

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO COPPEAD DE ADMINISTRAÇÃO

JOÃO MENDES SUCCAR

**O CLIENTE COMO COPRODUTOR DO SERVIÇO: A ADESÃO DO PACIENTE A
PROGRAMAS DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS**

RIO DE JANEIRO - BRASIL

2013

JOÃO MENDES SUCCAR

O CLIENTE COMO COPRODUTOR DO SERVIÇO: A ADESÃO DO PACIENTE A
PROGRAMAS DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Administração, Instituto COPPEAD de Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientadora: Claudia Affonso Silva Araújo

Rio de Janeiro – Brasil

2013

Succar, João Mendes

O cliente como coprodutor do serviço: a adesão do paciente a programas de gerenciamento de doenças crônicas/ João Mendes Succar —2013

Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto COPPEAD de Administração, Rio de Janeiro, 2013

Orientador: Claudia Affonso Silva Araújo

1. Serviços de Saúde 2. Administração – Teses. I Araújo, Claudia, Affonso Silva, (Orient.). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto COPPEAD de Administração. III. Título.

JOÃO MENDES SUCCAR

O CLIENTE COMO COPRODUTOR DO SERVIÇO: A ADESÃO DO PACIENTE A
PROGRAMAS DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Administração, Instituto COPPEAD de Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Administração.

Aprovada em:

Prof^a. Claudia Affonso Silva Araujo, D.Sc. (COPPEAD, UFRJ) - Orientadora

Prof. Otávio Henrique dos Santos Figueiredo, D. Sc. (COPPEAD, UFRJ)

Prof. Denizar Vianna Araujo, D.Sc. (UERJ)

*Dedico o presente trabalho aos meus pais e avós,
por todo o apoio recebido ao longo de tantos anos.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço sobretudo aos meus pais Maurício e Viviane, pelo apoio incondicional à todas as minhas escolhas até este momento. Sem seu apoio, amor e ensinamentos, certamente não seria possível cumprir minha trajetória acadêmica e tampouco concluir o mestrado.

Às minhas avós, Ruth e Regina, por seus conselhos e ensinamentos, fundamentais para minha formação.

À minha orientadora, Cláudia Araújo, pela dicação e boa-vontade. Sua competência e ensinamentos foram fundamentais não apenas para a conclusão da dissertação, mas para o meu aprendizado ao longo do mestrado.

Ao professor Otávio Figueiredo, não somente por participar da banca de avaliação, mas pela inestimável ajuda na construção deste estudo.

Ao professor Denizar Vianna, pela participação na banca de avaliação e por seus comentários e sugestões.

À todos os professores do Coppead, que me possibilitaram grande aprendizado ao longo do curso. Tenho certeza de que a bagagem adquirida me será muito útil na vida acadêmica, profissional e, principalmente, na vida pessoal.

Aos amigos da turma 2011, que compartilharam comigo suas experiências e contribuíram para o meu aprendizado. Tenho certeza que alguns dos amigos feitos no Coppead, carregarei para o resto de minha vida.

Aos funcionários do Coppead, pela atenção e boa-vontade dispensadas a mim e aos demais alunos.

E finalmente, à empresa onde a pesquisa foi realizada, cujo apoio foi fundamental para a realização do presente estudo.

RESUMO

A participação do consumidor durante a prestação de um serviço é um aspecto de grande importância para a gestão de serviços, tendo em vista sua influência nos resultados obtidos em termos de qualidade, custo e desempenho. Nesse estudo, aborda-se um caso ainda mais extremo dessa situação: o tratamento de doentes crônicos. Esse tipo de doente se encontra geralmente em uma posição bastante crítica, de modo que a adesão ao tratamento torna-se fundamental para o controle da doença.

Considerando-se a complexidade associada ao tratamento de doentes crônicos, com frequência, eles têm sido selecionados para fazer parte dos chamados Programas de Gerenciamento de Doenças (Disease Management Programs). Tais programas, que têm como objetivo final a obtenção de melhores resultados clínicos com menores custos associados, partem de uma visão mais holística de tratamento médico, sendo comum, por exemplo, a conjugação de diferentes profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas, preparadores físicos, psicólogos etc.) assim como uma ênfase no tratamento contínuo e não em episódios esporádicos.

Nesse contexto, focou-se, nesse estudo, o fenômeno da adesão ao tratamento de pacientes de um determinado programa de gerenciamento de doenças. Buscou-se identificar quais seriam os antecedentes da adesão ao tratamento sob a perspectiva do paciente, assim como a influência dessa adesão nos resultados percebidos pelos pacientes. Além disso, buscou-se identificar a relação desses resultados com a satisfação com o programa e desta com a própria adesão.

Como resultados, houve evidência de que tanto a capacidade para cumprir o tratamento quanto a motivação para tal têm influência positiva na adesão. Entretanto, houve evidência apenas parcial de que a clareza sobre o papel do paciente impacta positivamente na adesão ao tratamento. Outro resultado interessante foi a presença de um círculo virtuoso, no qual a adesão ao tratamento aumenta os resultados percebidos, que aumentam a satisfação do paciente com o programa, que, por sua vez, aumenta a adesão.

Palavras-chave: participação do consumidor, adesão ao tratamento, doenças crônicas, programas de gerenciamento de doenças.

ABSTRACT

Participation of customers is of major importance in the management of service operations as it influences service outcome in terms of quality, cost and performance. This study addresses an extreme case of customer participation: the treatment of the chronically ill. These patients are usually in a vulnerable situation and control of the disease is highly dependent on the patients' adherence to treatment.

Treatment of the chronically ill is quite complex with patients often being selected to participate in Disease Management Programs (DMPs). In general, the ultimate goal of these programs is to achieve better clinical outcomes at lower costs. DMPs usually have a more holistic approach to treatment, employing different health care professionals such as medical doctors, nurses, nutritionists, trainers, physiotherapists, psychologists, etc. These programs also focus on preventive care rather than treatment of acute episodes.

Within this context, this study focuses on patients treatment adherence to a particular disease management program. It sought to identify the antecedents of treatment adherence from the perspective of the patient, as well as its influence on treatment results. In addition, it sought to identify the relationship between these results and patients' satisfaction with the program and also between this satisfaction and the adherence itself.

The results showed that both the ability of the patient and the motivation to conform to treatment had a positive influence on patients adherence. However, there was only partial evidence of the positive impact of the patients' role clarity on treatment adherence. Another interesting finding was the presence of a virtuous circle in which adherence increased the perceived results, which increased patient satisfaction with the program and that in turn increased adherence.

Keywords: customer participation, treatment adherence, chronicle diseases, disease management programs.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentual do Produto Interno Bruto Gasto em Saúde.....	17
Gráfico 2 – Mortalidade Proporcional no Brasil (percentual das mortes totais, todas as idades – 2008).....	37
Gráfico 3 – Participação do Número de Pacientes Entrevistados por Unidade de Atendimento	75
Gráfico 4 – Renda Familiar e Escolaridade da Amostra.....	76

QUADROS

Quadro 1 – Relações entre Construtos do Modelo Proposto	54
Quadro 2 – Componentes dos Construtos Clareza do Papel, Capacidade, Motivação e Adesão ao Tratamento	57

FIGURAS

Figura 1 – A Matriz de Processo de Serviços de Schmenner	22
Figura 2 – Framework sobre antecedentes da colaboração do consumidor	30
Figura 3 – O Modelo Conceitual Proposto	51
Figura 4 – Detalhamento do Modelo Proposto	96
Figura 5 – Modelo Conceitual com Relações Testadas e Níveis de Significância ..	105

TABELAS

Tabela 1 – Níveis de Participação dos Consumidores nos Diferentes Serviços	23
Tabela 2 – Fatores de Risco para Aterosclerose	38
Tabela 3 – Organização das Regressões entre as Variáveis do Construto e a Variável de Controle.....	70
Tabela 4 – Valores para a Interpretação do MSA	72
Tabela 5 – Estatísticas Descritivas dos Antecedentes da Adesão	78
Tabela 6 – Perfil das Respostas sobre a Adesão ao Tratamento	82

Tabela 7 – Perfil das Respostas sobre o Resultado Percebido e a Satisfação com o Programa.....	83
Tabela 8 – Resultados das Regressões entre as Variáveis do Construto e a Variável de Controle.....	85
Tabela 9 – Análise Fatorial do Construto Conhecimento sobre o Papel no Tratamento.....	90
Tabela 10 – Análise Fatorial do Construto Capacidade de Cumprir o Tratamento ...	91
Tabela 11 – Análise Fatorial do Construto Motivação para Cumprir o Tratamento ...	93
Tabela 12 – Análise Fatorial do Construto Adesão ao Tratamento	94
Tabela 13 – Resultado para a Regressão Referente a H1	97
Tabela 14 – Resultado para a Regressão Referente a H2a.....	98
Tabela 15 – Resultado para a Regressão Referente a H2b.....	98
Tabela 16 – Resultado para a Regressão Referente a H3, H4 e H5.....	99
Tabela 17 – Resultado para as Hipóteses H6, H7 e H8.....	101

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1. Origem do Estudo	14
1.2. Relevância do Assunto	16
1.3. Delimitações do Estudo	18
1.4. Organização do Estudo	19
2. REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1. Possíveis Metodologias de Classificação de Serviços.....	21
2.2. A Participação do Consumidor nas Operações de Serviços.....	24
2.2.1. A Evolução do Conceito de Participação do Consumidor.....	25
2.3. A Adesão do Cliente ao Serviço – O Que é Necessário para se Obter a Colaboração do Cliente?	28
2.4. Participação do Paciente	31
2.4.1. Os diferentes termos utilizados na literatura: uma breve discussão	33
2.5. Adesão do Paciente ao Tratamento.....	34
2.6. Doenças Crônicas.....	36
2.7. O Programa de Gerenciamento de Doenças (<i>Disease Management Programs - DMP</i>)	39
2.7.1. Definição e Caracterização.....	40
2.7.2. Componentes Básicos dos Programas de Disease Management	42
2.7.3. A Mensuração dos Resultados de um Programa de Gerenciamento de Doenças	48
3. A PERGUNTA DE PESQUISA, OS OBJETIVOS DO ESTUDO E O MODELO CONCEITUAL PROPOSTO	50
3.1. A pergunta de Pesquisa e os Objetivos da Pesquisa	50
3.2. O Modelo Conceitual Proposto	50
3.3. Componentes dos Construtos do Modelo Conceitual Proposto.....	55

3.3.1. Os Componentes dos Construtos Clareza do Papel, Capacidade, Motivação e Adesão ao Tratamento	55
3.3.2. O Construto “Resultados”	58
3.3.3. O Construto Satisfação	59
4. O MÉTODO UTILIZADO	61
4.1. Tipo de Pesquisa	61
4.1.1. Etapa Qualitativa da pesquisa: entrevistas com especialistas	62
4.1.2. Etapa Quantitativa da pesquisa	62
4.2. População e Amostra do Estudo.....	63
4.3. O Instrumento de Pesquisa	63
4.3.1. O Processo de Confeção do Questionário.....	64
4.3.2. Coleta dos Dados	66
4.4. Tratamento e Análise dos Dados.....	68
4.4.1. Regressão Linear Múltipla	69
4.4.2. Análise Fatorial	71
4.5. Limitações do Estudo Ligadas ao Método	73
5. APRESENTAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ..	75
5.1. Perfil da Amostra	75
5.2. Estatísticas Descritivas das Variáveis.....	77
5.3. Avaliação das Variáveis dos Construtos.....	83
5.4. Análise Fatorial	88
5.4.1. Análise Fatorial no Construto Conhecimento Sobre o Papel no Tratamento ..	89
5.4.2. Análise Fatorial no Construto Capacidade de Cumprir o Tratamento.....	91
5.4.3. Análise Fatorial no Construto Motivação para Cumprir o Tratamento	92
5.4.4. Análise Fatorial no Construto Adesão ao Tratamento	93
5.5. O Teste das Hipóteses	94
6. RESUMO E CONCLUSÕES.....	103

6.1. Resumo do Estudo	103
6.2. Principais Conclusões.....	104
6.3. Sugestão de Pesquisas Futuras	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
ANEXO 1 – Cartão com a Escala de Concordância.....	116
ANEXO 2 – Questionário Utilizado	117
ANEXO 3 – Resultado da Regressão, Variável Dependente: Índice de Adesão, Método Stepwise.....	120

1. INTRODUÇÃO

Um dos aspectos mais importantes nas operações de serviços diz respeito à participação do cliente durante a produção e entrega do serviço. No caso dos tratamentos médicos, esse aspecto é ainda mais importante, levando-se em conta que, sem a adesão do paciente, é impossível se obter qualquer resultado.

A partir dessa constatação, formulou-se a seguinte pergunta de pesquisa: *Quais são, sob a perspectiva do paciente, os antecedentes da adesão ao tratamento? Ou seja, o que é preciso haver para que o paciente adira ao tratamento?* Complementando esse questionamento, traçou-se como objetivo principal deste estudo o aprofundamento sobre o fenômeno da adesão ao tratamento, essencial à gestão de serviços de saúde.

1.1. Origem do Estudo

Doenças crônicas são doenças de longa duração e progressão geralmente lenta. As doenças crônicas, como doenças cardíacas, derrame, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, são, de longe, a principal causa de mortalidade no mundo, representando 63% de todas as mortes. Dos 36 milhões de pessoas que morreram de doenças crônicas em 2008, nove milhões tinham menos de 60 anos e noventa por cento dessas mortes prematuras ocorreram em países de baixo ou médio nível de renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a).

Como nos outros países, no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis também se constituem como o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011).

A partir desse trecho, retirado do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 – 2022, um relatório do Ministério da Saúde, fica evidente o impacto negativo das doenças crônicas na sociedade, em termos de mortalidade. Entretanto, não é apenas nesse aspecto que as doenças crônicas preocupam. Economicamente, tem-se um agravamento do quadro, dado que os custos diretos de tais doenças para o sistema de saúde brasileiro tem se elevado, muito em função do crescimento na incidência de casos na população e de que tais doenças estão entre as principais causas de internações hospitalares (BRASIL, 2011).

Dentre os fatores que explicam o aumento do número de casos de doentes crônicos, pode-se citar a piora de alguns hábitos alimentares, como a maior ingestão de gorduras e sal, o sedentarismo e o aumento dos casos de sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2011). Há, ainda, um fator demográfico muito importante. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil tem uma das populações que envelhecem mais rapidamente no mundo, fazendo com que a pirâmide etária de nosso país se aproxime cada vez mais do padrão europeu. “Tais transformações trazem desafios para todos os setores, impondo a necessidade de se repensar a dimensão da oferta de serviços necessários para as próximas décadas.” (BRASIL, 2011).

Em contexto semelhante ao descrito anteriormente, de aumento dos casos de doenças crônicas e aumento nos custos de assistência médica, surgiram nos Estados Unidos, no final dos anos 1980, os primeiros programas de gerenciamento de doenças ou *disease management programs* (ZITTER, 1996). Tais programas representavam um novo modelo de atenção à saúde, que se adequava especialmente bem ao tratamento de doenças crônicas. Seus objetivos fundamentais seriam melhorar a qualidade do tratamento dos doentes crônicos e, simultaneamente, controlar os custos referentes a esse tratamento. Para atingir estes objetivos, os programas propunham um enfoque muito maior no controle da doença e na prevenção a eventos agudos que, por serem mais graves, representavam uma piora na condição do paciente e um custo muito maior para o sistema de saúde.

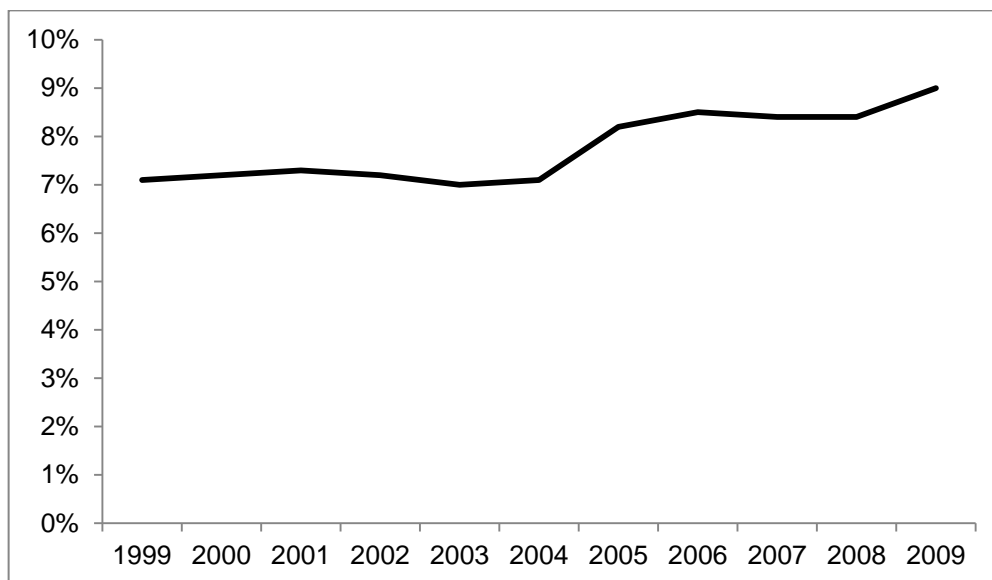
Tendo esse modelo de tratamento em mente, um aspecto fundamental das operações de serviços vem à tona: a participação do cliente. Nos serviços em geral e nos serviços médicos em particular, a participação do cliente é essencial. É bastante evidente que, se o paciente não quiser aderir ao tratamento, há pouca coisa que o médico possa fazer. No caso dos pacientes acometidos por doenças crônicas, esse aspecto se torna ainda mais relevante, uma vez que tais doenças requerem tratamento contínuo e de longo prazo, exigindo, com frequência, o cumprimento de uma série extensa de recomendações.

