um *alfa* de Cronbach de .75,5, considerado apropriado (Maroco & Garcia Marques, 2006). Entretanto foi realizada uma análise fatorial com rotação Varimax que permitiu encontrar três fatores que explicam 65,42% da variância no total, sendo que o fator 1 explica 39,9% da variância, o fator 2 explica 15% da variância e o fator 3 explica 11,1% da variância. O fator foi designado de Informação Motivadora, o fator 2 de Cortesia e Liberdade e o 3 de Qualidade da Relação (Tabela 2). É um questionário de fácil aplicação, em que é solicitado aos indivíduos que indiquem o seu grau de concordância relativamente a cada uma das afirmações, através de uma escala de tipo likert de 5 pontos, que varia entre 1 (“discordo totalmente”) e 5 (“concordo totalmente”). A cotação da escala é obtida através dos pontos atribuídos a cada resposta com exceção do item 3 (que tem pontuação invertida). A pontuação total é realizada através da soma dos pontos e varia entre 12 e 60 pontos, sendo que quanto mais elevada a pontuação, melhor a relação Terapêutica.

Tabela 2.

Rotação Varimax para agrupar componentes – QART

		Matriz de Componentes		
		Componentes		
Itens		1	2	3
7	Benefícios e riscos do tratamento	,868		
10	Método de realização do exercício	,865		
11	Objetivo/benefício de cada exercício	,824		
6	Objetivos a atingir	,800		

4	Envolvimento no plano de tratamento	,758
9	Encorajamento de colocação de dúvidas	,609
1	Tratamento pelo nome escolhido	,609
8	Feedback dos progressos	,588
5	Escuta atenta	,580
3	Liberdade de expressar opinião	,791
2	Tratado com cortesia e consideração	,699
12	Qualidade do relacionamento com os terapeutas	,894

Método de Extração: Análise de componentes principais.

A escala do Perfil de estados de humor (POMS) é uma versão reduzida do Profile of Mood States – POMS (McNair, Lorr & Droppleman, 1971) e adaptada à população portuguesa por Viana, Almeida & Santos (2001). Este instrumento permite avaliar os estados emocionais e os estados de humor, bem como as suas variações associadas ao exercício e bem estar psicológico. É constituída por 36+6 itens (42 adjetivos), distribuídos por 7 subescalas com 6 itens cada. A subescala Tensão-Ansiedade (T) descreve o aumento da tensão musculoesquelética e preocupação (itens: 1, 12, 16, 20, 29 e 31); a subescala Depressão-Melancolia (D) representa um estado emocional de desânimo, tristeza, infelicidade e solidão (itens: 7, 15, 17, 21, 30 e 38); a subescala Hostilidade-Ira (H) corresponde a um estado de humor de cólera e antipatia relativamente aos outros (itens: 2, 9, 14, 25, 29 e 37); A subescala Fadiga-Inércia (F) representa um estado de cansaço, inércia e baixa energia (itens: 4, 13, 19, 22, 34 e 41); subescala Vigor-Atividade (V) relaciona-se com um estado de energia e vigor físico e psicológico (itens: 5, 8, 10, 27, 32 e 39); a subescala Confusão-Desorientação (C) caracteriza-se por um estado de confusão e baixa lucidez (itens: 6, 18, 24, 26, 35 e 40); a subescala Desajuste ao Treino (DT) é complementar às restantes subescalas, não sendo contabilizada na pontuação total da POMS, no entanto ajuda no diagnóstico de avisadores do síndrome de sobre treino (itens: 3, 11, 23, 33, 36 e 42). Pela sua fácil aplicação, este instrumento permite de forma rápida, captar através de auto relato os estados afetivos transitório e flutuantes dos sujeitos. É pedido ao participante para escutar atentamente cada adjetivo e avaliar numa escala de 5 pontos que varia entre 0 (“nada”) e 4 (“muitíssimo”), como se sentiu nos últimos 7 dias. Todos os itens são cotados na mesma direção com exceção do item 29 (T), 26 e 35 (C). É possível obter um resultado global da escala (Perturbação total de humor) através da soma das 5 subescalas de sinal negativo e subtração do resultado da subescala de Vigor e pela soma de uma constante de 100 de forma a evitar um resultado global negativo $[(T+D+H+F+C) - V] + 100$. A subescala Desajuste ao Treino é originária da escala completa POMS, mas não pertence à sua forma reduzida, no entanto relaciona-se com as escalas depressão, confusão e fadiga. Este instrumento apresenta boa consistência interna das sete subescalas com valores de alfa de Cronbach a variar entre .72 e .91 (Viana, Almeida & Santos, 2001).

O Inventário de Motivação Intrínseca (IMI) é uma versão traduzida e adaptada por Fonseca & Brito (1999) para a realidade portuguesa, do Intrinsic Motivation Inventory – IMI (McAuley, Duncan & Tammen, 1989). Este instrumento permite avaliar a intensidade da motivação intrínseca dos indivíduos em relação a uma qualquer atividade, uma vez que os itens permitem uma adaptação específica ao contexto/atividade dos participantes do estudo. O IMI é constituído por 18 itens distribuídos em 4 dimensões: Prazer/Interesse (itens 1, 5, 9 e 13); Competência (itens 3, 7, 11, 15 e 18); Esforço/Importância (itens 2, 6, 10, 14 e 17) e Pressão/Tensão (itens 4, 8, 12 e 16). Todos os itens são cotados na mesma direção exceto os itens 4, 8, 14, 15, 16 e 17 que são cotados de forma inversa. As dimensões Prazer/Interesse, Competência e Esforço/Importância referem-se a aspetos positivos da motivação intrínseca do indivíduo; a dimensão Pressão/Tensão é um indicador negativo dessa motivação. O IMI é um instrumento de fácil e rápida utilização, em que é solicitado ao participante que indiquem o seu grau de concordância com cada afirmação, numa escala de 1 (“discordo totalmente”) a 5 (“concordo totalmente”). A pontuação total deste instrumento varia entre 18 e 90 pontos. Esta escala apresenta um coeficiente de consistência interna aproximado da versão original com um alfa de Cronbach de .78 para a sua globalidade (Fonseca & Brito, 2001).