Nesse sentido, compreender melhor o fenômeno da adesão dos pacientes crônicos ao tratamento torna-se um elemento chave para a obtenção de melhores resultados

médicos e econômicos. Melhorar tal compreensão é, portanto, o objetivo principal deste estudo.

1.2. Relevância do Assunto

“O diagnóstico é severo: o sistema de saúde brasileiro precisa de mudanças urgentes para reverter o quadro de insatisfação generalizado.” (CEZAR, 2011, pg. 9). É com esta frase que o autor Genilson Cezar inicia a reportagem de conjuntura da edição do periódico Valor Setorial sobre hospitais, equipamentos e serviços médicos. No transcorrer da matéria, Genilson ilustra com dados a estranha situação em que se encontra o sistema de saúde brasileiro: enquanto, por um lado, se gasta cada vez mais em assistência médica, por outro, o que se percebe, é uma insatisfação com o desempenho do sistema. Para se ter uma ideia, uma pesquisa realizada recentemente com consumidores brasileiros apontou que apenas nove por cento dos entrevistados considera o desempenho geral do sistema de saúde nacional como excelente ou muito bom (DELOITTE, 2011). Isso tendo em conta que, de 2002 a 2010, os investimentos no setor de saúde passaram de R\$30 bilhões para R\$77 bilhões (CEZAR, 2011). E os gastos não cresceram apenas em termos absolutos: segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil vem comprometendo uma parcela cada vez maior do Produto Interno Bruto (PIB) em gastos relativos à saúde. O Gráfico 1 mostra que em dez anos o percentual desses gastos cresceu quase 27% passando de 7,1% do PIB, em 1999, para 9% do PIB, em 2009.

Gráfico 1 - Percentual do Produto Interno Bruto Gasto em Saúde

Fonte: elaborado pelo autor com base em dados da OMS.

Situação semelhante é reportada por Porter e Teisberg (2007) sobre o sistema de saúde norte-americano que tem registrado, há muitos anos, um desempenho insatisfatório tanto em custo quanto em qualidade. Os autores acrescentam que os custos, já elevados, estão subindo, apesar dos esforços empenhados para sua contenção, e que, além disso, tal aumento de custos não tem se refletido em melhoria na qualidade.

Nesse contexto, encontrar soluções gerenciais que melhorem a qualidade da assistência médica, mantendo-se um equilíbrio nos custos totais do sistema de saúde, torna-se extremamente importante. Nesta busca, um aspecto altamente relevante e que merece muita atenção diz respeito à participação efetiva dos pacientes no seu processo de tratamento, dado que a não adesão do paciente ao tratamento gera custos para ele próprio, para a economia e para a sociedade como um todo (ARBUTHNOTT E SHARPE, 2009).

A relevância do tema se fundamenta, então, no desafio que a promoção à saúde representa nos dias atuais e vindouros. Envelhecimento populacional, maiores expectativas de vida e mudanças no estilo de vida são apenas alguns dos diversos fatores que têm contribuído para o aumento da demanda sobre os sistemas de

saúde público e privado, que precisam encontrar soluções para fazer frente a esta nova realidade.

A universalização do atendimento e a qualidade na prestação dos serviços de saúde, por exemplo, só serão sustentáveis no longo prazo mediante a existência de equilíbrio econômico, ou seja, que os gastos do sistema sejam compatíveis com seus mecanismos de financiamento.

Nesse sentido, as abordagens endereçadas ao tratamento mais produtivo e racional dos doentes crônicos fazem todo o sentido, uma vez que esses pacientes representam uma parte desproporcional dos gastos. Estratégias que enfoquem o acompanhamento da saúde desse público e a prevenção a eventos agudos são fundamentais tanto para a promoção da saúde e do bem-estar quanto para a redução nos gastos com o tratamento.

1.3. Delimitações do Estudo

Algumas delimitações foram feitas à pesquisa de modo a viabilizar sua operacionalização. A primeira delas é que a pesquisa quantitativa foi feita apenas com pacientes. Assim, embora tenham sido consultados médicos, enfermeiros e gestores de programas de gerenciamento de doenças, estes não foram o alvo do estudo. A partir dessa delimitação, evidencia-se que as considerações e conclusões do trabalho partiram da perspectiva dos pacientes, que podem ser distintas daquelas de outros grupos envolvidos.

A segunda delimitação se refere ao fato de os pacientes pesquisados integrarem um programa de gerenciamento de doenças crônicas específico. Esse programa existe desde o ano de 1999, de modo que já passou pela fase pré-operacional e se encontra em pleno funcionamento. Essa escolha visava evitar que a pesquisa fosse realizada em um ambiente instável, comum a iniciativas mais recentes e que ainda estejam em fase de implementação.

Quanto aos locais de coleta de dados, somente os dois postos de atendimento localizados no Rio de Janeiro foram pesquisados: um localizado no bairro de Botafogo e outro localizado no bairro da Barra da Tijuca. Assim, é altamente

provável que os pacientes detectados na pesquisa sejam moradores da cidade do Rio de Janeiro ou de cidades próximas.

Por fim, foram incluídos na pesquisa somente os pacientes cardiopatas crônicos. O motivo dessa escolha se deu por algumas razões: a primeira razão é que a maior parte dos pacientes atendidos por esse programa tem esse tipo de condição médica. A segunda razão é que os doentes cardiovasculares representam o maior custo para a operadora no âmbito desse programa de gerenciamento de doenças crônicas. A terceira razão para tal delimitação se justifica pela tentativa de manter os resultados comparáveis, uma vez que esses pacientes estão sujeitos aos mesmos fatores de risco e, conseqüentemente, a regimes similares de tratamento.

1.4. Organização do Estudo

Este estudo, que tem como foco a adesão do paciente ao tratamento, se inicia com esta breve introdução, seguida de uma revisão da literatura. O objetivo da revisão da literatura foi o de organizar os diversos temas que se relacionam com o foco do estudo, além de sedimentar os conhecimentos básicos que foram utilizados na pesquisa. Resumidamente, a revisão da literatura se inicia tratando de um aspecto fundamental das operações de serviços – a participação do consumidor – e culmina com um caso específico desse aspecto – a adesão do paciente ao tratamento em programas de gerenciamento de doenças crônicas. A seção 3, por sua vez, aborda os objetivos e as hipóteses da pesquisa. Nesta seção também é apresentado o modelo conceitual desenvolvido para o teste das hipóteses. No capítulo 4 são abordados os aspectos metodológicos do estudo, assim como as técnicas utilizadas na pesquisa. Já o capítulo 5 trará os resultados encontrados e as análises decorrentes desses resultados. Por fim, tem-se no sexto capítulo uma breve conclusão, que é seguida das referências bibliográficas e dos anexos.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo é dedicado à revisão da literatura dos temas que de alguma forma conduzem à questão central da pesquisa – a adesão do paciente ao tratamento – ou que dão sustentação ao modelo conceitual proposto.

O processo de revisão da literatura sobre a participação do paciente e sobre a adesão do mesmo ao tratamento teve um desafio adicional: a multiplicidade de termos semelhantes tais como: *participação do paciente*, *adesão do paciente ao tratamento*, *comprometimento do paciente*, *envolvimento do paciente*, *engajamento do paciente*, entre outros. Tratando exatamente disso, Vermeire et al (2001, pg. 332) concluem que “o uso dos termos de modo diferenciado acaba sendo um importante aspecto da revisão de literatura”. A partir dessa questão, ao usar as bases de artigos acadêmicos, foi necessário fazer uma busca utilizando-se os diferentes termos citados anteriormente para, só depois, selecionar aqueles artigos que pudessem contribuir para a pesquisa. Foram utilizadas as bases EBSCO, Science Direct, Emerald e Proquest; não foram feitas restrições quanto ao ano de publicação. Além dessa fonte inicial de artigos, foram buscados, de acordo com o julgamento do autor, os artigos citados nas referências bibliográficas que pareciam relevantes para o trabalho.

A pesquisa sobre o conceito de gerenciamento de doenças crônicas, por sua vez, iniciou-se a partir de artigos fornecidos pela orientadora deste trabalho e por uma colega de mestrado, que fazia pesquisa no mesmo tema. O processo de busca utilizado foi semelhante, recorrendo-se às referências bibliográficas dos artigos para se chegar a outros artigos, julgados interessantes pelo autor. As bases de artigos utilizadas foram as mesmas já mencionadas anteriormente. A expressão buscada foi “*disease management*”. A escolha do termo em inglês se justifica pelo fato de a imensa maioria do material estar disponível nessa língua. Também nesse caso, não foram feitas restrições quanto ao período de busca.

Os demais conceitos que constam no modelo conceitual proposto nesta dissertação também foram alvo de busca nas bases EBSCO, Science Direct, Emerald e Proquest e não foram feitas restrições quanto ao ano de publicação. As expressões buscadas foram: “*patient role clarity*”, “*role clarity health care*”, “*patient motivation*”,

“treatment motivation”, “health care motivation”, “patient ability”, “health care ability”. Como não foram utilizadas aspas na busca, pôde-se ter acesso a artigos que contivessem apenas uma das palavras contidas na expressão, o que serviu para não limitar a busca excessivamente.

Quanto à lógica da revisão da literatura, procurou-se estabelecer um fio condutor entre a participação do cliente nas operações de serviços de forma mais geral até a adesão do paciente ao tratamento em programas de gerenciamento de doenças crônicas, um caso mais específico. Assim, na primeira parte, são discutidas algumas propostas de classificação de serviços, que exploram maneiras de diferenciação dos serviços entre si. Na segunda parte, entra-se em um dos aspectos mais marcantes nas operações de serviços: a participação do cliente. Na terceira parte, são introduzidos conceitos e ideias que serão utilizados na construção do modelo conceitual. Na quarta e quinta partes, já se adota um foco de gestão em saúde e discute-se a participação e a adesão dos pacientes ao tratamento. A sessão seis se dedica a trazer alguns conhecimentos sobre doenças crônicas, necessários à adequada compreensão do modelo proposto na pesquisa. Por fim, a sessão sete trata dos programas de gerenciamento de doenças crônicas, uma vez que esse é o ambiente onde a pesquisa é realizada.

2.1. Possíveis Metodologias de Classificação de Serviços

A partir da emergência dos serviços como objeto de estudo frequente na academia, diversos autores se propuseram a estabelecer algum tipo de classificação ou taxonomia para eles, como forma de ajudar os gestores a entender melhor os diferentes tipos de operações de serviços (CHASE, 1978; SCHMENNER, 1986).

Richard Chase (1978), por exemplo, propôs um esquema de classificação de serviços, não a partir da finalidade do serviço, como era comum até então, mas da noção de extensão do contato com o consumidor na criação do serviço. Nesse contexto, o contato com o consumidor a que o autor se refere é a presença física do mesmo no sistema. Já a extensão desse contato poderia ser grosseiramente medida como o percentual do tempo em que o consumidor precisa estar inserido no sistema, relativamente ao tempo total que se leva para a execução do serviço. Assim,

segundo o esquema proposto por Chase, os diferentes sistemas de serviços poderiam ser classificados dentro de um contínuo que iria do baixo contato ao alto contato.

Schmenner (1986), por sua vez, elabora uma matriz de classificação de serviços intitulada Matriz de Processo de Serviços (*Service Process Matrix*). Expandindo a matriz proposta por Maister e Lovelock (1982), que se limitava a tratar dos chamados “serviços facilitadores”, o autor propõe que os serviços podem ser melhor classificados utilizando-se três variáveis, divididas em dois eixos: o nível de intensidade de trabalho (1º eixo da matriz); e a resultante entre o grau de interação do consumidor com o serviço e o nível de customização do serviço para o consumidor (2º eixo da matriz). Quanto ao nível de intensidade do trabalho, seria medido de acordo com a razão entre o custo da mão de obra e o custo do capital. Já o segundo eixo da matriz, que seria composto tanto pelo grau de interação do consumidor quanto pelo nível de customização do serviço, seria o resultado da interação entre essas duas variáveis. A Figura 1 ilustra a matriz proposta por Schmenner (1986), inclusive com exemplos de serviços oferecidos pelo autor.

Figura 1 – A Matriz de Processo de Serviços de Schmenner

		Grau de Interação e Customização	
		BAIXO	ALTO
Grau de intensidade do trabalho	BAIXO	Fábricas Cia. Aérea Hotel Resort	Service Shop Hospitais Oficinas de Carros Outros reparos
	ALTO	Serviço de Massa Varejo Escolas Bancos de varejo	Serviços Profissionais Médicos Advogados Contadores

Fonte: Adaptado de SCHMENNER (1986).

Bitner et al (1997), de forma análoga a Chase (1978), focam seu método de classificação em apenas uma dimensão: o nível de participação do consumidor na produção do serviço. Dessa maneira, os serviços poderiam ser divididos em baixa, média e alta participação. Um serviço de baixa participação seria aquele em que apenas a presença do consumidor é necessária durante a prestação do serviço. Um concerto de música clássica seria um exemplo de serviço de baixa participação, uma vez que, estando o consumidor presente à sala de espetáculos, pouca ou nenhuma contribuição adicional seria necessária. Já um serviço de média participação seria aquele em que certos *inputs*, por parte do consumidor, seriam necessários. Os *inputs* poderiam incluir pertences tangíveis, informações ou qualquer tipo de esforço. O serviço prestado por uma agência de publicidade e propaganda poderia se enquadrar nessa classificação. Por fim, o que caracterizaria os serviços de alta participação seria a cocriação do serviço, ou seja, a criação do serviço de forma conjunta tanto pelo produtor quanto pelo consumidor. Nesses serviços, é essencial o papel do consumidor que, se não cumprido, inviabiliza o resultado final. Como exemplos, poderiam ser citados programas de emagrecimento, cursos e treinamentos e o recebimento de cuidados médicos. A Tabela 1, adaptada de Bitner et al (1997), resume a classificação proposta:

Tabela 1 – Níveis de Participação dos Consumidores nos Diferentes Serviços

CLASSIFICAÇÃO	BAIXA PARTICIPAÇÃO	MÉDIA PARTICIPAÇÃO	ALTA PARTICIPAÇÃO
DESCRIÇÃO	Apenas a presença do consumidor é necessária durante a prestação do serviço.	São necessários certos <i>inputs</i> por parte dos consumidores.	Há cocriação do resultado do serviço.
CARACTERÍSTICAS	Os serviços são padronizados.	Os <i>inputs</i> dos clientes customizam um serviço padronizado.	A participação ativa do cliente guia a customização.
	O serviço é prestado independente de compras individuais.	A execução do serviço exige que o cliente individual pague.	O serviço não pode ser criado sem que haja a participação ativa do cliente pagante
	O pagamento pelo serviço pode ser o único input que o consumidor necessita fazer.	Os inputs dos clientes (informações, materiais) são necessários para um resultado adequado, mas é a empresa que presta o serviço.	Os inputs dos clientes são mandatórios e contribuem com a cocriação.

Fonte: Adaptada de BITNER et al (1997).

Observando-se as três metodologias de classificação de serviços expostas anteriormente, nota-se uma variável comum: o nível de participação do consumidor. Nas três metodologias, os autores se utilizam, de forma mais ou menos direta, dessa variável como medida distintiva dos diferentes tipos de serviços. Uma vez que o nível de participação do consumidor nas operações é uma importante variável na distinção entre os diferentes tipos de serviços, cabe um exame mais aprofundado desse conceito e de sua evolução.

2.2. A Participação do Consumidor nas Operações de Serviços

Produtos e bens manufaturados são, em geral, produzidos, comercializados e consumidos em momentos distintos. Já as operações de serviços se caracterizam pela simultaneidade entre produção e consumo. Isso significa que, em muitos casos, o consumidor está presente no momento da execução do serviço ou participa ativamente da mesma, afetando o desempenho, o custo, a qualidade e até mesmo outros consumidores (FREI, 2008; ZEITHAML, 1981; SPRING; ARAÚJO, 2009; LOVELOCK; GUMMENSSON, 2004; CORRÊA; CAON, 2002; FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2005).

Um exemplo clássico é a visita ao consultório médico. Nesse caso, o consumidor/paciente participa ativamente da produção do serviço. Primeiramente, o próprio consumidor é o objeto do serviço a ser prestado (a consulta médica e a prescrição do tratamento). Além disso, durante a sessão de anamnese, a qualidade das informações prestadas pelo paciente, como, por exemplo, a descrição precisa dos sintomas, de seus hábitos e do histórico familiar irá afetar a qualidade do diagnóstico do médico. Por fim, após a prescrição médica, seja solicitando mais exames ou receitando algum tratamento, é a adesão do paciente que determinará o quão bem sucedida será a prestação do serviço. Como se pode perceber, o serviço “prestação de consulta médica” é produzido pelo médico ao mesmo tempo em que é consumido pelo paciente, que, por sua vez, também colabora com a produção do serviço, afetando seu resultado final.