A Escala de Adesão Terapêutica (EAT) é um instrumento constituído por 9 itens, construída por Joana Costa (2012) e utilizada na sua tese de Mestrado sobre Variáveis Psicológicas na Adesão Terapêutica em Lesionados Medulares. Este instrumento engloba 3 dimensões: frequentar as sessões (itens 1, 2 e 3); Esforço ou empenho na reabilitação (itens 4, 5 e 6) e Aliança Terapêutica (itens 7, 8 e 9). De fácil aplicação, é pedido aos participantes que avaliem a sua concordância com cada afirmação numa escala de likert que varia de 1 (“discordo totalmente”) a 5 (“concordo totalmente”). Todos os itens têm o mesmo sentido de cotação exceto o item 3 que deve ser cotado inversamente. O total da escala varia de 9 a 45 pontos e quanto mais elevada a pontuação, maior será a adesão. Num estudo exploratório para a realização da tese acima mencionada, esta escala apresentou consistência interna para a globalidade dos itens com um valor de alfa de Cronbach de .73 (Costa, 2012).

Procedimentos

Após a elaboração dum projeto inicial desta investigação, foi enviado um ofício ao Presidente do Conselho de Administração do CMRRC-RP, com vista à obtenção do consentimento para a realização da mesma e posteriormente, o mesmo foi remetido para a comissão de ética da

instituição. Foi também pedida autorização para utilização das escalas POMS, IMIp e EAT aos seus autores, via email. A recolha de dados foi realizada após ter sido dada informação aos participantes sobre o objetivo do estudo e estes darem o seu consentimento para participação no mesmo. Por questões éticas e deontológicas foi também garantido o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. O protocolo foi realizado através da aplicação dos questionários, em local escolhido para o efeito e garantida a privacidade aos participantes bem como a possibilidade de esclarecimento de dúvidas acerca do seu conteúdo. Os valores da MIF foram recolhidos diretamente dos processos clínicos.

Análise de dados

A análise estatística dos dados recolhidos foi realizada com recurso ao “*Statistical Package for Social Science – 20.0*” (SPSS 20.0) para o Windows. Para caracterização da amostra foi utilizada estatística descritiva. Foi testada a normalidade da amostra e apesar da existirem algumas variáveis com distribuição não normal, tendo em conta o N da amostra (N=30), foram determinadas correlações de Pearson e efetuadas análises de regressão múltipla passo a passo (Aguiar, 2007; Oliveira, 2009).

3. Resultados

Com vista a caracterizar as variáveis medidas através dos instrumentos utilizados, foi realizada uma análise descritiva de cada uma das escalas e subescalas de cada instrumento. Os resultados revelaram valores elevados, próximos dos limites máximos, na escalas de Qualidade da Relação Terapêutica, de Motivação Intrínseca e de Adesão, bem como nas suas subescalas. A escala de avaliação da Qualidade da Relação Terapêutica apresenta uma média de 46,40 (DP=7,55) e para as subescalas Informação Motivadora M=33,56 (DP=7,17); Cortesia/Liberdade M=8,26 (DP=1,14); e Qualidade da relação M=4,57 (DP= 0,57). Na escala de Motivação Intrínseca a média é de 73,33 (DP=7,26) e nas suas subescalas Prazer/Interesse pelos exercícios M= 15,47 (DP=2,58); Competência percebida pelos doentes para a realização dos exercícios M=19,37 (DP=2,99); Esforço/Importância atribuídos aos mesmos M=22,03 (DP=2,12) e Pressão/Tensão sentida aquando da realização dos mesmos M=16,47 (DP=1,38). Em relação à escala de Adesão Terapêutica esta apresenta uma média de 40,97 (DP=3,63) e para as suas subescalas Frequência às sessões de reabilitação M=13,57 (DP=1,45); Esforço/Empenho nos exercícios M=13,67 (DP=1,35) e Aliança Terapêutica M=13,73 (DP=1,51). Relativamente aos resultados encontrados na Escala de Perfil de Estados de Humor, esta apresenta valores considerados normais quando comparados com os

resultados obtidos na validação da escala para a população portuguesa, apresentados na tabela 3, não sugerindo a presença de alterações de humor na nossa amostra.

Tabela 3.

Comparação dos valores obtidos na POMS, entre a nosso estudo e o de Viana et al. (2001).

	Sexo	Estudo Atual (N=30)		Viana et al., 2001 (N=198)	
		Média	DP	Média	DP
POMS Total	M	111,94	11,92	114,15	18,27
	F	119,00	18,82	120,00	20,21
Tensão/Ansiedade	M	6,35	3,22	7,86	3,66
	F	9,00	2,97	9,36	4,75
Depressão/Melancolia	M	3,23	3,54	3,58	4,43
	F	4,46	5,58	4,33	4,46
Raiva/Hostilidade	M	5,53	2,29	4,20	3,94
	F	6,31	3,09	5,41	4,51
Fadiga/Inércia	M	4,53	3,57	7,27	5,58
	F	5,15	3,60	7,99	5,85
Vigor/Atividade	M	14,71	4,48	14,68	4,75
	F	13,92	5,01	12,98	4,69
Confusão/Desorientação	M	7,00	1,58	5,83	3,33
	F	8,00	2,86	6,57	3,54
Desajuste/Treino	M	1,41	2,48	1,94	2,80
	F	2,23	4,38	1,51	2,44

Com vista a cumprir o primeiro objetivo deste estudo, foi realizada uma correlação de Pearson entre variáveis clínicas e sociodemográficas, subescalas da POMS, escalas IMIp, QART e EAT e suas subescalas.

Relativamente às variáveis clínicas, verificadas pela tabela 4, existe relação negativa entre os níveis de Independência Funcional e algumas subescalas da POMS. Estes resultados sugerem que quanto maior é a independência dos participantes, menor são as alterações de humor, sendo perceptível que o contrário também acontece.

Tabela 4.

Relação entre o Índice de Funcionalidade e POMS, e respectivas subescalas

	Auto Cuidados	Controle Esfínteres	Mobilidade	Locomoção	Comunicação	Cognição Social	MIF Total
Tensão/Ansiedade	,131	,098	,000	-,064	-,022	,044	,074
Depressão/Melancolia	-,328	-,324	-,220	-,198	-,642**	-,565**	-,431*
Raiva/Hostilidade	-,345	-,258	-,366*	-,389*	-,335	-,286	-,430*
Fadiga/Inércia	,045	-,134	,040	-,045	-,223	-,139	-,040
Vigor/Atividade	-,099	,007	-,133	-,154	,419*	,403*	-,014
Confusão/Desorient.	-,405*	-,388*	-,380*	-,190	-,606**	-,528**	-,513**
POMS Total	-,145	-,206	-,133	-,130	-,515**	-,435*	-,263
Desajuste ao Treino	-,467**	-,408*	-,426*	-,329	-,708**	-,650**	-,603**

*p≤.05

**p≤.01

Nenhuma das variáveis clínicas apresenta correlação estatisticamente significativa com a EAT e suas subescalas, o que sugere que o nível de independência funcional não influencia o grau de adesão. O tempo de lesão e de internamento também não apresenta qualquer associação com os níveis de adesão.

A variável sexo está relacionada com a EAT ($r=.554$; $p=.001$) e com as suas subescalas Frequência às sessões ($r=.453$; $p=.012$), Esforço e Empenho ($r=.474$; $p=.008$) e Aliança terapêutica ($r=.475$; $p=.008$). Para compreensão desta relação, foram analisadas as diferenças no nível de adesão entre participantes do sexo feminino e participantes do sexo masculino, utilizando o test-T para amostras independentes e pela tabela 5, verificamos que os participantes do sexo feminino revelaram valores mais elevados na escala de Adesão Terapêutica e suas subescalas, sendo esta diferença estatisticamente significativa, apenas na subescala Frequência às Sessões ($t= -2,689$; $gl=28$; $p=.038$).

Tabela 5.

Diferenças entre grupos da Variável Sexo e EAT

	Sexo	N	Média	DP
Frequência às Sessões	M	17	13,00	1,58

	F	13	14,31	,85
	M	17	13,11	1,36
Esforço/Empenho	F	13	14,38	,96
	M	17	13,11	1,62
Aliança/Terapêutica	F	13	14,53	,88
	M	17	39,24	3,68
EAT Total	F	13	43,23	2,01

Em relação à idade esta associa-se positivamente com a subescala Esforço e Empenho (EAT) ($r=.424$; $p=.019$) o que sugere que o esforço e empenho nos exercícios de reabilitação aumenta em simultâneo com o avanço da idade.

A variável habilitações literárias apresenta uma relação negativa com a IMIp ($r= -.603$; $p=.000$) e com as suas subescalas Prazer/Interesse nos exercícios ($r= -.600$; $p=.000$) e Competência percecionada ($r= -.608$; $p=.000$); com a QART ($r= -.375$; $p=.041$) e com a subescala da EAT, Frequência às sessões ($r= -.436$; $p=.016$). Comparando participantes com escolaridade até ao ensino básico com participantes com escolaridade superior a este grau académico, utilizando o test-T para amostras independentes, pela tabela 6, verificamos que quanto maior é o grau de escolaridade, menor é a adesão, sendo a diferença estatisticamente significativa ($t= -2.097$; $gl=28$; $p=.045$).

Tabela 6.

Diferenças entre grupos com habilitações literárias até ao ensino básico e grupos com habilitações superiores, face à Adesão

	Habilitações Literárias	N	Média	DP
EAT Total	>= 10º Ano	13	39,46	2,70
	< 10º Ano	17	42,12	3,90

A receção de visitas pelos doentes ao longo do internamento está positivamente relacionada à subescala Aliança Terapêutica (EAT) ($r=.463$; $p=.010$), assim como a variável fins de semana no domicílio está relacionada com a EAT total ($r=.395$; $p=.031$) e com as subescalas Frequência às sessões (EAT) ($r=.450$; $p=.013$) e Competência percecionada da IMIp ($r=.511$; $p=.004$). Esta associação positiva sugere que tanto as visitas como os fins de semana passados no domicílio, promovem a adesão.

Em relação às escalas utilizadas e diferentes subescalas, a Escala de Adesão Terapêutica (EAT Total) apresenta associação positiva com a IMIp Total ($r=.568$; $p=.001$) e suas subescalas Prazer/Interesse ($r=.483$; $p=.007$), Competência ($r=.585$; $p=.001$), Pressão/Tensão ($r=.449$; $p=.013$), o que sugere que a motivação e algumas das suas componentes, estão relacionadas com a adesão ao processo terapêutico. Do mesmo modo, tanto a subescala Tensão/Ansiedade (POMS) ($r=.385$; $p=.036$), como a subescala Qualidade da Relação (QART) ($r=.677$; $p=.000$), se demonstram associadas com a EAT Total. Estes resultados sugerem que o comportamento de adesão, é tanto maior, quanto mais elevada for a ansiedade e tensão músculo-esquelética e quanto melhor for a relação com os terapeutas, sendo este fator o que apresenta uma associação mais relevante.

Em relação às subescalas da EAT, foram encontradas correlações positivas entre a subescala Frequência às sessões e a IMIp Total ($r=.645$; $p=.000$) e suas subescalas Prazer/Interesse ($r=.606$; $p=.000$), Competência ($r=.641$; $p=.000$), Pressão/Tensão ($r=.413$; $p=.023$). Estas associações sugerem que quanto maior é a motivação, especialmente o prazer e interesse pelos exercícios, a competência percebida na realização dos mesmos e a pressão e tensão sentidas aquando da realização dos mesmos, mais elevada será a adesão. Esta subescala apresentou também relação com a subescala da POMS, Tensão/Ansiedade ($r=.408$; $p=.025$), demonstrando que quanto maior é a tensão músculo-esquelética e a preocupação, maior é a frequência às sessões. Em relação à Escala de Avaliação da Relação terapêutica, os resultados vão no mesmo sentido (QART $r=.393$; $p=.032$; Qualidade da Relação $r=.558$; $p=.001$; e Cortesia/Liberdade $r=.362$; $p=.049$), o que sugere que a assiduidade nas sessões de reabilitação será tão elevada quanto a qualidade da relação terapêutica, que engloba também a liberdade dada aos doentes para expressar a opinião bem como as atitudes de cortesia e consideração.

A subescala Esforço e Empenho (EAT) associa-se positivamente às subescalas Competência ($r=.382$; $p=.037$) e Pressão/Tensão ($r=.382$; $p=.037$) da IMIp e Qualidade da relação com os terapeutas ($r=.570$; $p=.001$) o que aponta que quanto mais elevada é competência percebida e a pressão e tensão sentida, e quanto melhor é a relação com os terapeutas, maior também será o empenho e esforço nos exercícios.