Embora não haja uma definição única para o conceito de participação do consumidor nos serviços, a definição proposta por Hsieh e Yen (2005) é abrangente

e concilia, de certo modo, a definição de outros autores (KELLEY; DONNELLY; SKINNER, 1990). Segundo Hsieh e Yen (2005, p. 895), participação do consumidor pode ser definida como a “extensão em que os consumidores proveem recursos na forma de tempo e/ou esforço, informação e coprodução durante a produção e entrega do serviço”. Esta é a definição adotada neste trabalho.

2.2.1. A Evolução do Conceito de Participação do Consumidor

A ideia de participação do consumidor no processo produtivo de serviços não é recente. Em 1978, por exemplo, Richard Chase, em seu artigo seminal “*Where does the customer fit in a service operation?*”, já sugere uma classificação dos diferentes sistemas de serviços a partir do contato do consumidor.

No final da década de 1970, época em que Richard Chase escreve esse artigo, o que se observa nas economias desenvolvidas é o aumento da participação dos serviços no PIB (Produto Interno Bruto) e uma crescente pressão para se aumentar a eficiência dos sistemas de produção das empresas desse segmento. Talvez por isso, ao abordar a questão da participação do consumidor nas operações de serviços, seu foco, e de outros que o sucederam, seja a busca pelo aumento de produtividade do sistema.

Chase (1978) parte da premissa de que sistemas de serviço caracterizados por alto contato são menos eficientes do que aqueles caracterizados por baixo contato. A partir disso, a conclusão que o autor propõe é que quanto menor o contato direto do consumidor com o sistema de serviço, maior é o potencial do sistema em operar em máxima eficiência.

A maior contribuição de Chase (1978) está no reconhecimento de que, durante a execução de um serviço, existem atividades que dependem mais do consumidor do que outras. Sua proposta é que, a partir do reconhecimento de tais diferenças, se isole o consumidor das atividades em que sua contribuição não é necessária (a parte técnica, ou *technical core*), de modo que a execução dessas atividades possa se dar de uma maneira mais padronizada e eficiente. Assim, a partir dessa reorganização do sistema de serviço, atividades técnicas e sem contato com o

consumidor poderiam se aproximar de um modelo de produção fabril, no qual se pode disfrutar de maiores economias de escala e há maior possibilidade do emprego de tecnologias de automação. Sem dúvida, na busca por aumentos de produtividade, a abordagem de Chase (1978) se apresenta como uma possibilidade de se organizar um sistema de produção de serviços, tanto que, ainda hoje, é comum encontrar uma divisão de atividades do tipo *back office*, em que a interação com o público é mínima e há um alto grau de padronização dos processos, e *front office*, na qual há maior interação com o público e menor grau de padronização.

Entretanto, outros desenhos de sistemas de serviços foram propostos. Lovelock e Young (1979), por exemplo, sugeriam um sistema de serviço em que a participação do consumidor fosse vista sob uma ótica diferente. Como Chase (1978), esses autores também se preocupavam com o aumento da produtividade nas operações de serviços. No entanto, para Lovelock e Young (1979) não seria necessário afastar o consumidor do sistema de serviço para que isso ocorresse. Dever-se-ia, de outra forma, buscar uma modificação na maneira como o consumidor interagira com o produtor do serviço. Na visão desses autores, o comportamento do consumidor era um fator crítico na busca por ganhos de produtividade. Isso se daria, fundamentalmente, por duas razões. Primeiramente, porque os consumidores são parte intrínseca do processo produtivo de serviços. Em segundo lugar, porque reconheciam que o próprio consumidor poderia realizar parte do trabalho, que, de outra forma, teria que ser feito por funcionários da empresa prestadora do serviço. A proposta de Lovelock e Young (1979), portanto, era de que os gestores de serviços deveriam utilizar ferramentas de marketing para encorajar os consumidores a modificar o seu comportamento de modo que os serviços pudessem ser prestados de uma maneira mais produtiva e economicamente eficiente.

Essa visão era compartilhada por Fitzsimmons (1985). Segundo este autor, existiam oportunidades para ganhos de produtividade simplesmente transferindo-se certas atividades para o próprio consumidor. Assim, ao invés de serem visto apenas como espectadores passivos, os consumidores poderiam fornecer trabalho produtivo no momento em que este fosse necessário, atuando como “empregados parciais” (KELLEY, DONNELLY, SKINNER, 1990). Ou seja, em serviços complexos, nos quais o desempenho do consumidor é crucial para a produção do serviço, a fronteira da organização de serviços deveria ser expandida para incorporar os consumidores

como membros ou participantes do processo (MILLS; MORRIS, 1986). Esse tipo de abordagem é o que fundamenta, por exemplo, as operações que envolvem algum componente do chamado autosserviço (*self-service*), em que o consumidor realiza uma parte da operação em lugar de funcionários remunerados.

Entretanto, a literatura não se restringe a retratar o cliente apenas como um “empregado parcial” ou como um meio de aumento de produtividade. Outros enfoques são possíveis. Bitner et al (1997), por exemplo, conceberam três possíveis papéis para os consumidores. No primeiro papel, o consumidor é visto como um concorrente potencial para as empresas de serviços. Isso pode acontecer nas situações em que o consumidor pode escolher entre contratar uma empresa ou executar por conta própria um serviço. O preparo de uma refeição ou a jardinagem são exemplos possíveis. No segundo papel proposto, o consumidor é enxergado como um recurso produtivo. Esse papel se fundamenta na ideia de que o consumidor é um dos *inputs* das operações de serviços, seja porque o cliente é o objeto sobre o qual o serviço será prestado (um corte de cabelo, por exemplo), seja porque, de algum modo, participa do serviço, trazendo informações ou despendendo algum esforço. Por fim, o terceiro papel que o consumidor pode assumir na prestação de serviços é como corresponsável pela qualidade final do serviço e por sua própria satisfação.

Os autores salientam que esse último aspecto é particularmente aparente para serviços como cuidados médicos, educação, treinamento físico, redução de peso, entre outros, nos quais o resultado é fortemente dependente da participação do consumidor. Nesses casos, o consumidor é parte integral do serviço e, a menos que ele desempenhe seu papel adequadamente, o resultado desejado não é possível.

Mais recentemente, porém, tem sido muito discutido na literatura acadêmica o papel que o consumidor tem na criação de valor (NORMANN; RAMIREZ, 1993; VARGO; LUSCH, 2004; VARGO; LUSCH, 2008; GRÖNROOS, 2008). Argumenta-se que, para estar apto a consumir um produto ou serviço, o consumidor deve trazer ao processo outros recursos (bens, serviços, informação) além de sua habilidade e esforço, de maneira a transformar um valor potencial (adquirido no produto ou serviço) em valor-em-uso (GRÖNROOS, 2008). Assim, se o consumidor não possui as habilidades necessárias para fazer uso daqueles recursos ofertados pelo

fornecedor, ou se não possui os outros recursos adicionais requeridos para isso, o valor-em-uso será inexistente ou muito inferior ao que poderia ser obtido (GRÖNROOS, 2008). Isso quer dizer que um livro em posse de um analfabeto não tem valor maior do que um calço de mesa ou peso de papel, assim como a melhor aula ministrada em alemão é inútil para um aluno que não compreende essa língua.

Essa visão põe ainda mais ênfase na participação ou papel do consumidor nas operações de serviços, de modo que um dos desafios que se coloca de forma subsequente diz respeito à busca pelo engajamento desse consumidor. Considerando seu papel na criação de valor e o impacto que ele gera no resultado final do serviço (qualidade, custo, satisfação, etc.), torna-se extremamente relevante entender seu comportamento e de que maneira é possível obter seu engajamento, sua adesão.

2.3. A Adesão do Cliente ao Serviço – O Que é Necessário para se Obter a Colaboração do Cliente?

O cliente sempre foi visto como aquele agente para o qual se vendia um produto ou se executava um serviço. Nas palavras de Frei (2006), uma carteira aberta ao final de uma cadeia de suprimentos. Por isso, imaginar o cliente como um cocriador de valor altera de forma significativa a lógica de negócios de um prestador de serviços. Os consumidores, por exemplo, não desempenham suas funções espontaneamente, como fazem os funcionários contratados. Ademais, sua orientação primária é ao consumo e não à produção (MILLS; MORRIS, 1986). Ainda, a relação do empregador com um funcionário tem certa duração no tempo, enquanto que a interação com o cliente pode ser apenas pontual, limitando as oportunidades da empresa em adequar o comportamento deste último à sua proposta de prestação de serviços (MILLS; MORRIS, 1986).

Mas como, então, obter a colaboração do cliente? Se os clientes podem, sob determinada ótica, ser enxergados como coprodutores ou empregados parciais, tanto consumidores como empregados constituirão os recursos humanos das organizações de serviço (BOWEN, 1986). Logo, se faz necessário gerenciar não só

o comportamento dos próprios funcionários, como também o de seus consumidores (BOWEN, 1986).

Nesse sentido, estratégias para gerir o comportamento dos consumidores na produção de serviços podem ser extraídas dos modelos de gestão do comportamento dos funcionários (BOWEN, 1986). Um modelo geral dos determinantes do comportamento de funcionários atribui a três fatores seu comportamento: clareza do papel a cumprir, habilidade e motivação. O comportamento dos consumidores pode ser moldado pelos mesmos três fatores (BOWEN, 1986; BITNER; OSTROM; MEUTER, 2002; OSTROM, 2003; MEUTER et al, 2005). Uma breve descrição desses fatores é feita a seguir:

- ***Clareza do papel a cumprir – Os consumidores entendem o que é esperado deles?***

“Clareza do papel a ser cumprido” envolve o conhecimento e o entendimento do que precisa ser feito, de que atividades precisam ser desempenhadas (BOWEN, 1986; DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004; MEUTER et al, 2005). Tal conhecimento pode vir de várias fontes. A primeira delas é a experiência passada do usuário (BOWEN, 1986). Dessa maneira, usuários recorrentes de um determinado tipo de serviço precisam de menos orientações do que usuários com pouca ou nenhuma experiência. Outra fonte de conhecimento é a “legibilidade intrínseca” do sistema de serviços (BOWEN, 1986). Logo, um sistema desenhado de maneira lógica, clara e visível é preferencial a um sistema confuso e desordenado. Por fim, outra fonte é aquela fornecida pela própria empresa (BOWEN, 1986). Um funcionário vestindo uma camisa com a pergunta “Posso ajudar?” é um bom exemplo.

- ***Habilidade – Os consumidores são capazes de desempenhar seu papel?***

“Habilidade” se refere à capacidade dos consumidores fazerem o que são orientados a fazer (BOWEN, 1986; DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004; MEUTER et al, 2005). Negócios de serviços precisam lidar com consumidores cujas habilidades diferem caso a caso. Seja por maior conhecimento, habilidade ou capacidade física, alguns consumidores conseguem desempenhar o que lhes é esperado mais facilmente do que outros (FREI,

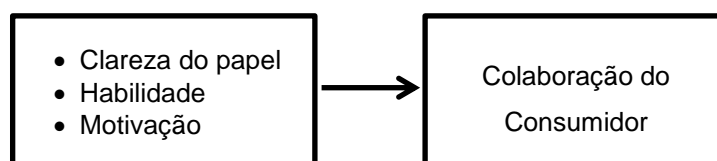
2006). Segundo Bowen (1986), as empresas podem garantir que os consumidores tenham as habilidades necessárias para desempenhar seus papéis utilizando as mesmas abordagens que são utilizadas com funcionários contratados: recrutamento, seleção e treinamento.

- **Motivação – Existem recompensas, em termos de valor, para os consumidores cumprirem o que lhes é esperado?**

Quando os consumidores precisam desempenhar um papel durante a prestação do serviço, fica a seu critério o quanto de esforço colocarão nessa atividade (FREI, 2006). As diferenças no esforço empregado pelos consumidores terão um impacto significativo na qualidade e no custo da prestação do serviço (FREI, 2006), de maneira que incentivar os consumidores a cumprir o que lhes é esperado passa a ser algo de grande importância. Assim, a “motivação”, diz respeito aos incentivos que os consumidores têm para desempenhar seu papel (BOWEN, 1986; DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004). É possível motivar os consumidores tornando visíveis os benefícios e recompensas associados ao seu desempenho, desde que tais recompensas sejam valorizadas pelo consumidor (BOWEN, 1986).

Logo, os três fatores supracitados – clareza do papel, habilidade e motivação – são necessários para que o consumidor coopere com a prestação do serviço (DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004). Esta cooperação, por sua vez, é essencial em serviços de alta participação, tal como descrito por Bitner *et al* (1997). A literatura abordada sugere, então, que o seguinte *framework*, representado na Figura 2, é consistente.

Figura 2 – Framework sobre antecedentes da colaboração do consumidor



2.4. Participação do Paciente

A participação do paciente é um conceito complexo que cresceu a partir do movimento de defesa do consumidor dos anos 1960, que clamava pelo direito à segurança do consumidor, pelo direito à informação, pelo direito de escolha e pelo direito de ser ouvido (LONGTIN et al, 2010).

No centro desse conceito reside uma redefinição do papel do paciente. Até a década de 1970, a relação médico-paciente era claramente assimétrica, seguindo um modelo conhecido como paternalista (FALKUM; FORDE, 2001). Em tal modelo, o paciente era visto como um espectador passivo do seu próprio processo de cura (EMANUEL; EMANUEL, 1992) de tal modo que a opinião do médico era quase indiscutível e suas decisões deveriam ser cumpridas sem questionamentos (FALKUM; FORDE, 2001). Com o passar do tempo, essa relação foi se modificando a ponto de, atualmente, o papel desempenhado pelo paciente ter deixado de ser o de espectador e passado a ocupar um lugar central no sistema de saúde (LONGTIN et al, 2010).

Nos últimos anos, a participação do paciente tem sido crescentemente reconhecida como um componente essencial no redesenho dos processos inerentes à área da saúde e tem sido aplicada com sucesso em algumas áreas desse campo, notadamente, à participação no processo decisório e no tratamento de doenças crônicas (LONGTIN et al, 2010). Recentemente, foi, inclusive, recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o aumento no nível de participação dos pacientes como forma de aumentar sua própria segurança. A OMS tem enfatizado, por exemplo, o papel que os pacientes e suas famílias têm em melhorar a qualidade da assistência médica (ELDH; EKMAN; EHNFOR, 2010; LONGTIN et al, 2010).

Apesar de haver literatura abundante sobre o tema, o conceito de participação do paciente permanece pobremente definido (SAHLSTEN et al, 2008; ELDH; EKMAN; EHNFOR, 2010; LONGTIN et al, 2010). Não há uma única definição e vários termos como colaboração do paciente (*patient collaboration*), envolvimento do paciente (*patient involvement*), parceria com o paciente e tratamento centrado no paciente têm sido utilizados de forma intercambiável (ARBUTHNOTT; SHARPE, 2009; LONGTIN et al, 2010). Durante a revisão da literatura, foram encontradas

ainda as seguintes expressões, além daquelas já mencionadas: engajamento do paciente (*patient engagement*), adesão do paciente (*patient adherence*) e *patient compliance*, que não tem uma tradução precisa e significa, em tradução livre, que o paciente obedece às regras ou requisitos estabelecidos pelo médico ou equipe médica.

Além disso, em termos de significado, a participação do paciente pode estar relacionada a diferentes aspectos da assistência médica tão diversos como: participação no processo de decisão sobre o tratamento a ser seguido (HAYWOOD; MARSHALL; FITZPATRICK, 2006; ELDH; EKMAN; EHNFORSS, 2010; LONGTIN et al, 2010); administração da própria medicação (LONGTIN et al, 2010); autocuidado (LONGTIN et al, 2010); instrução do paciente (LONGTIN et al, 2010); determinação dos objetivos do tratamento (TRIPICCHIO et al, 2009; LONGTIN et al, 2010), ou participação efetiva nos cuidados físicos (LONGTIN et al, 2010).

Frequentemente, o termo participação do paciente é utilizado apenas como participação no processo de decisão sobre o curso do tratamento a ser seguido (ELDH; EKMAN; EHNFRORS, 2010). O International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), entretanto, sugere que o conceito de participação do paciente vai além do processo decisório e inclui tanto capacidade quanto desempenho, pela perspectiva do indivíduo e da sociedade (ELDH; EKMAN; EHNFRORS, 2010). Já no contexto da relação enfermeiro-paciente, tal conceito pode ser definido como uma relação em que o enfermeiro abre mão de certo poder e controle em prol do paciente, em que há compartilhamento de informações e de conhecimento e em que há engajamento mútuo na realização de atividades físicas e mentais (SAHLSTEN et al, 2008). Esta definição é compatível com o trabalho de Eldh, Ekman e Ehnfors (2010), que sustenta que participação do paciente significa considerar o paciente como um recurso valioso, capaz de receber e fornecer informações, de modo que se estabeleça o conhecimento e a compreensão necessários ao tratamento. Deriva desta definição que, para haver participação por parte do paciente é necessário que este se sinta respeitado na interação com o médico e que o conhecimento seja compartilhado entre as duas partes, isto é, que o médico escute o paciente e considere seu conhecimento sobre o próprio corpo, fornecendo, por sua vez, informações, de acordo com suas necessidades individuais (ELDH; EKMAN; EHNFORSS, 2010).