Por último a subescala Aliança Terapêutica (EAT) apresenta associação no mesmo sentido com a IMIp Total ($r=.434$; $p=.017$) e suas subescalas Competência ($r=.451$; $p=.012$) e Prazer/Interesse ($r=.379$; $p=.039$) e ainda com a QART ($r=.407$; $p=.026$) e a sua subescala qualidade da relação com os terapeutas ($r=.585$; $p=.001$). Deste modo, na construção da Aliança terapêutica estão também envolvidos o prazer e o interesse pelos exercícios e mais uma vez a competência percebida na realização dos mesmos, bem como a qualidade da relação com os terapeutas. Estes resultados demonstram que existem vários componentes inerentes à motivação

intrínseca para a realização dos exercícios e em simultâneo com esta, a importância da qualidade da relação existente entre doente e terapeutas, que influenciam os níveis de adesão.

Deste modo, é evidente que existem vários fatores que contribuem para o aumento dos níveis de adesão, no entanto não se resumem apenas a um rótulo, mas antes a várias componentes que na sua individualidade explicam em maior ou menor grau, esse comportamento. O nível de adesão é percebido com base na frequência às sessões, no esforço e empenho do doente na realização dos exercícios e ainda no estabelecimento da aliança terapêutica. Deste modo é fundamental perceber qual ou quais os fatores que explicam melhor cada uma destas componentes.

Foi realizado um teste de regressão múltipla, segundo o método passo a passo, em que utilizámos como variável dependente a adesão, medida pela EAT e como variáveis predictoras, todas aquelas que apresentaram correlações estatisticamente significativas com a variável dependente. O modelo que partilha a maior variância (R^2 ajustado=.71) seleciona 3 variáveis como predictoras e que se relacionam com a variável dependente, segundo a seguinte equação de regressão: Adesão = 21,189 + Qualidade da relação x 3,15 + Competência x 0,5 + sexo x 2,18. De acordo com a equação, a adesão é tanto maior, quanto melhor for a qualidade da relação, quanto maior for a competência percebida pelos doentes para a realização dos exercícios e se forem do sexo feminino.

Utilizando o mesmo método foi realizado novos testes de regressão múltipla para as diferentes subescalas da EAT.

Para a subescala Frequência às sessões como variável dependente, o modelo que partilha a maior variância (R^2 ajustado=.58) seleciona 2 variáveis, que se relacionam também com a variável dependente, segundo a seguinte equação de regressão: Frequência às sessões = 4,088 + IMIp x 0,11 + Qualidade da relação x 1,15. Mais uma vez, os resultados sugerem que a motivação associada à qualidade da relação com os terapeutas, aumentam a frequência dos doentes nas sessões de reabilitação.

Para a subescala Esforço/Empenho como variável dependente, o modelo que partilha a maior variância (R^2 ajustado=.42) seleciona também 2 variáveis, que do mesmo modo se relacionam com a variável dependente, segundo a seguinte equação de regressão: Esforço/Empenho = 7,491 + Qualidade da relação x 1,26 + Idade x 0,034. Os resultados sugerem que a qualidade da relação com os terapeutas associada ao aumento da idade são preditores de maior esforço e empenho nos exercícios de reabilitação.

Por último, para a subescala Aliança Terapêutica como variável dependente, o modelo que partilha a maior variância (R^2 ajustado=.55) seleciona 3 variáveis, que se relacionam com a variável dependente, segundo a seguinte equação de regressão: Aliança Terapêutica = 6,648 + Qualidade da relação x 1,30 + Visitas x 1,61 + Prazer/Interesse x 0,19. Os resultados sugerem que a qualidade da

relação com os terapeutas, receber visitas no local de internamento e o prazer e interesse na realização dos exercícios, predizem uma boa aliança terapêutica.

Em relação ao modelo IMB que explica a adesão em 3 fatores fundamentais, sendo estes a Informação, a Motivação e o Comportamento de adesão, foi realizada uma correlação entre estas variáveis. Embora a Informação Motivadora não esteja diretamente relacionada à adesão, apresenta correlação positiva com a IMIp ($r=.394$; $p=.031$) e com duas das suas subescalas, Prazer/Interesse ($r=.486$; $p=.006$) e Pressão/Tensão ($r=.394$; $p=.039$). Por sua vez a IMIp apresenta relação positiva com a EAT ($r=.568$; $p=.001$) e a sua subescala aliança terapêutica ($r=.434$; $p=.017$). Os resultados sugerem que a informação motivadora explica em 12,5% a motivação, em 21% a sua componente prazer e interesse na realização dos exercícios e em 11% a tensão músculo-esquelética e nervosismo no desempenho dos mesmos. Por sua vez, a motivação, explica em 32% o comportamento de adesão.

Estes dados foram encontrados anteriormente, no entanto optámos por sintetiza-los.

4. Discussão

As lesões neurológicas adquiridas têm um impacto desastroso nas suas vítimas. Deste modo a adesão ao processo de reabilitação torna-se fundamental e urgente, uma vez que potencia a reintegração do indivíduo na sociedade, minimizando os danos causados não apenas ao nível físico mas também psicológico. Por vezes, a adesão não acontece nos níveis esperados preocupando particularmente os profissionais de saúde envolvidos no processo. Esta investigação é decorrente desta dificuldade e teve como primeiro objetivo explorar a associação entre variáveis clínicas, sociodemográficas, relação terapêutica, estados de humor e motivação intrínseca com os níveis de adesão ao processo de reabilitação. Como segundo objetivo, pretendeu perceber qual ou quais destas variáveis são preditoras desse comportamento.

Os participantes deste estudo apresentaram boa relação com os terapeutas, baixa variabilidade de humor, bons níveis de motivação e de adesão ao processo de reabilitação. Alguns destes resultados são corroborados por outros estudos realizados no mesmo local (J. Costa, 2012; S. Costa, 2012).

Em relação aos níveis de motivação, este resultado foi de encontro ao estudo realizado por S. Costa, (2012), que refere que os níveis de motivação além de não sofrerem alterações ao longo do tempo de internamento, também apresentaram níveis elevados. Em relação à baixa variabilidade de humor, estes também se verificaram noutros estudos em que a sintomatologia depressiva não se mostra prevalente (Craig, Tran & Middleton, 2009; J. Costa, 2012; S. Costa, 2012). De acordo com alguns autores, o aumento dos sintomas depressivos ocorre na fase aguda da lesão (Kennedy &

Rogers, 2000) e na alta hospitalar (Dorset & Geraghty, 2004), fase que estará ultrapassada, dado que os doentes estão já na fase de reabilitação. Estes resultados poderão também, estar associados a fatores ambientais do local de internamento, percecionado pelos doentes como ambiente protegido, confortável e acolhedor, o que contribui para aumentar os níveis de adesão (White, Terry, Troup, Rempel & Norman, (2010) e ainda ao facto de a maioria dos doentes estarem a ser medicados com antidepressivos e ansiolíticos (verificado nos processos clínicos dos participantes) e beneficiarem de acompanhamento psicológico. Em relação aos níveis de adesão, J. Costa (2012), corrobora os nossos resultados, uma vez que os participantes do seu estudo também apresentaram níveis elevados de adesão ao processo terapêutico. De acordo com a literatura, estes devem-se à interação de vários fatores que se associam positivamente (Brewer et al., 2000; Bugalho & Carneiro, 2004; Levy & Feld, 1999; WHO, 2003).

Relativamente às variáveis clínicas, estas não apresentaram relação direta com os níveis de adesão, no entanto foi possível observar que a independência funcional do indivíduo tem impacto no seu estado de humor, demonstrando que quanto menor é o grau de funcionalidade maiores são os sintomas depressivos, a raiva e a hostilidade e também a sensação de confusão e desorientação. Segundo a literatura, esta associação deve-se ao facto de que, o indivíduo após a lesão é obrigado a enfrentar um processo de reconstrução de um mundo que não faz sentido para si (Carvalho et al, 2001; Miller, 2006; Oliveira, 2000 e 2002; Sá, 2009a), obrigando-o a fazer um luto pela perda sofrida (Galhordas & Lima, 2004). No entanto, deveremos ter sempre em consideração que as perdas inerentes à deficiência, independentemente do seu nível de gravidade, podem originar respostas emocionais mais ou menos previsíveis, mas sujeitas à variabilidade individual (Oliveira, 2000).

Dos fatores sociodemográficos associados à adesão, salientam-se o sexo, a idade, as habilitações literárias, as visitas recebidas no local de internamento e os fins de semana passados no domicílio.

Os níveis mais elevados de adesão foram apresentados nos participantes de sexo feminino em especial na frequência às sessões. Sluijs e colegas (1993), num estudo correlacional sobre o cumprimento das prescrições em fisioterapia, também encontraram um resultado semelhante, embora as diferenças de adesão entre o grupo feminino e masculino não tenham significância estatística. Estes resultados são contraditórios com outros estudos que referem que a variável sexo não parece ter uma relação forte com os níveis de adesão (Vermeire et al., 2001).

Em relação à idade, o avanço desta está relacionado com o nível de adesão, especialmente com o esforço e empenho dedicado aos exercícios. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Costa, J. (2012), que refere que este achado se deve eventualmente ao enviesamento estatístico relacionado com a reduzida dimensão da amostra. Na realidade apenas foi encontrado um estudo

que vai de encontro a este resultado (Sluijs et al., 1993). Na maioria dos estudos, o aumento da idade aparece como limitadora à adesão (Donovan, 1992), ou como não tendo influência significativa no comportamento de adesão ou não adesão (Griffith, 1990; WHO, 2003).

O nível de habilitações literárias associa-se negativamente à frequência nas sessões terapêuticas e à qualidade da relação com os terapeutas, sendo este efeito mais significativo em doentes com um nível superior ao ensino básico. Sluijs e colegas (1993), também constataram que os níveis de adesão eram inferiores em doentes com nível de escolaridade mais elevado, no entanto não apresentou uma explicação para este facto. Este resultados entram em desacordo com vários autores que referem que as baixas habilitações literárias estão associadas a baixos níveis de adesão (Brewer et al., 2000; Bugalho & Carneiro, 2004; Levy & Feld, 1999; WHO, 2003). Esta associação negativa verificou-se também em relação à motivação intrínseca para a realização dos exercícios, particularmente no prazer e interesse pelos mesmos e na competência percecionada pelos doentes, para o seu desempenho. Na literatura não foi encontrada sustentação para estes achados.

O facto dos doentes receberem visitas e passarem os fins de semana no domicílio, apresentaram-se como promotores da adesão. Estes resultados são corroborados por outros autores que apresentam o bom suporte social como influente positivo no processo de adesão (Costa, J., 2012; Byerly et al., 1994) e o isolamento social, associado a baixos níveis de adesão (Brewer et al., 2000; Bugalho & Carneiro, 2004; Levy & Feld, 1999; WHO, 2003). Os fins de semana passados no domicílio, permitem ao doente uma maior consciencialização das suas limitações e capacidades, o que poderá ser benéfico (Glass, 1999), pois desse modo o doente terá um maior empenho, irá esforçar-se mais na realização dos exercícios, garantindo também uma maior assiduidade às sessões, bem como uma maior valorização do trabalho dos profissionais que o acompanham. Glass, (1999), acrescenta ainda que deste modo percebem que existe um suporte emocional, que lhe permite sentirem-se amados e apoiados pelas pessoas que lhe são próximas.

Todas as variáveis estudadas através dos instrumentos de medida, apresentaram-se como influentes no processo de adesão de forma direta, ou seja na sua totalidade, ou de modo indireto, através de algumas dimensões que englobam. Deste modo, o nosso estudo vai de encontro à literatura, que refere que a adesão compreende uma dimensão multicausal (Griffith, 1990), explicada por uma variabilidade de fatores que interagem entre si.

Embora a nossa amostra não tenha apresentado grandes alterações de humor, a tensão e ansiedade sentida pelos doentes face à sua condição clínica, a um prognóstico ainda pouco claro e grau de gravidade que atribui à doença, relaciona-se com o nível de adesão (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001; Vermeire et al, 2001; WHO, 2003) e em especial com a assiduidade nas sessões terapêuticas. Este resultado vai de encontro a outros estudos que referem que a ansiedade inerente a todo o processo terapêutico é influente na adesão (Ostenberg & Blaschke, 2005;

Sanguim & Vizzotto, 2007; WHO, 2003). Sanguim e Vizzotto (2007) explicam esta influência, referindo que as variáveis psicológicas como a presença do medo e a capacidade do sujeito em entrar em contato com a doença, são fundamentais para ele face à sua situação clínica, uma vez que este ao querer afastar-se da ameaça é direcionado à sua recuperação, aderindo assim aos tratamentos de reabilitação.