2.4.1. Os diferentes termos utilizados na literatura: uma breve discussão

Como mencionado anteriormente, durante a revisão da literatura, diversos termos, com significados próximos à participação do paciente, mas não necessariamente iguais, foram encontrados. A expressão *engajamento do paciente*, por exemplo, foi definida como “as ações que os indivíduos devem tomar para obter o maior benefício possível do serviço médico disponibilizado a ele” (CENTER FOR ADVANCING HEALTH, 2012, pg. 2). “Engajamento significa que a pessoa está envolvida em um processo no qual harmoniza informações robustas e aconselhamento médico com suas próprias necessidades, preferências e habilidades, de maneira a prevenir, administrar e curar a doença” (CENTER FOR ADVANCING HEALTH, 2012, pg. 2). Outra possível definição de engajamento do paciente seria “o comportamento do paciente que é desejável ou necessário para que o tratamento seja eficaz, e que está sob o controle da vontade do paciente.” (DRIESCHNER; VERSCHUUR, 2010, pg. 89).

A expressão *envolvimento do paciente*, por sua vez, foi definida como “a integração dos usuários de serviços à entrega, planejamento e avaliação dos mesmos (GOTT et al, 2000 apud FORBAT et al, 2009).

Já o significado de *patient compliance* seria mais simples e objetivo, significando que o indivíduo obedece a um direcionamento de um prestador de serviço médico (CENTER FOR ADVANCING HEALTH, 2012, pg. 2). Uma definição alternativa de *patient compliance* seria “o quanto o comportamento de uma determinada pessoa (em termos de ingestão de uma medicação, cumprimento de uma dieta ou modificação em seu estilo de vida) coincide com o aconselhado pelo médico ou equipe de saúde (SACKETT, 1979). O problema em se utilizar o termo *compliance* é que ele muitas vezes carrega uma conotação negativa, podendo sugerir submissão (VERMEIRE et al, 2001).

Por fim, a expressão *adesão do paciente ao tratamento (patient adherence)* também tem sido utilizada como uma alternativa ao termo *compliance* e tem crescido em popularidade na literatura (VERMEIRE et al, 2001; ARBUTHNOTT; SHARPE, 2009). Foi sugerido que o termo adesão traduz melhor o equilíbrio de poder na relação

médico-paciente e incorpora as noções mais amplas de concordância, cooperação e parceria (VERMEIRE et al, 2001).

Como se pode perceber, não há consenso sobre o correto uso das expressões explicitadas anteriormente e tampouco sobre seus respectivos significados, de tal modo que, nesta dissertação, utilizar-se-á preferencialmente a expressão adesão ao tratamento, uma vez que comporta razoavelmente bem os conceitos de participação e *compliance*, como sugeridos pela literatura, agregando noções de cooperação e parceria entre o paciente e a equipe de saúde.

2.5. Adesão do Paciente ao Tratamento

A importância da adesão ao tratamento se explica por três razões principais (VERMEIRE et al, 2001). A primeira é porque a não adesão impõem um custo financeiro altíssimo aos sistemas de saúde (VERMEIRE et al, 2001; ARBUTHNOTT; SHARPE, 2009). A segunda razão é que a adesão do paciente é a ligação fundamental entre o processo de tratamento e os resultados do mesmo (ARBUTHNOTT; SHARPE, 2009; URQUHART, 1996, VERMEIRE et al, 2001). Finalmente, em se tratando de pesquisas médicas e de pesquisas para a introdução de novos medicamentos ao mercado, a não adesão ou a falta de cuidados com o monitoramento dos níveis de adesão pode impactar fortemente as conclusões obtidas nesses estudos, impedindo, eventualmente, que medicamentos eficazes entrem em circulação comercial (VERMEIRE et al, 2001).

Quanto à mensuração dos níveis de adesão, alguns pesquisadores consideram a adesão como sendo dicotômica, ou seja, só se considera que determinado paciente aderiu ao tratamento se o seguiu totalmente. Caso contrário, não se considera que aderiu, ainda que o paciente tenha deixado de seguir uma pequena parte do tratamento (STEINER; EARNEST, 2000 apud ARBUTHNOTT; SHARPE, 2009). Outros pesquisadores, entretanto, consideram que há adesão quando a maior parte do tratamento foi seguida, digamos, oitenta por cento (BERMAN et al, 1997 apud ARBUTHNOTT; SHARPE, 2009). Esse nível mínimo requerido irá variar de acordo com a situação e com a doença (URQUHART, 1996; SACKET; SNOW, 1979 apud ARBUTHNOTT; SHARPE, 2009).

Esse tipo de impasse traz à tona a questão da dificuldade de mensuração da adesão ao tratamento. Essa questão tem contrariado os pesquisadores e a complexidade desse problema por si só impediu o desenvolvimento de um padrão de mensuração de alto nível para a adesão. Considera-se, inclusive, que a dificuldade em se obter medidas específicas e confiáveis de adesão é um dos fatores que desacelerou o progresso de pesquisas médicas nesse campo (DUNBAR-JACOB; MORTIMER-STEPHENS, 2001). Mesmo assim, na investigação deste tema, múltiplos métodos de mensuração da adesão foram tentados. Entre eles, podem-se citar a autoavaliação pelo paciente do seu nível de adesão, a avaliação subjetiva feita pelo médico da adesão de seus pacientes, a mensuração de parâmetros psicológicos, a mensuração através da revisão de relatórios médicos e através da contagem de pílulas (GORDIS, 1979 apud DUNBAR-JACOB; MORTIMER-STEPHENS, 2001) e, na última década, a mensuração através de medidores eletrônicos de medicação (DUNBAR-JACOB; MORTIMER-STEPHENS, 2001).

Quanto à ingestão de medicamentos, existem inúmeras formas de mensuração. Formas diretas incluem a detecção do medicamento em fluidos corporais como a urina ou o sangue (VERMEIRE et al, 2001). O problema desse tipo de método é que ele é invasivo e custoso, sem falar que não pode ser aplicado a todos os tipos de substâncias. É, portanto, um método indicado apenas para tratamentos pontuais, ou esporádicos (VERMEIRE et al, 2001). Já as formas de mensuração indiretas, mais comuns do que as diretas, incluem entrevistas, diários, contagem de comprimidos, monitoramento das requisições de receituários e medições dos resultados médicos (GORDIS, 1979 apud VERMEIRE et al, 2001). Todos esses métodos indiretos também têm seus problemas. A mensuração de resultados positivos, por exemplo, pode estar relacionada a outros fatores que não a medicação, enquanto que resultados negativos podem surgir mesmo que o paciente esteja tomando adequadamente a medicação prescrita (VERMEIRE et al, 2001). Não se verifica, portanto, uma correlação direta nesse caso.

As entrevistas e todos os métodos que envolvem autoavaliação, por sua vez, são vulneráveis à superestimação da adesão ou à subestimação da não adesão (VERMEIRE et al, 2001). Já a validade do monitoramento de requisições de receitas médicas depende da acurácia e completude do banco de dados das farmácias. Esse

método e o da contagem de comprimidos costumam superestimar a adesão (VERMEIRE et al, 2001).

O desenvolvimento de novas tecnologias permitiu que novos métodos fossem utilizados, como o monitoramento da frequência em que a caixa de um determinado remédio fosse aberta (*dispenser* eletrônico). Esse método também está sujeito a falhas, mas trouxe a público as chamadas “férias da medicação” (período em que se notava a interrupção da ingestão do medicamento monitorado), e a “adesão do jaleco-branco” (situação na qual o paciente voltava a consumir os medicamentos somente às vésperas da próxima visita ao consultório médico) (RAYNOR, 1992 apud VERMEIRE et al, 2001). Foi sugerido que a utilização de *dispensers* de medicamentos automáticos aumentaria a taxa de adesão dos pacientes. Mesmo assim, é improvável que um paciente não aderente ou rebelde se esforce para utilizar esses equipamentos de forma adequada (VERMEIRE et al, 2001).

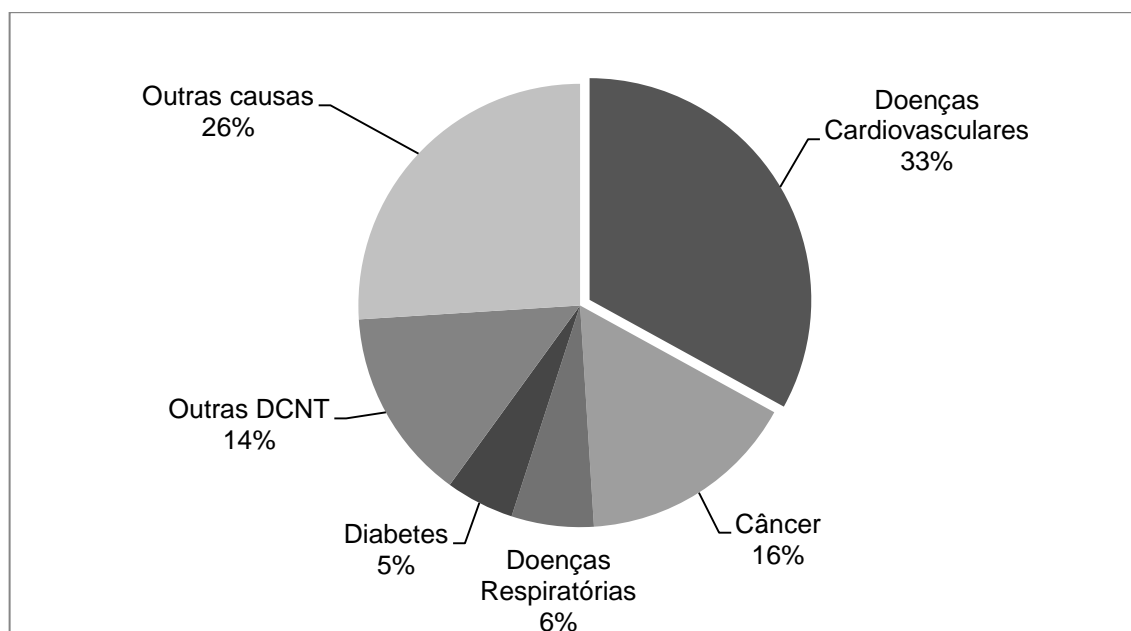
Como se pode perceber, embora uma variedade grande de métodos de mensuração da adesão tenha sido utilizada, existem sérios problemas com cada um deles para a geração de informações válidas e confiáveis (VERMEIRE et al, 2001). Assim, até o momento, não existe uma medida universalmente aceita para a mensuração do nível de adesão dos pacientes ao tratamento (DUNBAR-JACOB; MORTIMER-STEPHENS, 2001).

2.6. Doenças Crônicas

Doenças crônicas são doenças de longa duração e progressão geralmente lenta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a). Tais doenças, como doenças cardíacas, derrames, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, são, de longe, a principal causa de mortalidade no mundo, representando 63% de todas as mortes no ano de 2008 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a).

No Brasil, a OMS aponta que aproximadamente 74% das causas de morte são ocasionadas por doenças crônicas não transmissíveis, sendo que as doenças cardiovasculares sozinhas contabilizam 33% das causas de morte no país (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Gráfico 2 – Mortalidade Proporcional no Brasil (percentual das mortes totais, todas as idades – 2008)



Fonte: Adaptado de WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011.

De forma geral, os quatro grandes grupos de doenças crônicas não transmissíveis – doenças cardiovasculares, diabetes, cânceres e doenças respiratórias crônicas – apresentam mais ou menos os mesmos fatores de risco: consumo de tabaco, alimentação não saudável, sedentarismo e uso abusivo de álcool (MENDIS; ALWAN, 2011).

Quanto às doenças cardiovasculares, são causadas por distúrbios do coração e/ou dos vasos sanguíneos e incluem doenças coronarianas, doenças cerebrovasculares, pressão arterial elevada, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, doença cardíaca congênita e insuficiência cardíaca (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). A OMS estima que mais de 17,3 milhões de pessoas morreram de doenças cardiovasculares, tais como ataque cardíaco ou acidente vascular cerebral em 2008 (MENDIS; PUSKA; NORRVING, 2011) e, ao contrário da crença popular, quatro em cada cinco dessas mortes ocorreram em países de baixa e média renda, sendo homens e mulheres igualmente afetados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012b).

Apesar dos números alarmantes, cerca de 80% dos ataques cardíacos e derrames prematuros são evitáveis, desde que o indivíduo não fume, siga uma dieta saudável e pratique atividades físicas regularmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012b). Esse tipo de constatação acaba chamando atenção para a necessidade de controle dos fatores de risco associados às doenças cardiovasculares.

Tomando-se como exemplo a aterosclerose, Mendis, Puska e Norrving (2011) relacionam os seguintes fatores de risco:

Tabela 2 – Fatores de Risco para Aterosclerose

Fatores de Risco	
Comportamentais	Metabólicos
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de Tabaco • Sedentarismo • Dieta não saudável (rica em sal, gorduras e calorias) • Uso abusivo de álcool 	<ul style="list-style-type: none"> • Pressão sanguínea elevada (hipertensão) • Quantidade elevada de açúcar no sangue (diabetes) • Quantidade elevada de lipídeos no sangue (alto colesterol) • Sobrepeso e obesidade

Fonte: MENDIS; PUSKA; NORRVING, 2011.

Como se pode notar através do exemplo da aterosclerose, as escolhas do próprio indivíduo serão determinantes para sua condição de saúde. Adicionalmente, quando se trata de um tratamento de doenças crônicas, a não adesão ou o tratamento inadequado podem ainda piorar a condição do paciente. Um exemplo é o caso da insuficiência cardíaca congestiva, cuja principal causa de hospitalização nas pessoas acima de 65 anos é a não adesão ou o tratamento inadequado (DUNBAR-JACOB; MORTIMER-STEPHENS, 2001).

2.7. O Programa de Gerenciamento de Doenças (*Disease Management Programs - DMP*)

Diversos sistemas de saúde pelo mundo estão sendo pressionados pelo aumento na ocorrência de pacientes com doenças crônicas como diabetes, doenças coronarianas e asma (BRANDT; HARTMANN; HEHNER, 2010, GEORGIOS, 2004). A incidência de diabetes, por exemplo, aumentou significativamente nos Estados Unidos nas últimas décadas, possivelmente, como consequência da adoção de estilos de vida mais sedentários e do aumento dos casos de obesidade (AHMED; VILLAGRA, 2006). Outro fator relevante é que o aumento na ocorrência de doenças crônicas está relacionado ao envelhecimento da população. As mudanças demográficas na Europa, por exemplo, têm levantado preocupações com o aumento nos gastos da sociedade com assistência médica (GEORGIOS, 2004). No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) também demonstram que a proporção de idosos vem crescendo. Em 1991, as pessoas com mais de 65 anos correspondiam a 4,8% da população. No censo de 2000, esse mesmo grupo atingia 5,85% do total e, no censo de 2010, já representavam 7,38% do total da população (o equivalente a pouco mais de 14 milhões de pessoas).

Quanto ao custo, os pacientes com doenças crônicas utilizam com mais frequência os serviços de saúde e seu tratamento é, em média, mais caro do que o dos pacientes que não possuem esse tipo de condição (THIEBAUD et al, 2008). O trabalho de Linden e Adler-Mielstein (2008), por exemplo, mostra que, nos Estados Unidos, os beneficiários do sistema Medicare que têm doenças crônicas representam uma parte desproporcional dos gastos. No caso dos usuários com problemas cardíacos, que representam aproximadamente 14% dos beneficiários, os gastos atingem 43% do total. Já os diabéticos, que correspondem a 18% do total de beneficiários, consomem 32% dos recursos.

A natureza contínua das doenças crônicas e os altos custos associados ao tratamento desse tipo de paciente se impuseram – e ainda se impõem – como um grande desafio aos sistemas tradicionais de saúde, que não estavam preparados para atender a esse tipo de demanda (LEMENS et al, 2008). Nesse contexto, os Programas de Gerenciamento de Doenças (*Disease Management Programs - DMP*) surgiram como uma nova estratégia para aumentar a qualidade no atendimento a

pacientes sofrendo de doenças crônicas e ainda controlar os custos do tratamento de tais pacientes (LEMENS et al, 2008). O aparente *trade-off* entre custo e qualidade pode ser superado, por exemplo, focando-se no acompanhamento do curso da doença e na prevenção de casos agudos, alguns dos pilares desse tipo de programa (ADOMEIT; BAUR; SALFELD, 2001).

O Programa de Gerenciamento de Doenças típico será discutido a seguir e, apenas para esclarecimento, não haverá nesta dissertação distinção entre a versão em inglês do termo e a versão em português, ou seja, terão significados iguais as expressões *Disease Management* (DM) e Gerenciamento de Doenças, uma vez que, mesmo a literatura escrita em língua portuguesa utiliza frequentemente o termo em inglês.

2.7.1. Definição e Caracterização

O Programa de Gerenciamento de Doenças pode ser definido como sendo um sistema coordenado de intervenções médicas para auxiliar pacientes com doenças crônicas a seguir um tratamento e assim prevenir complicações da doença (ADOMEIT; BAUR; SALFELD, 2001; MILLER, 2006; LEMENS et al, 2008). Nesse sentido, o programa enfatiza a coordenação entre os diferentes agentes e o tratamento de forma abrangente ao longo do curso natural de determinada doença (ELLRODT et al, 1997, ZITTER, 1996). Uma distinção crítica entre um Programa de Gerenciamento de Doença e a abordagem tradicional de tratamento é que o foco deste último é o tratamento de episódios discretos, enquanto que o primeiro procura oferecer um tratamento de alta qualidade ao longo de um *continuum* (ELLRODT et al, 1997). Corroborando essa visão, Hunter e Fairfield (1997) colocam que o Programa de Gerenciamento de Doenças enxerga o paciente como uma entidade que vivencia o curso clínico de uma doença e não uma série fragmentada de encontros com diferentes partes dos sistemas de saúde.