Segundo Odgen (1996), a adesão é percebida num conjunto de categorias de respostas, cuja categoria comum é o seguimento de orientações dadas pelos profissionais que acompanham o doente, resultando em mudanças comportamentais e cognitivas do mesmo. Este conceito compreende uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado (DiMatteo, 1994; Friberg & Scherman, 2005), o que nos leva a focar essencialmente, na discussão das variáveis que explicam a adesão e as suas dimensões.

As três variáveis, que no seu conjunto explicam melhor o comportamento global de adesão são a existência duma boa relação com os terapeutas, aliada à perceção de competência na realização dos exercícios e ser do sexo feminino. A qualidade da relação surge na literatura como determinante dos níveis de adesão (DiMatteo, 1994; Friberg & Scherman, 2005; Joyce-Moniz & Barros, 2005; Sanguim & Vizzotto, 2007), bem como a auto eficácia (Sluijs, et al., 1993), no entanto, o mesmo não acontece em relação à variável sexo, principalmente ser do sexo feminino. Segundo Sousa (2004), este resultado poderá estar relacionado com o facto de serem as mulheres que mais procuram assistência, considerando também a possibilidade de que são as mulheres que apresentam uma melhor perceção da sua condição de saúde.

Relativamente à dimensão frequência às sessões, as duas variáveis que no seu conjunto predizem a presença assídua às sessões de tratamento, são a motivação intrínseca para a realização dos exercícios e também a boa relação com os terapeutas. Estes resultados vão de encontro a outros estudos. A motivação aumenta o comprometimento do indivíduo (Soler et al., 2004) e as atitudes e crenças pessoais sobre a eficácia do tratamento (Sanguim & Vizzotto, 2007; WHO, 2003) estão fortemente associadas à qualidade do vínculo que é estabelecido com os profissionais de saúde que o acompanham em todo o processo, gerando por sua vez, confiança nestes e nos cuidados de saúde em geral (Marinker & Shaw, 2003; Ostenberg & Mortimer-Stephens, 2005), aumentando assim os níveis de adesão.

Na dimensão esforço e empenho nos exercícios de reabilitação, como dimensão da adesão terapêutica, as variáveis que melhor explicam, são mais uma vez a boa relação com os terapeutas e o aumento da idade, este resultado contraria alguns estudos que referem o aumento da idade como barreira à adesão (Donovan, 1992) ou ainda que não exerce qualquer influência significativa neste comportamento (Griffith, 1990; Vermeire et al., 2001; WHO, 2003).

Por último, a dimensão aliança terapêutica, que tem também como preditora a boa relação com os terapeutas, associada às visitas ao longo do internamento e ao prazer e interesse que os exercícios de reabilitação despertam nos doentes. Mais uma vez, estes resultados são corroborados por Sanguim e Vizzotto (2007), que referem que as crenças e fatores positivos, a capacidade empática do terapeuta e o estímulo do ambiente externo, no seu conjunto, favorecem a adesão e por DiMatteo (1994 e 2004), refere também que a parceria formada entre profissionais de saúde e doente e o suporte dado por estes profissionais e pela rede de apoio social, são essenciais para a adesão ao tratamento.

O modelo IMB, enfatiza que a informação tem impacto na motivação e esta no comportamento de adesão. Os dados revelaram que a informação motivadora está associada ao prazer e interesse na realização dos exercícios e à motivação intrínseca de um modo geral e que esta também tem impacto na adesão, ou seja, quanto mais elevada for a motivação, mais elevado será o nível de adesão. Embora os instrumentos utilizados apenas avaliem a informação motivadora, tendo em conta o tempo de lesão e internamento, os doentes já adquiriram outras informações consideradas pertinentes para os níveis de motivação, o que poderá explicar os níveis elevados desta, na nossa amostra. Por outro lado, o comportamento de adesão engloba a motivação geral, intrínseca e extrínseca, o que também poderá explicar os níveis elevados de adesão.

Alguns dos resultados deste estudo são corroborados com a literatura, no entanto outros são contraditórios, facto salientado por Cluss e Epstein (1985), que sugerem que estas contradições poderão dever-se às diferentes metodologias utilizadas. No entanto, estes poderão também dever-se a algumas limitações encontradas ao longo da investigação, como por exemplo o número reduzido de participantes e a amostra ser de conveniência. Outra limitação prende-se com o facto de alguns participantes mostrarem algum receio em relação à participação no estudo. Apesar do fornecimento de informação sobre o objetivo e condições de participação nesta investigação, bem como a garantia de sigilo e confidencialidade das respostas, foi sentida alguma resistência, especialmente junto de participantes com baixo nível de escolaridade. Esta resistência foi sustentada com a preocupação de que as respostas dadas fossem alvo de algum tipo de represália e ainda com a preocupação de darem as respostas socialmente corretas.

Outra limitação é a escassez de literatura que sustente a adesão aos exercícios de reabilitação física na população portuguesa. Apesar dos inúmeros estudos sobre os determinantes da adesão que salientam vários fatores comuns, existem também resultados contraditórios e estes por vezes verificam-se em estudos com patologias e terapêuticas diferentes. Neste estudo, também existem alguns resultados contraditórios com a literatura, essencialmente relacionados com características sociodemográficas, o que não nos surpreendeu na totalidade. No entanto, deverão ser interpretados com alguma precaução, sendo um fator a explorar em futuras investigações.

O facto de existir diferenças no grau de adesão entre o sexo feminino e masculino obriga a olhar numa direção diferente, incitando uma atenção especial no acompanhamento e intervenção psicológica junto dos dois grupos, percebendo quais as potencialidades e fragilidades relacionadas com a adesão.

Por outro lado, o fator idade chama-nos a atenção para que não aconteça um desinvestimento por parte dos profissionais, quando estes não são aderentes à reabilitação, sustentado com uma idade mais avançada, pois a não adesão, provavelmente não estará relacionada com este fator mas antes com outras variáveis.

Para além destes fatores, seria de grande importância perceber a associação negativa entre as habilitações literárias e a motivação para os exercícios, nomeadamente o prazer e interesse e competência percebida na realização dos mesmos, bem como o nível de frequência às sessões e a relação com os terapeutas. Esta relação, mais evidente em participantes com habilitações acima do ensino básico, apela a alguma ponderação, obrigando mesmo à reflexão. Atualmente, a quantidade de informação e recursos disponíveis permite um conhecimento mais profundo sobre a doença e até uma maior consciencialização do grau de gravidade da lesão e possível prognóstico, acedida especialmente por pessoas com habilitações para tal. Se em algumas situações esta acessibilidade de informação é uma mais valia, noutras poderá levantar falsas expectativas face à reabilitação funcional do doente e muitas vezes, a informação não é fidedigna. Quando a evolução não é a esperada e o feedback dos terapeutas não coincide com a informação adquirida, poderá gerar alguma hostilidade entre doente e profissionais de saúde, abalando a confiança nestes e no próprio tratamento, provocando uma redução na motivação intrínseca para a realização dos exercícios e na assiduidade às sessões de reabilitação, prejudicando o próprio doente.