Concebido como um modelo integrado de assistência médica, o objetivo do Programa de Gerenciamento de Doenças é tratar a doença com o máximo de eficácia e eficiência, independentemente do local em que o tratamento é feito e de como ele é pago. Essa abordagem enfatiza o gerenciamento da doença, utilizando

tanto intervenções clínicas como não clínicas, onde e quando é maior a probabilidade de haver o máximo impacto positivo (ZITTER, 1996). Idealmente, o gerenciamento da doença prevenirá a exacerbação da doença e a consequente utilização de recursos caros, fazendo com que a prevenção e o acompanhamento proativo da doença sejam duas áreas enfatizadas na maioria dos programas de *disease management*. Dessa forma, estes programas procuram agregar valor aumentando, por um lado, a satisfação do paciente e, por outro, reduzindo os custos totais do sistema de saúde (HARVEY; DEPUE, 1997).

Apesar de reconhecer que os primeiros programas de gerenciamento de doenças focavam em pacientes com doenças crônicas mais graves, Mattke, Seid e Ma (2007) identificam o surgimento, ao longo do tempo, de diversos tipos de programa de *disease management*. Em seu estudo, identificam, por exemplo, a existência de diferentes níveis de intervenção. Programas de baixa intervenção seriam aqueles que utilizariam predominantemente tecnologias de comunicação em massa, como e-mails automáticos e ligações pré-gravadas. Já os programas de intervenção moderada seriam aqueles em que haveria mais contato individual, com a utilização, por exemplo, de *call centers* telefonando para os pacientes. Por fim, programas de alta intervenção seriam aqueles que incluiriam encontros pessoais entre os pacientes e os médicos (MATTKE; SEID; MA, 2007).

Em termos de viabilidade, o gerenciamento de doenças é mais aplicável àquelas doenças bem conhecidas pela medicina, para as quais é mais fácil desenvolver protocolos baseados em evidências (GEORGIOS, 2004; HUNTER; FAIRFIELD, 1997). Como os pacientes acometidos por essas doenças possuem necessidades semelhantes, é possível adotar uma abordagem padronizada de tratamento e mensurar seus resultados (GEORGIOS, 2004). As doenças mais comumente tratadas a partir dessa abordagem são diabetes, cardiopatias e câncer. Acidentes vasculares cerebrais, asma, doenças mentais, doenças na próstata e doenças de pele também são candidatas (GEORGIOS, 2004; HUNTER; FAIRFIELD, 1997).

Já a partir do ponto de vista dos gestores dos sistemas de saúde nacionais, os principais fatores avaliados na seleção de doenças para serem gerenciadas são: a alta incidência em um determinado local; a necessidade de integração entre os cuidados primários e secundários; o alto custo do tratamento; a necessidade de

melhoria nas diretrizes de tratamento; a falta de certeza sobre as melhores práticas; e a necessidade de se melhorar os resultados dos pacientes (HUNTER; FAIRFIELD, 1997).

Em relação ao público-alvo, os programas de *disease management* procuram identificar aqueles pacientes que potencialmente gerarão mais despesas (ZITTER, 1996; SCOTT, 2008). Como um dos objetivos dos programas é reduzir os custos de tratamento, essa é uma estratégia de seleção que visa o ganho de eficiência. Isso é possível porque, em geral, uma pequena proporção de pacientes é responsável pela maior parte das despesas (ZITTER, 1996). Assim, pacientes terminais ou em estágio muito avançado da doença não devem ser incluídos em um programa de gerenciamento de doenças porque não teriam muito a se beneficiar das mudanças de comportamento e de estilo de vida inerentes a esses programas (SCOTT, 2008).

A triagem do público a ser incluído em um programa pode ser feita de diversas maneiras como, por exemplo, através da análise do histórico de consultas médicas, da análise de dados médicos individuais e via adesão voluntária (SCOTT, 2008). Além disso, o processo de seleção deve ser dinâmico e contínuo, contando com uma atualização frequente dos dados de saúde dos pacientes (SCOTT, 2008).

2.7.2. Componentes Básicos dos Programas de Disease Management

A literatura tem apontado vários componentes básicos dos programas de gerenciamento de doenças. Entretanto, é frequente que os diferentes autores abordem esses componentes básicos sob diferentes prismas. Apesar disso, vale ressaltar, não foi observada a existência de componentes concorrentes ou que não estivessem alinhados entre si e com a filosofia central dos programas de *disease management*, descrita anteriormente.

Os componentes encontrados na literatura sobre o tema foram: a modelagem da doença e o entendimento de seu ciclo natural (HUNTER; FAIRFIELD, 1997; HARVEY; DEPUE, 1997; ZITTER, 1996; ARAUJO, 2012); o uso de protocolos clínicos e de planos de tratamento para os pacientes (DMAA, 2007 apud LEMMENS et al, 2008; HARVEY; DEPUE, 1997; HUNTER; FAIRFIELD, 1997; ARAUJO, 2012);

triagem e seleção dos pacientes que mais podem se beneficiar do programa (SCOTT, 2008; HARVEY; DEPUE, 1997, ARAUJO, 2012); segmentação dos pacientes (HARVEY; DEPUE, 1997; ZITTER, 1996); foco na prevenção e na efetiva solução do problema do paciente (CARE CONTINUUM ALLIANCE, 2012; ZITTER, 1996; ARAUJO, 2012); utilização de modelos colaborativos de assistência que incluam médicos e profissionais de suporte (ELLRODT et al, 1997; DMAA, 2004 apud SCOTT, 2008; HUNTER; FAIRFIELD, 1997; ARAUJO, 2012); continuidade no processo de tratamento (ZITTER, 1996); mensuração, avaliação e gerenciamento constantes dos processos e resultados a fim de possibilitar uma melhoria contínua do programa (DMAA, 2007 apud LEMMENS et al, 2008; SCOTT, 2008); estabelecimento de sistemas de informação que suportem as decisões (ZITTER, 1996; ARAUJO, 2012); suporte à relação médico-paciente (DMAA, 2007 apud LEMMENS et al, 2008); e, sobretudo, a utilização de estratégias que busquem a colaboração dos pacientes em relação ao próprio tratamento (BOURBEAU, 2008; ZITTER, 1996; DMAA, 2007 apud LEMMENS et al, 2008; DMAA, 2004 apud SCOTT, 2008; HARVEY; DEPUE, 1997). Esses componentes serão descritos brevemente a seguir:

Modelagem da doença e o entendimento de seu ciclo natural: criar uma modelagem para a doença significa criar um modelo quantitativo que analise a relação entre custo, intervenções e resultados. Ao se modelar a doença, busca-se entender seu ciclo natural de maneira que se possa estabelecer um tratamento contínuo e preventivo em oposição ao tratamento baseado em intervenções reativas quando de um agravamento no quadro clínico (HARVEY; DEPUE, 1997). Do ponto de vista clínico, é essencial compreender o curso da doença, ou seja, suas causas e padrões de manifestação (ZITTER, 1996), assim como sua relação com outras doenças (HARVEY; DEPUE, 1997).

Uso de protocolos clínicos e de planos de tratamento para os pacientes: protocolos clínicos (também conhecidos como parâmetros para a prática clínica, diretrizes clínicas, caminhos críticos ou regras de decisão) definem o curso padrão

do tratamento a ser conduzido para uma determinada condição médica, para um determinado segmento de pacientes (HARVEY; DEPUE, 1997). Idealmente, o protocolo também deve orientar sobre quem é o responsável pela provisão do tratamento, o local deste tratamento e os resultados mensuráveis esperados (HARVEY; DEPUE, 1997; HUNTER; FAIRFIELD, 1997).

Triagem e seleção dos pacientes que mais podem se beneficiar do programa: o sucesso de um programa de *disease management* depende da capacidade de se identificar os participantes em tempo hábil, antes que os custos referentes ao agravamento da doença sejam incorridos (SCOTT, 2008). Além disso, é necessário que se criem estruturas de incentivos para que os pacientes sejam selecionados e diagnosticados o mais cedo possível (HARVEY; DEPUE, 1997). Pacientes com doenças em estágios muito avançados não são indicados a um programa de *disease management*, já que o programa, que tem foco preventivo, se baseia na mudança de hábitos de vida (SCOTT, 2008). Os processos de triagem normalmente envolvem análises do histórico de requisições médicas, do histórico de custos para a fonte pagadora, indicações diretas e análise de dados médicos individuais (SCOTT, 2008; ARAUJO, 2012).

Segmentação dos pacientes: um programa de gerenciamento de doenças deve se iniciar através da identificação da população-alvo para a qual o programa será desenhado (ZITTER, 1996). A segmentação dos pacientes procura categorizar a população de pacientes em grupos homogêneos baseados em seu nível de risco e no estado da doença (HARVEY; DEPUE, 1997). Essa estratificação facilita o uso de intervenções padronizadas para aqueles pacientes que têm necessidades similares, evitando uma customização excessiva, o que não seria custo-eficiente (SCOTT, 2008). Para que essa segmentação seja possível é preciso que se desenvolvam modelos e critérios de triagem e que se estabeleça um vasto banco de dados dos pacientes que permita essa triagem (HARVEY; DEPUE, 1997). Normalmente, a estratificação pode variar de dois níveis até cinco diferentes níveis de pacientes (SCOTT, 2008).

Foco na prevenção e na efetiva solução do problema do paciente: os programas de gerenciamento de doenças, ao contrário do modelo tradicional, focado no tratamento da doença, enfatizam a prevenção a exacerbações da doença e a complicações na condição médica (CARE CONTINUUM ALLIANCE, 2012; ZITTER, 1996). A prevenção pode ser feita tanto por meio de medicações e tratamentos, quanto por meio da modificação do comportamento do paciente e de seus familiares (ZITTER, 1996).

Utilização de modelos colaborativos de assistência que incluam médicos e profissionais de suporte: como o gerenciamento de doenças crônicas parte de uma visão holística do tratamento, sem a definição das tradicionais fronteiras entre as especialidades médicas e as diferentes instituições (HUNTER; FAIRFIELD, 1997), a composição da equipe de um programa de *disease management* deve incluir diversos profissionais como médicos generalistas, médicos especialistas, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais (ELLRODT et al, 1997).

Continuidade no processo de tratamento: um paciente crônico deve estar em observação contínua independentemente do local em que esteja se tratando (hospital, ambulatório, em casa etc.). Como o tratamento é prolongado, há sempre a chance de haver interações medicamentosas prejudiciais à saúde, problemas em geral e recaídas no quadro médico (ZITTER, 1996). Dessa maneira, é fundamental que o programa de gerenciamento de doenças mantenha-se sempre em contato com paciente de forma continuada, podendo utilizar, inclusive, ligações telefônicas de acompanhamento, visitas domiciliares e assistências diversas. O programa deve ser contínuo e permear todas as etapas do tratamento de modo que o paciente não precise utilizar recursos de tratamento mais caros (ZITTER, 1996).

Mensuração, avaliação e gerenciamento constantes dos processos e resultados a fim de possibilitar uma melhoria contínua do programa: o programa deve ser avaliado continuamente em termos de resultados clínicos, humanísticos, econômicos e operacionais (DMAA, 2007 apud LEMMENS et al, 2008; SCOTT, 2008). Assim, a base de conhecimento pode ser expandida, os protocolos, refinados, e a prestação do serviço, melhorada (HUNTER; FAIRFIELD, 1997).

Estabelecimento de sistemas de informação que suportem as decisões: avanços no campo das tecnologias da informação possibilitaram a criação de bancos de dados médicos dos pacientes, pesquisas automatizadas e prontuários eletrônicos, que são fundamentais para a realização de análises médicas e para os programas de *disease management* (ZITTER, 1996, ARAUJO, 2012). Sistemas de informação integrados permitem o acompanhamento dos pacientes ao longo dos diferentes locais de tratamento e a melhoria contínua dos procedimentos inerentes ao *disease management*, como a modelagem da doença (HARVEY; DEPUE, 1997; ZITTER, 1996). O armazenamento eletrônico de dados médicos, por exemplo, pode contribuir para o aumento da eficiência e da qualidade na gestão de doenças crônicas (SAMAL et al, 2011).

Suporte à relação médico-paciente: o cuidado de doentes crônicos com alta qualidade é caracterizado por interações produtivas entre os profissionais de saúde e os pacientes (LEMMENS et al, 2008). A relação médico-paciente é um dos fatores que mais pode afetar a adesão do paciente ao tratamento (VERMEIRE et al, 2001).

Utilização de estratégias que busquem a colaboração dos pacientes em relação ao próprio tratamento: dentre os componentes dos programas de gerenciamento de doenças crônicas supracitados, um dos mais importantes diz respeito à participação do paciente no tratamento (BOURBEAU, 2008; ZITTER, 1996; DMAA, 2007 apud LEMMENS et al, 2008; SCOTT, 2008; HARVEY; DEPUE,

1997). Nas doenças crônicas, o comportamento do paciente é um determinante-chave de como a doença vai se manifestar, isto é, uma vez possuindo determinada doença, é o comportamento do paciente que vai determinar o agravamento ou não de sua condição (ZITTER, 1996). Como não há cura para condições crônicas, o papel da educação torna-se vital para que o paciente aprenda a se cuidar, a entender os sintomas de sua doença e a manter estável sua condição de saúde, evitando exacerbações da doença e o uso desnecessário de serviços médicos (SCOTT, 2008). Os programas de gestão de doenças crônicas incluem, portanto, um forte componente educacional e os pacientes devem desempenhar um papel ativo na gestão de suas doenças. Por esse motivo, é comum o uso de estratégias de *empowerment* do paciente (CARE CONTINUUM ALLIANCE, 2012). Como resultado, os pacientes devem aprender a evitar situações que reconhecidamente exacerbam sua condição médica e a controlar os sintomas antes que seja necessário utilizar serviços de emergência (BOURBEAU, 2008; SCOTT, 2008).

Quando a falta de adesão do paciente é um fator de risco grave, é necessário que o programa de gerenciamento de doenças instrua o paciente e dê a ele incentivos para seguir o tratamento (ZITTER, 1996). Isso inclui o envio de cartas, de vídeos, de telefonemas e de material informativo, entre outros, mesmo que os sintomas ainda não tenham se manifestado (ZITTER, 1996).

Dentro do programa, o objetivo é educar o paciente e encorajá-lo a desenvolver a habilidade de se cuidar, de modo que possa, por exemplo, ingerir a medicação corretamente e adotar cuidados preventivos. Além disso, busca-se a mudança em relação a comportamentos autodestrutivos como o sedentarismo, a alimentação ruim e a exposição a situações que podem exacerbar a condição médica. Claramente, os pacientes têm papel e responsabilidade significativos no seu autocuidado e, por essa razão, a mudança de comportamento do paciente e sua colaboração são fundamentais para que o programa de *disease management* seja bem sucedido (SCOTT, 2008).

2.7.3. A Mensuração dos Resultados de um Programa de Gerenciamento de Doenças

Como visto anteriormente, a mensuração de resultados é considerada um dos componentes essenciais dos programas de gerenciamento de doenças. Como o desenho dos programas se baseia fortemente no conhecimento (HUNTER; FAIRFIELD, 1997), é fundamental que haja uma constante avaliação dos resultados de modo que seja possível uma melhoria contínua (GEORGIOS, 2004; LEMMENS et al, 2008). Tal mensuração pode ser feita a partir de diferentes perspectivas. Scott (2008), por exemplo, considera que os resultados podem ser avaliados a partir de quatro perspectivas: econômica, clínica, humanística e operacional.

A avaliação do impacto econômico de um programa de *disease management* é extremamente importante, tendo-se em conta que a redução dos custos totais de tratamento dos pacientes é uma das razões de ser do programa (LEMMENS et al, 2008). Assim, deve-se avaliar, por exemplo, se o programa reduz o gasto geral por participante (SCOTT, 2008) e se a composição de custos se modifica ao longo do tempo, tendendo-se a uma redução dos custos diretos em favor de um aumento (menos do que proporcional) dos custos indiretos (LEMMENS et al, 2008, SCOTT, 2008).

Apesar da importância da avaliação econômica, os resultados dos programas, quando se considera essa perspectiva, são inconclusivos (AHMED; VILLAGRA, 2006; LEMMENS ET AL, 2008; MATTKE; SEID; MA, 2007, ARAUJO, 2012). Como os programas de *disease management* são bastante diversos (doenças-alvo diferentes, abrangências diferentes, níveis de intervenção diferentes, etc.), não tem havido um padrão de resultados no sentido de confirmar ou refutar a eficácia econômica desse tipo de iniciativa (MATTKE; SEID; MA, 2007). Um problema adicional para a mensuração dos resultados econômicos dos programas de *disease management* é que esse tipo de avaliação é necessariamente longitudinal, uma vez que os episódios geradores de custo se dão ao longo do tempo (MATTKE; SEID; MA, 2007).

Quanto à avaliação dos resultados humanísticos do programa, se procura mensurar aspectos como a satisfação dos pacientes em relação ao seu tratamento, a evolução

da qualidade de vida dos pacientes, a redução do absenteísmo no trabalho, o aumento da produtividade dos pacientes etc.; são, portanto, medidas subjetivas ligadas fortemente à percepção dos pacientes (GEORGIOS, 2004; SCOTT, 2008). A mensuração dos níveis de satisfação dos pacientes com o programa, por exemplo, é fundamental, já que a insatisfação dos pacientes dificulta a formação de laços entre estes e os provedores de serviços médicos, o que prejudica a adesão dos pacientes ao tratamento (MATTKE et al, 2006).

Já a mensuração de resultados clínicos e operacionais é, em geral, mais objetiva do que a mensuração dos resultados humanísticos e, portanto, menos complicada do que a mensuração dos resultados econômicos. Os resultados operacionais se relacionam com a eficiência com que o serviço médico é prestado (SCOTT, 2008). Como exemplos, tem-se a taxa de participação efetiva no programa e a eficiência com que os pacientes são selecionados. Os resultados clínicos, por sua vez, se relacionam à condição médica dos pacientes. Exemplos de resultados clínicos para pacientes com doenças coronarianas são o controle da pressão arterial e o controle dos níveis de colesterol.

Embora seja feita uma separação entre os tipos de métricas para os resultados dos programas de gerenciamento de doenças, na prática, também são utilizados indicadores híbridos, que podem apontar tanto para um tipo de resultado quanto para outro. Um indicador que é frequentemente utilizado para medir os resultados de um programa de gerenciamento de doenças é a taxa de readmissão hospitalar. Esse indicador reflete o objetivo de redução na utilização de recursos (GEORGIOS, 2004). Outros indicadores também bastante comuns são o número total de dias de hospitalização e a duração média dessa hospitalização (GEORGIOS, 2004), indicadores esses que apontam tanto para a redução dos custos com assistência médica quanto para a melhoria na saúde da população atendida pelo programa.

3. A PERGUNTA DE PESQUISA, OS OBJETIVOS DO ESTUDO E O MODELO CONCEITUAL PROPOSTO

3.1. A pergunta de Pesquisa e os Objetivos da Pesquisa

A partir da seguinte pergunta de pesquisa “*Quais são, sob a perspectiva do paciente, os antecedentes da adesão ao tratamento?*”, especificou-se como objetivo geral do estudo avançar no conhecimento sobre o fenômeno da adesão do paciente ao tratamento médico; mais especificamente, nos atributos do paciente previstos na literatura consultada, que impactariam no nível de adesão: clareza sobre o papel no tratamento, capacidade de seguir o tratamento e motivação para fazê-lo. Além disso, como objetivos secundários, buscou-se avaliar o impacto da adesão ao tratamento nos resultados do mesmo e na satisfação do paciente com o programa de gerenciamento de doenças crônicas.

Assim, os objetivos da pesquisa podem ser enunciados da seguinte forma:

Objetivo Geral:

Aprofundar o conhecimento sobre o fenômeno da adesão do paciente ao tratamento médico, tendo como foco três atributos do paciente - clareza sobre o papel no tratamento, capacidade de seguir o tratamento e motivação para seguir o tratamento.

Objetivos Secundários:

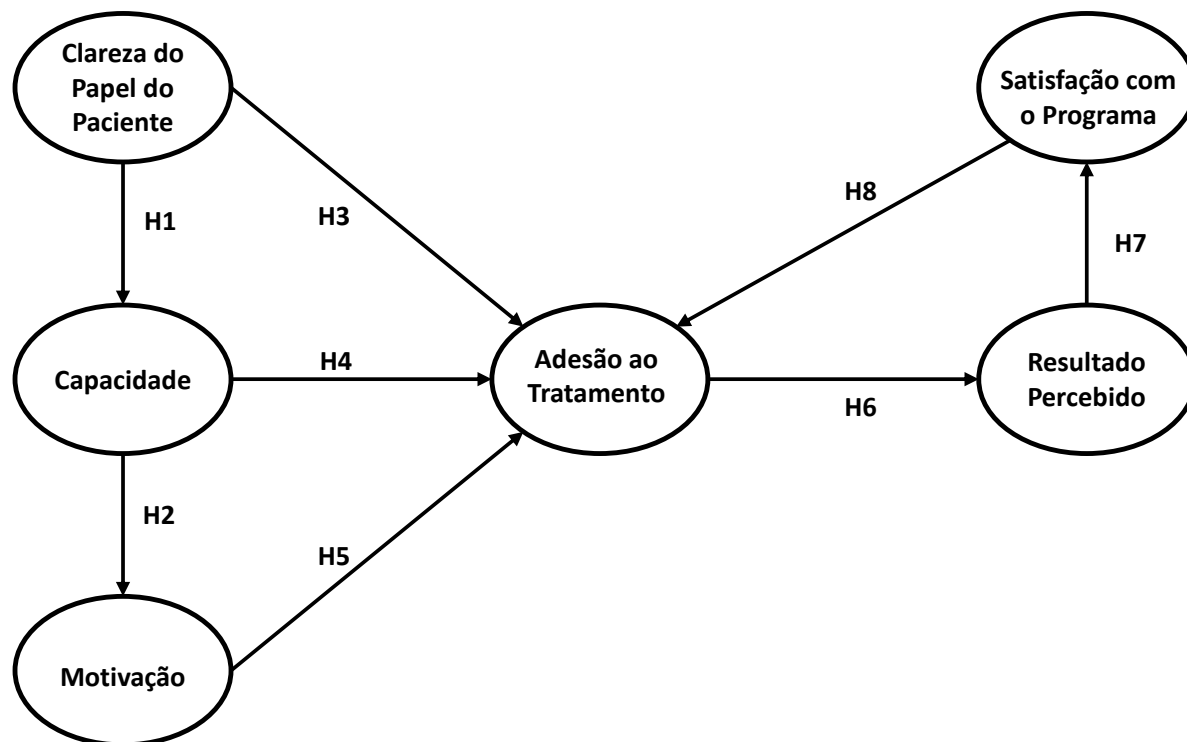
Avaliar o impacto da adesão nos resultados percebidos do tratamento, destes resultados na satisfação com o programa e desta satisfação no nível de adesão do paciente.

3.2. O Modelo Conceitual Proposto

Com a finalidade de responder a pergunta de pesquisa e de endereçar os objetivos do estudo, desenvolveu-se um modelo conceitual de pesquisa e algumas hipóteses relacionando os construtos deste modelo. O modelo proposto (Figura 3) foi

elaborado com base na revisão da literatura e, especialmente, no trabalho de Dellande, Gilly e Graham (2004).

Figura 3 – O Modelo Conceitual Proposto



O modelo proposto identifica três atributos dos pacientes – a clareza sobre o seu papel no tratamento, suas capacidades e sua motivação – como condições necessárias à adesão do paciente ao tratamento (DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004; GRUMAN et al, 2010; DAVIS et al, 2007). Eles são considerados atributos dos pacientes porque são aspectos que se limitam à esfera do paciente. É importante fazer essa distinção, pois alguns autores, ao estudar o fenômeno da adesão do paciente ao tratamento, analisam outros aspectos como, por exemplo, a relação médico-paciente (LEMMENS et al, 2008; DAVIS et al, 2007; DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004; GRUMAN et al, 2010), as características do médico (DAVIS et al, 2007; DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004) e até as características do local em que é feito o tratamento (DAVIS et al, 2007). Nesses casos, a análise extrapola a fronteira do paciente e, apesar de serem aspectos importantes para a compreensão do fenômeno da adesão ao tratamento, fogem ao escopo deste estudo.

As relações entre os três atributos dos pacientes e a adesão do tratamento (o lado esquerdo do modelo), além de parecerem bastante intuitivas, são razoavelmente bem fundamentadas pela literatura. Diversos autores apontam sua existência, ainda que alguns sejam mais enfáticos do que outros (DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004; GRUMAN et al, 2010; HIBBARD et al, 2004; DAVIS et al, 2007). Além disso, segundo Dellande, Gilly e Graham (2004), pacientes que não têm a clareza sobre qual é o seu papel no processo ficarão impedidos de adquirir as habilidades necessárias à sua participação e pacientes que se sentirem incapazes de desempenhar seu papel logo se frustrarão e perderão a motivação. Assim, são formuladas as cinco primeiras hipóteses do modelo a serem testadas:

H1: Quanto maior a clareza sobre o seu papel no tratamento, maior será a capacidade do paciente de seguir o tratamento.

H2: Quanto maior a capacidade do paciente de desempenhar o que lhe é esperado, maior será a sua motivação para fazê-lo.

H3: Quanto mais o paciente tiver clareza sobre o seu papel, maior será seu nível de adesão.

H4: Quanto mais capaz de cumprir o tratamento, maior será o nível de adesão do paciente.

H5: Quanto mais motivado a cumprir o tratamento, maior será o nível de adesão do paciente.

No que diz respeito à ligação entre a adesão ao tratamento e os resultados do mesmo, também se pode dizer que há boa fundamentação teórica, já que vários autores consideram que a adesão do paciente é a ponte entre o tratamento e os resultados efetivos (DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004; URQUHART, 1996; DAVIS et al, 2007; DRIESCHNER, VERSCHUUR, 2010). Nesse sentido, se formula a sexta hipótese do modelo:

H6: Quanto maior é o nível de adesão do paciente ao tratamento, melhores são os resultados percebidos.

Em relação aos níveis de satisfação do paciente com o programa, espera-se que aumentem conforme os resultados obtidos apareçam (GEORGIOS, 2004; SCOTT, 2008; DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004). Formula-se assim a sétima hipótese do modelo:

H7: Quanto maior é o resultado percebido pelo paciente, maior é o nível de satisfação dele com o programa.

Por fim, a última hipótese diz respeito a como a própria satisfação do paciente influencia a sua adesão ao tratamento. Espera-se que maiores níveis de satisfação impactem positivamente os níveis de adesão do paciente ao tratamento (MATTKE; SEID; MA, 2007). Assim, a oitava hipótese do modelo é enunciada como:

H8: Quanto maior é o nível de satisfação do paciente, maior será seu nível de adesão.

O Quadro 1, mostrado a seguir, resume as relações entre construtos propostas no modelo conceitual:

Quadro 1 – Relações entre Construtos do Modelo Proposto

RELAÇÃO	JUSTIFICATIVA TEÓRICA
Conhecimento do Papel - Capacidade - Motivação	Logo, esperamos que a clareza no papel leve à habilidade, que, por sua vez, leva à motivação. Pacientes que não tem a clareza sobre qual é o seu papel no processo ficarão impedidos de adquirir as habilidades necessárias à sua participação. Além disso, os pacientes que se sentirem incapazes de desempenhar seu papel logo se frustrarão e perderão a motivação (DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004)
Conhecimento do papel, Capacidade, Motivação - Adesão	<p>A ligação mais poderosa para a adesão é a instrução fornecida pelo provedor de serviços médicos (BOWMAN, HEILMAN; SEETHARAMAN, 2002 apud DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004)</p> <p>O desempenho do paciente será prejudicado caso seu papel não esteja claro, mesmo que os pacientes estejam motivados e possuam a habilidade necessária ao desempenho de seu papel. (KEARNEY, 1978 apud DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004)</p> <p>O provedor de serviços médicos irá influenciar a aquisição de conhecimento sobre o papel, habilidade e motivação que são necessários para que os consumidores desempenhem o que lhes é esperado (DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004)</p>
Adesão - Resultados	<p>Nas doenças crônicas, o comportamento do paciente é um determinante-chave de como a doença vai se manifestar, isto é, uma vez possuindo determinada doença, é o comportamento do paciente que vai determinar o agravamento ou não de sua condição (ZITTER, 1996)</p> <p>Todos esses métodos indiretos também têm seus problemas. A mensuração de resultados positivos, por exemplo, pode estar relacionada a outros fatores que não a medicação, enquanto que resultados negativos podem surgir mesmo que o paciente esteja tomando adequadamente a medicação prescrita (VERMEIRE et al, 2001). Não se verifica, portanto, uma correlação direta nesse caso. (VERMEIRE et al, 2001)</p> <p>Quando se trata de um tratamento de doenças crônicas a não adesão ou o tratamento inadequado podem piorar a condição do paciente. Um exemplo, é o caso da insuficiência cardíaca congestiva, cuja principal causa de hospitalização nas pessoas acima de 65 anos é a não adesão ou o tratamento inadequado.(DUNBAR-JACOB; MORTIMER-STEPHENS, 2001)</p> <p>O sucesso da maioria dos tratamentos médicos depende da adesão dos pacientes às instruções dadas pela equipe médica (DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004)</p>
Resultados - Satisfação	<p>Quanto à avaliação dos resultados humanísticos do programa, se procura mensurar aspectos como a satisfação dos pacientes em relação ao seu tratamento, a evolução da qualidade de vida dos pacientes, a redução do absenteísmo no trabalho, o aumento da produtividade dos pacientes etc.; são, portanto, medidas subjetivas ligadas fortemente à percepção dos pacientes (GEORGIOS, 2004; SCOTT, 2008)</p> <p>Este estudo demonstra que a adesão leva ao cumprimento dos objetivos, que resultam em satisfação (DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004)</p>
Satisfação - Adesão	<p>A mensuração dos níveis de satisfação dos pacientes com o programa, por exemplo, é fundamental, já que a insatisfação dos pacientes dificulta a formação de laços entre estes e os provedores de serviços médicos, o que prejudica a adesão dos pacientes ao tratamento (MATTKE et al, 2006)</p> <p>Para muitos serviços de saúde, a qualidade do serviço e a satisfação do consumidor dependem da adesão do paciente aos comportamentos prescritos pela equipe médica (DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004)</p>

3.3. Componentes dos Construtos do Modelo Conceitual Proposto

3.3.1. Os Componentes dos Construtos Clareza do Papel, Capacidade, Motivação e Adesão ao Tratamento

Uma questão que surge na aplicação efetiva do modelo é aquela relacionada aos componentes de cada construto presente no modelo proposto. Buscaram-se na literatura referências aos possíveis componentes dos construtos “Conhecimento”, “Clareza do papel” (*Role Clarity*), “Habilidade”, “Capacidade” e “Motivação”. Entretanto, cada um desses termos necessita, geralmente, de um contexto específico que lhe dê significado – que papel deve estar claro? Capacidade de que? Motivação para quê? Ou seja: que variáveis devem ser contempladas para se avaliar a clareza do papel, a habilidade, a motivação e a adesão dentro de um contexto de tratamento médico em um programa de gerenciamento de doenças crônicas?

Como já foi discutido anteriormente, o programa de gerenciamento de doenças tem um caráter preventivo e, por isso, boa parte do tratamento envolve o controle dos fatores de risco das doenças. Segundo Gruman et al (2010), as intervenções mais utilizadas são direcionadas ao aumento na adesão à medicação e à promoção de comportamentos associados à prevenção de doenças: o abandono do fumo, a prática de exercícios e a ingestão de uma dieta saudável. Já segundo Scott (2008), as intervenções dos programas de *disease management* procuram educar o paciente e encorajá-lo a cuidar de si mesmo, aderindo à medicação, adotando cuidados preventivos e mudando comportamentos autodestrutivos como a ingestão de uma dieta ruim, a falta de exercícios e a exposição a situações que exacerbam sua condição de saúde. Assim, fica claro o caráter preventivo e holístico dos programas de gerenciamento de doenças crônicas, ou seja, um tratamento direcionado ao combate das causas da doença e não somente da doença em si. Logo, quando da mensuração dos construtos, procurou-se abordar os seguintes itens:

- Uso da medicação indicada pelo corpo médico;
- Prática de atividades físicas;
- Controle do peso;
- Controle da alimentação;

- Adoção de hábitos de vida considerados saudáveis, como o abandono do tabagismo e o consumo responsável de álcool.

Vale mencionar que esses itens estão em perfeito acordo com o controle dos fatores de risco para a aterosclerose, mostrados na tabela 2.

Além do controle dos fatores de risco mencionados, alguns outros aspectos de natureza prática foram considerados, uma vez que poderiam afetar a percepção dos pacientes em relação aos construtos do modelo. Esses aspectos são descritos a seguir:

No construto Motivação para seguir o tratamento:

- Motivação para ir ao local de atendimento: apesar de não ser um fator de risco nem estar ligado diretamente ao tratamento, se refere a um aspecto prático que poderia influenciar negativamente à adesão ao tratamento. Nesse caso, pacientes com graves dificuldades motoras e/ou que morem em locais distantes dos centros de atendimento do programa podem deixar de ir a tal local, prejudicando o cumprimento adequado do tratamento.

No construto Adesão ao tratamento:

Concordância, cooperação e parceria entre a equipe do programa e os pacientes: esses itens devem ser incluídos por estarem fortemente ligados ao próprio conceito de adesão, como foi proposto na sessão 2.4.1 da revisão de literatura.