Desta forma, o objetivo deste estudo, não foi contradizer os resultados de outras investigações, mas antes complementá-las, contribuindo deste modo, não apenas para a generalização de estratégias e práticas já implementadas, mas essencialmente perceber que estratégias poderão ser ainda desenvolvidas junto dos doentes que não aderem aos exercícios de reabilitação.

A sugestão é que estudos futuros, sejam alargados a vários centros de reabilitação e que estas variáveis sejam incluídas, de modo a perceber a sua evidência como preditoras dos níveis de adesão e qual a real sustentação dessa predição, permitindo a implementação de estratégias que aumentam o comportamento de adesão junto da população vítima de lesão neurológica.

A qualidade da relação com os terapeutas revelou-se sem dúvida como forte determinante dos níveis de adesão e é comum a todos os estudos encontrados sobre este tema. A compreensão da associação entre todas as variáveis e o reconhecimento das que têm mais impacto nos níveis de adesão, permite à equipa de profissionais envolvidos no processo de reabilitação monitorizar e

controlar as mesmas, manipulando-as. Estes deverão ter sempre em consideração as características e limitações/potencialidades individuais do doente e da doença em si, no momento da planificação do processo de reabilitação. Este processo deverá contemplar a parceria estabelecida entre profissionais e doente e deverá assentar numa comunicação clara e assertiva que deverá ser adequada ao nível educacional e cultural do doente. Só deste modo, será possível a implementação de estratégias adequadas, de forma a garantir o comportamento de adesão.

Bibliografia

- Aguiar, P. (2007). *Guia prático de estatística em investigação epidemiológica: SPSS*. Lisboa: Climepsi.
- Bennet, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Tradução de Jorge Nogueira. Lisboa: Climepsi editores.
- Bishop, G. (1994). *Health Psychology: Integrated Mind and Body*. Boston: Allyn and Bacon.
- Brannon, L., Feist, J. (1997). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*. Pacific Grove, CA: Brooks & Cole.
- Brewer, B., Van Raalte, J. Cornelius, A. Petitpas, A., Sklar, J., Pohlman, M., Krushell, R., & Ditmar, T. (2000). Psychological factors, rehabilitation adherence, and rehabilitation outcome after anterior cruciate ligament reconstruction. *Rehabilitation Psychology*, 45, 20-37
- Brockway, J. A. & Fordoyce, W. E. (1994). Avaliação e tratamento psicológico. Em Kottke, F. & Lehmann, J. (Eds). *Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen* (pp. 151-166). São Paulo: Manole.
- Bugalho, A., Carneiro, A. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Centro de estudos de Medicina Baseada na Evidencia – Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Byerly, P., Worrell, T., Gahimer, J. & Domholdt, E. (1994). Rehabilitation compliance in an athletic training environment. *Journal of Athletic Training*, 29, pp. 352-355. Recuperado em 30 de Maio, 2013, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1317812/>
- Campbell, R., Evans, M., Tucker, M. Quillity, B. Dieppe, J. L. & Donovan, J. L. (2001). Why d'ont patients do their exercises? *Journal Epidemiology Community Health*, 55, 132-138.
- Carvalho, A. D., Santos, D. N., Pontes, H. C., Moraes, S., Souza, T. A., Leite, A., Silva, A. M. (2011). *A influência do deficit cognitivo após lesões neurológicas na reabilitação fisioterapêutica*. Recuperado em 10 Março, 2013, em http://www.unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2011/artigo_saude_defi cti.pdf
- Carreiro, R. (2005). *Neuropsi: bateria de avaliação neuropsicológica*. Lisboa: Psiclinica.
- Cluss, P., Epstein, L. (1985). The measure of medical compliance in the treatment of disease. In Paul Karoly (ed.). *Measure strategies in health psychology*, pp. 403-433. New York: John Wiley and Sons.
- Costa, J. (2012). *Variáveis Psicológicas na Adesão Terapêutica em Lesionados Medulares*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Coimbra.
- Costa, S. (2012). *Fatores que interferem na motivação dos indivíduos com lesões neurológicas (LVM, AVC e TCE) para o processo de reabilitação*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga.

- Craig, A., Tran, Y. & Middleton, J. (2009). Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*, 47, pp. 108-114.
- DiMatteo MR. (1994). Enhancing patient adherence to medical recommendations. *JAMA*, 271, pp. 79-83.
- DiMatteo MR. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychol*, 23, pp. 207-218.
- Donovan, J., Blake, D. (1992). Patient noncompliance: Deviance or reasoned decision-making? *Social Science and Medicine*, 5 (34), pp. 507-513.
- Dorsett, P. & Geraghty, T. (2004). Depression and adjustment after spinal cord injury: a three years longitudinal study. *Top Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 9, pp. 43-56.
- Dunbar-Jacob, J. & Mortimer-Stephens, M. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 13, pp. 527-544.
- Epstein, L. H. & Cluss, P. A. (1984). A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimens. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, pp. 950-971.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Bryan, A. D. & Misovich, S. J. (2002). Information-Motivation-Behavioral Skills Model Based HIV Risk Behavior Change Intervention for Inner-City High School Youth. *Health Psychol*. 2002 Mar; 21(2), pp. 177-86. Recuperado em, 2 Novembro, 2012, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11950108>.
- Fonseca, A. & Paula-Brito, A. (2001). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Intrinsic Motivation Inventory (IMI) em contextos de actividade física e desportiva. *Psychologica*, 1, pp. 59-76.
- Friberg, F. & Scherman, M. H. (2005). Can a teaching and learning perspective deepen understanding of the concept of compliance? A theoretical discussion. *Scandinavian Journal of Caring, Sciences*, 19, 274-279.
- Galhordas, J. & Lima, P. (2004). Aspectos psicológicos na reabilitação. *Re(habilitar)-Revista da ESSA*, nº0, Edições Colibri, 2004, pp. 35-47.
- Glass, C. A. (1999). *Spinal cord injury: Impact and coping*. Leicester: The British Psychological Society Books.
- Goldberg, A., Cohen, G. & Rubin, A. (1998). Physician assessments of patient compliance with medical treatment. *Social Science & Medicine*.
- Griffith, S. (1990). A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines. *British Journal of General Practice*, 40, pp. 114-116.
- Guiomar, M., Pereira, J. P., Souza, I. (2006). *Questionário de audição ao utente – Versão Retificada*. ESSA. Recuperado em 30 Outubro, 2012, em <http://apfisio.pt/PadroesPraticas/QuestionarioUtente.pdf>
- Joyce- Moniz, L., Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: Desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições Asa.