O Quadro 2, a seguir, é um resumo dos componentes de cada construto:

Quadro 2 – Componentes dos Construtos Clareza do Papel, Capacidade, Motivação e Adesão ao Tratamento

ASPECTOS DO TRATAMENTO ABORDADOS	QUESTÕES NO QUESTIONÁRIO	JUSTIFICATIVA TEÓRICA
Educação e informação sobre a doença	Q1, Q2	<p>Uma vez que não há cura para condições crônicas, o papel da educação torna-se vital para que o paciente aprenda a se cuidar, a entender os sintomas de sua doença e a manter estável sua condição de saúde (SCOTT, 2008)</p> <p>Os programas de gestão de doenças crônicas incluem, portanto, um forte componente educacional (CARE CONTINUUM ALLIANCE, 2012).</p> <p>Dentro do programa, o objetivo é educar o paciente e encorajá-lo a desenvolver a habilidade de se cuidar, de modo que possa, por exemplo, ingerir a medicação corretamente e adotar cuidados preventivos (SCOTT, 2008)</p>
Uso da medicação	Q3, Q9, Q10, Q15, Q23	<p>De forma geral, os quatro grandes grupos de doenças crônicas não transmissíveis – doenças cardiovasculares, diabetes, cânceres e doenças respiratórias crônicas – apresentam mais ou menos os mesmos fatores de risco: consumo de tabaco, alimentação não saudável, sedentarismo e uso abusivo de álcool (MENDIS; ALWAN, 2011)</p> <p>Entretanto, cerca de 80% dos ataques cardíacos e derrames prematuros são evitáveis, desde que o indivíduo não fume, siga uma dieta saudável e pratique atividades físicas regularmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012b)</p>
Alimentação adequada	Q6, Q12, Q17, Q25	<p>A prevenção pode ser feita tanto por meio de medicações e tratamentos, quanto por meio da modificação do comportamento do paciente e de seus familiares (ZITTER, 1996)</p> <p>A incidência de diabetes, por exemplo, aumentou significativamente nos Estados Unidos nas últimas décadas, possivelmente, como consequência da adoção de estilos de vida mais sedentários e do aumento dos casos de obesidade (AHMED; VILLAGRA, 2006)</p>
Controle do Peso	Q5, Q13, Q18,	<p>Essa abordagem enfatiza o gerenciamento da doença utilizando tanto intervenções clínicas como não clínicas, onde e quando é maior a probabilidade de haver o máximo impacto positivo (ZITTER, 1996)</p> <p>Assim, pacientes terminais ou em estágio muito avançado da doença não devem ser incluídos em um programa de gerenciamento de doenças porque não teriam muito a se beneficiar das mudanças de comportamento e de estilo de vida inerentes a esses programas (SCOTT, 2008)</p>
Prática de Atividades Físicas e Combate ao Sedentarismo	Q4, Q11, Q19, Q24,	<p>[...] busca-se a mudança em relação a comportamentos autodestrutivos como o sedentarismo, a alimentação ruim e a exposição a situações que podem exacerbar a condição médica (SCOTT, 2008)</p>
Anti-tabagismo, uso moderado de álcool e manutenção de hábitos saudáveis	Q7, Q16,	<p>A relação da obesidade com outras doenças tais como, diabetes do tipo 2, hipertensão, doenças coronarianas, enfartos e artrites é significante; a obesidade agora é a causa de muitas mortes (DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004)</p> <p>[...] o quanto o comportamento de uma determinada pessoa (em termos de ingestão de uma medicação, cumprimento de uma dieta ou modificação em seu estilo de vida) coincide com o aconselhado pelo médico ou equipe de saúde (SACKETT, 1979)</p>

ASPECTOS ESPECÍFICOS DA ADEÇÃO ABORDADOS	QUESTÕES NO QUESTIONÁRIO	JUSTIFICATIVA TEÓRICA
Colaboração, concordância e cooperação	Q21, Q26, Q27, Q28	<p>[...] e, sobre tudo, a utilização de estratégias que busquem a colaboração dos pacientes em relação ao próprio tratamento (BOURBEAU, 2008; ZITTER, 1996; DMAA, 2007 apud LEMMENS et al, 2008; DMAA, 2004 apud SCOTT, 2008; HARVEY; DEPUE, 1997)</p> <p>O cuidado de doentes crônicos com alta qualidade é caracterizado por interações produtivas entre os profissionais de saúde e os pacientes (LEMMENS et al, 2008) A relação médico-paciente é um dos fatores que mais pode afetar a adesão do paciente ao tratamento (VERMEIRE et al, 2001)</p> <p>Foi sugerido que o termo adesão traduz melhor o equilíbrio de poder na relação médico-paciente e incorpora as noções mais amplas de concordância, cooperação e parceria (VERMEIRE et al, 2001)</p>

3.3.2. O Construto “Resultados”

Durante a estruturação do estudo, pensou-se em mensurar o construto *resultados* de duas maneiras, uma subjetiva e uma objetiva. A maneira subjetiva de mensuração seria aquela referente à percepção dos resultados por parte dos pacientes. Já a maneira objetiva seria feita a partir da avaliação da diferença entre o estado clínico do paciente no início do tratamento e no momento da entrevista. Tal estado clínico seria mensurado a partir de um escore de risco cardíaco desenvolvido pelo Instituto Framingham Heart Study¹, que utiliza os seguintes preditores: idade, sexo, pressão sistólica, tabagismo, colesterol total, colesterol HDL e a presença de diabetes. Essa técnica, de dividir a mensuração dos resultados em duas partes, foi utilizada por Dellande, Gilly e Graham (2004) e tende a oferecer uma visão mais completa, já que, por um lado, capta a percepção do paciente, que é quem melhor pode descrever seus sentimentos e estado presente, e, por outro, capta aspectos objetivos que se relacionam diretamente com o que se espera da evolução do quadro clínico de um paciente em tratamento.

Entretanto, já durante a realização da pesquisa de campo, por conta de uma restrição legal, que trata da confidencialidade dos dados médicos de pacientes, não foi possível acessar os prontuários clínicos onde as informações objetivas poderiam ser encontradas. Assim, nesse estudo, a avaliação ficou restrita à percepção dos pacientes sobre o resultado.

¹ <http://www.framinghamheartstudy.org/>

3.3.3. O Construto Satisfação

Dois fatores principais motivaram a inclusão do construto satisfação no modelo proposto. O primeiro diz respeito à possível existência de relações desse construto tanto com os resultados quanto com a adesão do paciente ao tratamento. Mattke et al (2006), por exemplo, afirmam que a mensuração dos níveis de satisfação dos pacientes com o programa é fundamental, já que a insatisfação dos pacientes dificulta a formação de laços entre estes e os provedores de serviços médicos, o que prejudica a adesão dos pacientes ao tratamento.

O segundo fator motivador para a inclusão do construto satisfação no modelo proposto é que a própria relação Resultado-Satisfação não é clara na literatura. Isso porque outros elementos, além do resultado, podem influenciar o grau de satisfação do paciente com o serviço. Hubbert (1995) cita o exemplo de uma organização que vende produtos para emagrecimento. Segundo a autora, se o cliente não conseguir a esperada redução de peso, provavelmente procurará pelas causas do fracasso – se foi algo que ele fez, se o programa de dieta foi ineficaz, ou se as circunstâncias simplesmente não lhe permitiram seguir o regime – antes de determinar seu nível de satisfação ou de insatisfação com a empresa (HUBBER, 1995 apud ZEITHAML, BITNER, 2003).

Outra questão a ser comentada diz respeito à utilização do conceito de satisfação ao invés do conceito de qualidade. A primeira razão é simplesmente devida ao fato de a literatura consultada utilizar o primeiro em detrimento do segundo. A segunda, é resultante da própria investigação do assunto, que sugere que o construto satisfação seria mesmo mais adequado. Zeithaml e Bitner (2003), por exemplo, apontam que o conceito de satisfação é visto geralmente como um conceito mais amplo, ao passo que a determinação da qualidade em serviços concentra-se especificamente nas dimensões do serviço (confiabilidade, responsividade, segurança, empatia e tangibilidade). Baseado nessa perspectiva, a qualidade percebida em serviços seria um dos componentes da satisfação de clientes. Além disso, as autoras apontam que o conceito de satisfação seria muito mais inclusivo, influenciado pelas percepções acerca da qualidade dos serviços, da qualidade do produto, do preço e pelas percepções a respeito de fatores situacionais e pessoais. No caso do tratamento de

pacientes com doenças crônicas, caso em que as emoções dos pacientes (frustração, tristeza, alegria, bem-estar etc.), assim como fatores situacionais (estágio da doença, restrições de toda ordem etc.), podem ser extremamente relevantes, parece mais adequada a utilização do conceito de satisfação em lugar da utilização do conceito de qualidade, mais limitado.

4. O MÉTODO UTILIZADO

Este capítulo tem por objetivo apresentar o método utilizado no trabalho e especificar detalhadamente os procedimentos utilizados para a realização desse estudo. O capítulo se inicia descrevendo o tipo de pesquisa a ser realizada e a justificativa para essa escolha. A segunda seção abordará a população e a amostra pesquisada. Na terceira parte, é detalhado todo o processo de confecção do instrumento de pesquisa utilizado. A quarta seção abordará as principais técnicas de tratamento e análise de dados utilizadas nesse estudo, especificando suas principais características. Também nessa sessão é demonstrada a adequação dessas técnicas à proposta desse trabalho. Por fim, a quinta parte do capítulo tratará das limitações ligadas ao método de pesquisa.

4.1. Tipo de Pesquisa

A presente pesquisa pode ser classificada, a partir dos critérios sugeridos por Vergara (2005), como uma pesquisa de campo explicativa. A pesquisa é explicativa porque visa esclarecer quais fatores contribuem, de alguma forma, para a ocorrência de determinado fenômeno (neste caso, o fenômeno da adesão ao tratamento). Esse tipo de pesquisa, naturalmente, pressupõe uma pesquisa descritiva como base para suas explicações (VERGARA, 2005). Além disso, é uma pesquisa de campo, pois há uma investigação empírica realizada no local onde ocorre o fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo (VERGARA, 2005). A pesquisa de campo, segundo Vergara (2005), pode incluir entrevistas, aplicações de questionários, testes e observação, participante ou não. Nesta pesquisa, pode-se dizer que há uma parte de entrevista, há aplicação de questionários e há também observação não participante. No primeiro caso, diz respeito às entrevistas com os coordenadores do programa de *disease management*. No segundo, aos questionários respondidos pelos pacientes e, por fim, no terceiro, à coleta de informações pelo pesquisador, via observação, no momento do preenchimento do questionário.

4.1.1. Etapa Qualitativa da pesquisa: entrevistas com especialistas

A entrevista é uma técnica de observação direta intensiva muito empregada na pesquisa das ciências sociais (ANDRADE, 2001). No presente estudo, foi utilizada a entrevista despadronizada ou não estruturada, na qual há uma conversação informal, que pode ser alimentada por perguntas abertas, ou de sentido genérico, dando ao entrevistado maior grau de liberdade (ANDRADE, 2001). Tal técnica foi utilizada como apoio para o entendimento do ambiente em que seria realizada a pesquisa, assim como para se obter uma melhor compreensão sobre a interface entre o lado da gestão do programa de *disease management* e o lado médico do tratamento.

Foram realizadas entrevistas com três gestores do programa onde foi realizada a pesquisa (todos médicos) e cada entrevista durou cerca de duas horas. Nessas entrevistas, diversos assuntos foram abordados:

- Realidade brasileira no gerenciamento de programas de DM;
- Aspectos do programa de DM em questão;
- Apresentação do modelo de pesquisa e discussão de sua pertinência;
- Operacionalização da pesquisa dentro do ambiente do programa; e
- Pertinência das variáveis utilizadas para compor os construtos.

4.1.2. Etapa Quantitativa da pesquisa

Após a revisão da literatura e as entrevistas, foi elaborado um questionário que viabilizasse a execução de uma pesquisa quantitativa. O objetivo da pesquisa quantitativa é investigar as relações entre as variáveis levantadas a partir da literatura sobre o tema. O detalhamento da pesquisa é feito a seguir, onde se aborda, entre outras coisas, a elaboração do questionário e o método de coleta de dados.

4.2. População e Amostra do Estudo

A população considerada por esse trabalho se refere à totalidade dos pacientes crônicos, cardiopatas, inseridos no programa de *disease management* específico em que a pesquisa foi realizada. Como forma de viabilizar o estudo, restringiu-se a população àqueles pacientes que estavam inseridos no programa há mais de seis meses. O motivo para a adoção dessa restrição é que, por um lado, para que o paciente possa fazer um julgamento mais adequado, é necessária alguma experiência com a utilização do programa; por outro, detectou-se nas entrevistas com os especialistas que esse prazo já seria suficiente para a obtenção de resultados. A amostra efetivamente pesquisada é um subconjunto da população descrita anteriormente e considera somente os pacientes que são atendidos na cidade do Rio de Janeiro.

4.3. O Instrumento de Pesquisa

Para que os objetivos da pesquisa pudessem ser atingidos, fez-se necessário medir certas atitudes dos pacientes. Essas atitudes se baseiam nas informações que os entrevistados dispõem, em seus sentimentos (gostar, detestar, etc.) e em seu comportamento pretendido. Uma abordagem popular para a mensuração de atitudes é o autorrelatório direto (um questionário), no qual se formulam ao respondente diversas perguntas (AAKER; KUMAR; DAY, 2001).

Para que fosse possível utilizar métodos quantitativos de análise, foi proposta uma escala padrão de resposta. Neste estudo, foi utilizada uma escala intervalar, em que os números utilizados para classificar os objetos também representam incrementos iguais do atributo que está sendo mensurado. Isso significa que as diferenças podem ser comparadas, ou seja, a diferença entre 1 e 2 é a mesma que entre 2 e 3, por exemplo (MALHOTRA, 2006). No caso específico do questionário utilizado nessa pesquisa, o paciente deveria marcar o seu nível de concordância com uma afirmação sugerida – a variável – em uma escala “Tipo Likert” de sete pontos, variando de “Discordo totalmente” a “Concordo totalmente” (ver ANEXO 1). A utilização da escala Likert (ou de escalas derivadas, aquelas “Tipo Likert”) é bastante frequente, já que apresenta diversas vantagens, como a facilidade de

construção e aplicação, assim como a facilidade de compreensão por parte dos respondentes. Entretanto, como cada afirmação deve ser lida e avaliada individualmente, demanda mais tempo para ser completada do que outras escalas itemizadas, o que se configura como sua principal desvantagem (MALHOTRA, 2006).

Um número ímpar de categorias (sete) foi escolhido porque se julgou que os respondentes poderiam, legitimamente, adotar uma posição neutra (AAKER; KUMAR; DAY, 2001; MALHOTRA, 2006), que nesse caso representa “nem concordo, nem discordo”. Além disso, julgou-se que sete categorias ofereceriam ao respondente a possibilidade de expressar sua atitude sem grandes dificuldades (AAKER; KUMAR; DAY, 2001), já que um número maior de categorias poderia confundir o respondente sem agregar grande precisão à pesquisa. Assim, a escala utilizada pode ser considerada balanceada, já que o número de categorias favoráveis e desfavoráveis é o mesmo, com número ímpar de categorias e, portanto, com uma posição neutra.

Por fim, em relação à organização do questionário, procurou-se uma estruturação em blocos de sentenças, cada qual abordando um determinado construto. Ao final de cada bloco de sentenças foi incluída uma afirmação que abordava diretamente o que se pretendia medir (questões 8, 14, 22, 29 e 33). A inclusão dessa variável de controle tem como principal objetivo mensurar em que medida os entrevistados associam as variáveis apresentadas ao construto em si. Por exemplo, em que medida os componentes utilizados para medir a clareza no papel do paciente no tratamento são relacionados pelos pacientes com o construto *clareza sobre o papel*.

4.3.1. O Processo de Confecção do Questionário

Inicialmente, foram buscadas na literatura escalas prontas, já utilizadas e testadas. O principal material consultado nessa tentativa foi o livro de Bruner e Hensel (1994), *Marketing Scales Handbook*, uma coletânea de escalas organizada por temas. A finalidade desse procedimento era partir de um conhecimento já fundamentado, uma vez que todo o material já teria sido submetido à comunidade acadêmica. Entretanto, dado o contexto específico no qual os construtos pesquisados estão

inseridos, não foi possível adotar escalas já conhecidas e testadas. Assim, se fez necessário o desenvolvimento das mesmas, seguindo o processo descrito a seguir.

O questionário foi desenvolvido em oito etapas:

1ª) *Revisão da literatura* – a revisão da literatura foi a primeira grande fonte de informações. Nessa etapa, vários artigos apontaram que tipo de atributo seria indicado para a mensuração dos construtos utilizados no modelo, além de darem o subsídio à formulação das hipóteses.

2ª) *Entrevistas com especialistas* – Na fase qualitativa da pesquisa, descrita anteriormente, foi apresentado o modelo conceitual proposto e foram discutidas formas de mensuração dos construtos, assim como a pertinência das variáveis propostas.

3ª) *Elaboração do questionário inicial* – Foi elaborado pelo autor uma primeira versão do questionário, baseada nas informações coletadas nas duas etapas anteriores.

4ª) *Submissão do questionário à avaliação de dois professores* – Nessa etapa, os dois professores, baseados em sua experiência em pesquisa, sugeriram diversas modificações a fim de refinar tanto a forma quanto o conteúdo do questionário. Buscou-se corrigir problemas de ordem metodológica e problemas com a clareza de entendimento das frases do instrumento de pesquisa.

5ª) *Submissão do questionário a três especialistas do setor de saúde* – Após o crivo dos professores, o questionário foi submetido a três médicos: dois cardiologistas e um cirurgião, sendo que um deles trabalhava no programa de gerenciamento de doenças em que a pesquisa foi aplicada. O objetivo dessa etapa era aperfeiçoar o questionário e eliminar erros mais grosseiros que por ventura estivessem ligados a um conteúdo mais específico da prática médica. Foi comunicado a esses profissionais que teriam total liberdade para sugerir a adição de novos elementos ou a supressão de partes que julgassem pouco consistentes com os construtos a serem medidos. Tal validação se mostrou apropriada, já que os três especialistas fizeram pequenas sugestões de mudança que contribuíram, de fato, para o aperfeiçoamento do questionário.