- Jones, H. R. (2006). *Neurologia de Netter*. Porto Alegre: Artmed.
- Laíns, J. (1991). *Guia para o uso do banco uniformizado de dados para reabilitação médica – MIF*. Versão Portuguesa de Guide for the uniform Data System for Medical Rehabilitation, Adult FIM (1984). Produção Sandoz.
- Levy, R., Feld. A. (1999). Increasing patient adherence to gastroenterology treatment and prevention regimens. *Am Journal Gastroenterol.* 1999 Jul; 94(7), pp. 1733-42.
- Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa (2009). *Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*.
- Kennedy, P. & Rogers, B. (2000). Anxiety and depression after spinal cord injury: a longitudinal analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, pp. 932-937.
- Maclean, N., Pound, P., Wolfe, C. & Rudd, A. (2000). Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation. *British Journal of Medicine*, 321, pp. 1051-1054.
- Marinker, M. & Shaw, J., (2003). Not to be taken as directed: putting concordance for taking medicines into practice. *British Medical Journal*, 326, pp. 348-349.
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), pp. 65-69.
- McConnell, J. (1977). *Psicologia*. Rio de Janeiro. Interamericana.
- Miller, E. (2006). Who adjust?. *Psychosocial Process*, Vol. 19, nº1.
- O'Connor, P. (2006). Trends in spinal cord injury. *Accident Analysis Prevention*, 38, 71-77.
- Odgen, J. (1996). *Health Psychology: A Textbook*. Buckingham: Open University Press.
- Oliveira, E., Lavrador, J., Santos, M., Lobo Antunes, J. Traumatismo Crânio-Encefálico: Abordagem Integrada. *Acta Médica Portuguesa*, América do Norte, 25, jul. 2012. Recuperado em 14 Março, em <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/43/45>
- Oliveira, R. A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*, 4, 437-453.
- Oliveira, R. A. (2001). *Psicologia Clínica e Reabilitação Física*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Oliveira, R. A. (2002). Para pensar... a dor depressiva na reabilitação da incapacidade física adquirida. *Análise Psicológica*, 3, 471-478.
- Oliveira, S. G., Wibelinger, L. M., Luca, R. D. (2007). *Traumatismo crânio-encefálico: uma revisão bibliográfica*. Recuperado em 17 Março, em http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/neuro/traumatismo_tce.htm
- Oliveira, A. (2009). *Bioestatística, epidemiologia e investigação: teoria e aplicações*. Lisboa: LIDEL.

Ostenberg, L. & Blaschke, T. (2005). Drug Therapy: Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*, 353, pp. 487-497.

Reeve, J. (2006). *Motivação e emoção*. 4ª Ed.. Rio de Janeiro: LTC Editora.

Robbins, S. P. (1999). *Comportamento organizacional*. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.

Sá, M. J. (2009a). *Neurologia Clínica: Compreender as doenças neurológicas*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Sá, M. J. (2009b). *AVC-Primeira Causa de Morte em Portugal*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. Recuperado em 3 Março, 2013, de http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1258/2/12-19_FCS_06_-2.pdf

Sage, G. (1977). *Introduction to motor behavior: A neuropsychological approach* (2nd ed.). Reading, MA: Addison-Wesley.

Sanguim, F. & Vizzotto, M. (2007). Variáveis psicológicas relacionadas ao processo de adesão ao tratamento fisioterapêutico. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 15, 1, pp. 13-22. Recuperado em 30 Maio, 2013, em <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/660/661>

Sluijs, E. M.; Kok, G. J. & Van Der Zee, J. (1993). Correlates of exercise compliance in physical therapy. *Phys. Ther.*, 73, pp. 771-782. Recuperado em 2 Junho 2013, em <http://ptjournal.apta.org/content/73/11/771.long>

Soler, A. P. S., Paula, D. F., Campanelli, E. A., Oliveira, J. C., Ferreira, M. C. A. & Blascovi-Assis, S. M. (2004). Motivação e humanização: fatores de relevância no tratamento terapêutico e na formação do profissional em reabilitação. *Cadernos de Pós graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 4 (1), pp. 13-24.

Sousa, A. L. Educando a pessoa hipertensa. In: Pierin AMG, coordenadora. *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar*. Barueri: Manole; 2004. pp. 165-184.

Turner-Stokes, L., Nyein, K., Halliwell, D.(1999). Northwick Park care needs assessment (NPCNA): a directly costable outcomes measure in rehabilitation. *Clin. Rehabil.* 1999 Jun;13(3), pp. 253-67.

Valle, E. A., Viegas, E. C., Castro, C. A. C. & Toledo Jr., A.C. (2004). A adesão ao tratamento. *Ciber Saúde*.

Vermeire, E., Hearnshaw, H., VanRoyen, P. & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: Threedecades of research – A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacological Therapy*, 26, pp 331-342.

Viana, M., Almeida, P. & Santos, R. (2001). Adaptação portuguesa da versão reduzida do Perfil de Estados de Humor – POMS. *Análise Psicológica*, 1 (19): 77-92.

Weinberg, R. S., Gould, D. (2001). *Comportamento e adesão ao exercício*. Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício. Artmed.

White, K., Terry, D., Troup, C., Rempel, L. & Norman, P. (2010). Predicting the consumption of foods low in saturated fats among people diagnosed with type 2 diabetes and cardiovascular disease. The role of planning in the theory of planned behavior. *Appetite*, 55 (2), pp. 348-354.

World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: WHO; 2001. Recuperado em 27 Fevereiro, 2013 em <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO; 2003. Recuperado em 16 Novembro, 2012 em http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

World Health Organization. *Neurological Disorders: public health challenges*. Geneva: WHO; 2006. Recuperado em 10 Novembro, 2012 em http://www.who.int/mental_health/neurology/neurodiso/en/