Foi sugerido pelos especialistas que se acrescentassem duas perguntas ao questionário. A primeira deveria tratar do esclarecimento do paciente sobre sua doença. Já a segunda, deveria tratar do esclarecimento do paciente sobre as consequências da não adesão ao tratamento. Além disso, foi sugerido que essas perguntas fossem as primeiras do construto Clareza do Papel. O motivo dessa sugestão é que antes de qualquer conhecimento acerca do tratamento, o paciente precisa estar informado sobre sua doença, de maneira a compreender o porquê do tratamento. Essas duas perguntas, segundo os especialistas consultados, dizem respeito à fase inicial do contato entre médico e paciente, na qual se procura esclarecer o paciente sobre sua nova realidade. Conhecer a doença e as complicações potenciais ajuda, segundo os especialistas, a fazer o paciente “acordar”.

6ª) *Ajuste do questionário a ser pré-testado* – após a validação dos três especialistas, um novo questionário foi elaborado pelo autor, agregando os ajustes sugeridos. Esse questionário foi levado a campo para a realização de um pré-teste no local onde ele seria aplicado.

7ª) *O pré-teste do questionário* – o pré-teste do questionário foi realizado com dez pacientes durante dois dias normais de atendimento. Como em nenhum dos dez casos houve dificuldade em relação aos enunciados ou em relação a qualquer outro aspecto do instrumento, julgou-se que não seria mais necessário prosseguir com o pré-teste.

8ª) *Elaboração definitiva do questionário* – após a realização do pré-teste, foram feitos os últimos ajustes de ordem formal no instrumento, de maneira a obter a versão final do questionário da pesquisa. Esta versão encontra-se no ANEXO 2.

4.3.2. Coleta dos Dados

A coleta dos dados foi feita pelo próprio pesquisador, seguindo o modelo de pesquisa assistida, ou seja, aquela em que o pesquisador é o responsável pela leitura e pelo preenchimento do questionário. Esse método de coleta apresenta vantagens e desvantagens. A maior vantagem desse método é que, embora não se

caracterize como uma entrevista formal e estruturada, permite o acesso, por parte do pesquisador, a diversos comentários e *insights* revelados pelos respondentes no momento do preenchimento do questionário. Esses comentários são bastante valiosos, uma vez que ajudam a explicar certos comportamentos dos entrevistados que, de outra maneira, não seriam identificados. Assim, para que tais comentários, comportamentos e *insights* fossem preservados, ao final do preenchimento de cada questionário, foram anotadas, no verso do mesmo, as informações consideradas relevantes.

Além dessa vantagem, podem-se citar ainda outras duas, de natureza prática, mas importantes: a correta leitura das sentenças e a minimização dos erros grosseiros de preenchimento, que muitas vezes invalidam diversas respostas. Com relação às desvantagens, tem-se a possibilidade de os respondentes se sentirem inibidos ou de responderem aquilo que acham que o pesquisador quer ouvir ao invés de revelarem sua opinião mais franca. Esse aspecto foge ao controle do pesquisador e é citado mais adiante nas limitações metodológicas. Outra desvantagem a ser mencionada é a dificuldade em se obter amostras maiores, em comparação com métodos de coleta que utilizam meios eletrônicos de preenchimento. Nesse caso, o perfil dos respondentes, na maioria idosos, e a natureza delicada do ambiente de pesquisa, um ambiente de tratamento de doenças crônicas, impossibilitaram completamente a utilização de meios eletrônicos de preenchimento de questionários, geralmente enviados via *email*.

O fato de o pesquisador ser o único responsável pela coleta de dados apresenta uma vantagem adicional, que se refere ao maior controle sobre a aplicação do instrumento de pesquisa, no sentido de serem evitadas possíveis distorções causadas pela aplicação do questionário por pessoas diferentes.

Quanto ao procedimento utilizado, obedeceu à seguinte ordem:

(1) apresentação do pesquisador e questionamento sobre a disponibilidade do paciente em responder à pesquisa, assim como sobre a adequação do mesmo à população pesquisada (paciente hipertenso e/ou cardíaco crônico, frequentador do programa há mais de seis meses);

- (2) Em caso afirmativo, apresentação do cartão com a ilustração sobre a escala de concordância (ANEXO 1) e prestação de esclarecimentos sobre a dinâmica de funcionamento da escala de concordância utilizada;
- (3) Tranquilização do respondente quanto à não existência de respostas certas ou erradas e esclarecimento sobre a importância da percepção verdadeira do entrevistado;
- (4) Informação ao entrevistado de que suas respostas seriam mantidas em sigilo e de que seriam analisadas apenas de maneira agregada às outras respostas dos outros pacientes;
- (5) Início da leitura e do preenchimento do questionário, de acordo com a resposta do entrevistado.

Por fim, cabe mencionar que os questionários foram passados em todos os dias úteis, nas duas unidades de atendimento do programa localizadas no Rio de Janeiro, tanto no turno da manhã como no turno da tarde. O objetivo desse procedimento foi evitar qualquer viés que a escolha de horários, dias da semana ou unidade pudessem trazer aos resultados da pesquisa.

4.4. Tratamento e Análise dos Dados

Após o trabalho de campo, os dados foram digitados em planilhas eletrônicas pelo próprio pesquisador e foram conferidos pelo mesmo, com o propósito de se evitar erros na entrada dos dados.

A análise quantitativa dos dados foi feita através da investigação das estatísticas descritivas para a amostra de pacientes e da utilização das técnicas de análise fatorial e de regressão linear múltipla. Uma breve discussão sobre essas duas técnicas será feita a seguir:

4.4.1. Regressão Linear Múltipla

De acordo com Hair et al (2005), a análise de regressão múltipla é uma técnica estatística que pode ser usada para analisar a relação entre uma única variável dependente e várias variáveis independentes. Tal técnica pode ser usada com dois objetivos principais: previsão e explicação. No primeiro caso, dada a equação de regressão e obtidos os valores das variáveis independentes pode-se prever o valor da variável dependente. Já no segundo caso, analisa-se a equação de regressão de modo a verificar objetivamente o grau e caráter da relação entre a variável dependente e as variáveis independentes, ou seja, quanto, variando-se em uma unidade a variável independente, varia a variável dependente. Além disso, pode-se verificar se essa relação é positiva ou negativa e, ainda, se ela é significativa.

No presente estudo, o uso da regressão múltipla foi mais restrito, uma vez que não houve foco em qualquer tipo de previsão. Sua utilização se deu em dois contextos distintos. No primeiro, a técnica de regressão foi utilizada para que se pudesse testar as hipóteses formuladas. Já no segundo, buscou-se avaliar a pertinência das variáveis escolhidas para compor os diferentes construtos. Como foi utilizada uma escala nova, durante o desenvolvimento do questionário, pensou-se em fazer o uso dessa técnica para avaliar a relação entre os componentes do construto segundo a literatura e o próprio construto. Assim, ao final das sentenças que abordavam cada componente do construto (exemplo: clareza do papel), o respondente avaliava o construto diretamente, sem ser avisado ou orientado sobre isso.

Um aspecto muito importante que deve ser mencionado sobre essa técnica é que, em todas as aplicações, a seleção das variáveis independentes deve estar baseada em suas relações teóricas com a variável dependente, ou seja, a técnica de regressão linear múltipla não irá fornecer as variáveis independentes e dependentes, quantificando as inter-relações apenas dentro do escopo definido pelo pesquisador. Essa característica inerente aos métodos estatísticos faz com que uma das questões mais problemáticas na seleção das variáveis independentes seja o erro de especificação, que se refere à inclusão de variáveis irrelevantes ou à omissão de variáveis relevantes do conjunto de variáveis independentes (HAIR et al, 2005).

A Tabela 3 mostra como as regressões foram organizadas.

Tabela 3 – Organização das Regressões entre as Variáveis do Construto e a Variável de Controle

Construto: Conhecimento do papel no tratamento	
Variável dependente - denotação da variável	Variáveis independentes - denotação das variáveis
Estar informado sobre o tratamento - CON_08	Informação sobre a doença - CON_01 Informação sobre as complicações - CON_02 Informação sobre a medicação - CON_03 Informação sobre as atividades físicas - CON_04 Informação sobre a faixa de peso - CON_05 Informação sobre a alimentação - CON_06 Informação sobre os hábitos de vida - CON_07
Construto: Capacidade de cumprir o tratamento	
Variável dependente - denotação da variável	Variáveis independentes - denotação das variáveis
Capacidade de cumprir o tratamento - CAP_14	Capacidade de tomar a medicação - CAP_09 Capacidade econômica para tomar a medicação - CAP_10 Capacidade de fazer atividade física - CAP_11 Capacidade de identificação dos alimentos - CAP_12 Capacidade de adequação do peso - CAP_13
Construto: Motivação para cumprir o tratamento	
Variável dependente - denotação da variável	Variáveis independentes - denotação das variáveis
Motivação para cumprir o tratamento - MOT_22	Motivação para tomar a medicação - MOT_15 Motivação para seguir as recomendações gerais - MOT_16 Motivação para controlar a alimentação - MOT_17 Motivação para controlar o peso - MOT_18 Motivação para fazer atividade física - MOT_19 Motivação para ir ao local de atendimento - MOT_20 Motivação para cooperar - MOT_21
Construto: Adesão ao tratamento	
Variável dependente - denotação da variável	Variáveis independentes - denotação das variáveis
Adesão ao tratamento - ADE_29	Adesão em relação à medicação - ADE_23 Adesão em relação à atividade física - ADE_24 Adesão em relação à alimentação - ADE_25 Concordância com as recomendações - ADE_26 Cooperação com a equipe médica - ADE_27 Parceria com a equipe médica - ADE_28
Construto: Satisfação	
Variável dependente - denotação da variável	Variáveis independentes - denotação das variáveis
Satisfação com o programa - SAT_33	Satisfação em relação à saúde - SAT_31 Satisfação em relação ao bem-estar - SAT_32

Nesta dissertação, as regressões foram calculadas utilizando-se o *software* estatístico SPSS – versão 17. O método escolhido foi o *Enter*, que inclui na regressão todas as variáveis independentes, independentemente do nível de significância. Além disso, foram analisados os coeficientes da regressão, sua

significância estatística e o ajuste da reta de regressão. Esse ajuste é avaliado através do coeficiente de determinação (R^2), que pode variar entre 0 e 1, e indica o quanto da variação na variável dependente pode ser explicado pela variável independente.

4.4.2. Análise Fatorial

Em termos gerais, a técnica de análise fatorial aborda o problema de analisar a estrutura das inter-relações (correlações) entre um grande número de variáveis. Pode-se dizer que a finalidade da análise fatorial é o resumo e a redução de dados através da identificação de dimensões latentes comuns, chamadas de fatores (SHARMA, 1996; HAIR et al, 2005). No caso deste estudo, é utilizada a análise fatorial R, que se destina à identificação da estrutura de relações entre as variáveis, ao passo que a análise fatorial Q serve à identificação da estrutura das relações entre os respondentes. Além disso, para a extração dos fatores, utilizou-se o método de componentes principais e, para que se pudesse identificar mais facilmente tais fatores, o método rotacional ortogonal Varimax.

Quanto à utilização da análise fatorial, o pesquisador deve tentar minimizar o número de variáveis incluídas, mas manter um número razoável de variáveis por fator (HAIR et al, 2005). Em relação ao tamanho da amostra, segundo Hair et al (2005), deve ser, de preferência, igual ou maior do que 100. Entretanto, como regra geral, deve-se ter cinco observações para cada variável a ser analisada. Vale lembrar que, quando se lida com uma amostra menor, qualquer interpretação dos resultados deve ser feita com as devidas precauções (HAIR et al, 2005).

Duas maneiras de se avaliar se a utilização da análise fatorial é adequada são a aplicação do Teste Barlett de Esfericidade e a avaliação da Medida de Adequação da Amostra (Measure of Sampling Adequacy ou MSA). O primeiro teste fornece a probabilidade estatística de que a matriz de correlação tenha correlações significantes entre pelo menos algumas das variáveis. No segundo caso, o do MSA, tem-se um índice que varia de 0 a 1, no qual se obtém 1 quando cada variável é perfeitamente prevista sem erro pelas outras variáveis. No caso específico desta dissertação, a medida de adequação da amostra será feita com base no método

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). A Tabela 4, preparada com base nos livros de Sharma (1996) e Hair et al (2005), fornece valores para a interpretação do resultado da medida de adequação da amostra.

Tabela 4 – Valores para a Interpretação do MSA

Interpretação do MSA	
Maior ou igual a 0,8	admirável
Maior ou igual a 0,7	bom
Maior ou igual a 0,6	médio
Maior ou igual a 0,5	ruim
Menor do que 0,5	inaceitável

Fonte: elaborada pelo autor com base em Sharma (1996) e Hair et al (2005).

Outra etapa importante da análise fatorial se refere à avaliação das comunalidades de cada variável, com vistas a avaliar se ela atende a níveis de explicação aceitáveis. É usual que se especifique que pelo menos metade da variância de cada variável deve ser levada em conta. Usando essa orientação, o pesquisador identificaria todas as variáveis com comunalidades menores do que 0,5 como não tendo explicação suficiente. A partir da constatação de que alguma variável apresenta valor de comunalidades inferior a 0,5, duas alternativas são possíveis:

1. *Interpretação da solução simplesmente ignorando tal variável*: adequada apenas quando o objetivo for a redução de dados. Além disso, tais variáveis são pobremente representadas na solução fatorial.
2. *Avaliação da variável para possível eliminação*: deve-se avaliar o quão importante para o estudo é a variável. Se a mesma é de pouca relevância para o estudo e seu índice de comunalidades é considerado inaceitável, deve-se eliminá-la para que uma nova rodada de análise seja feita, já sem essa variável.

Por fim, cabe ressaltar que, assim como foi mencionado no item anterior sobre a técnica de regressão múltipla, também na análise fatorial não há qualquer geração de variáveis a serem analisadas. Isso quer dizer que não se exclui de maneira alguma a necessidade de uma base conceitual para a inclusão de quaisquer variáveis. A técnica estatística de análise fatorial sempre produzirá fatores, independentemente de esses fatores fazerem algum sentido teórico.

4.5. Limitações do Estudo Ligadas ao Método

Esta pesquisa está sujeita a limitações de ordem metodológica, que não podem deixar de ser consideradas.

Subjetividade de parte das informações coletadas – uma das limitações mais importantes dessa pesquisa deriva do método utilizado na avaliação dos construtos pesquisados. Como o questionário foi construído utilizando-se escalas tipo Likert, há um elevado grau de subjetividade nas informações coletadas. Além disso, deve-se atentar para o fato de que as informações fornecidas derivam exclusivamente das percepções dos respondentes.

Não possibilidade de generalização dos resultados – dado o escopo da pesquisa, não se podem generalizar os resultados encontrados, uma vez que o ambiente onde a pesquisa foi realizada – um programa de gerenciamento de doenças – não representa a realidade geral dos pacientes com doenças crônicas. Além disso, o programa de gerenciamento de doenças crônicas foi escolhido por conveniência e não necessariamente reproduz a realidade encontrada em outros programas.

Escala utilizada – na escala de Likert, exige-se que os participantes sejam capazes de indicar um grau de concordância, ou de discordância, em relação a cada um dos enunciados propostos, o que pode gerar confusão em participantes pouco familiarizados com esse método ou com baixo nível de instrução. Além disso, é possível que diferentes respondentes tenham diferentes padrões ou pontos de referência, o que acaba por influenciar no preenchimento da escala. Outra questão a ser observada é que a opção por apresentar a escala de 1 a 7 (discordo totalmente a concordo totalmente) e não de 7 a 1 (concordo totalmente a discordo totalmente) por si só, pode impactar os resultados da pesquisa.

A ordem de apresentação das perguntas – a ordem em que as questões são apresentadas no questionário pode introduzir um viés de resposta. No caso desse trabalho onde serão testadas diversas relações de dependência, os respondentes podem se sentir induzidos a manter a coerência em relação às respostas anteriormente fornecidas, mesmo que isso não represente inteiramente a verdade de suas atitudes.

Perfil dos respondentes – pode-se dizer que a amostra é de resposta voluntária, ou seja, um tipo de amostra em que o participante decide se quer ou não ser incluído (TRIOLA, 2008). Desta forma, é possível que seja introduzido um viés na seleção da amostra e conseqüentemente na coleta de dados. A introdução desse viés foge ao controle do pesquisador.

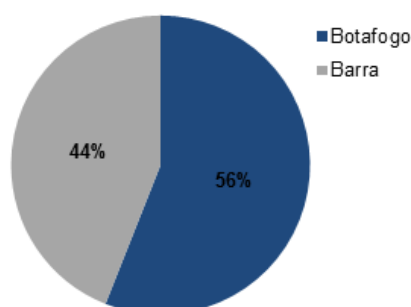
A presença do pesquisador no momento do preenchimento do questionário – como foi colocado anteriormente, a presença do pesquisador quando da coleta dos dados pode inibir os respondentes, assim como fazer com que eles se sintam inclinados a responder o que acham que o pesquisador gostaria de ouvir, ao invés de expressar suas próprias atitudes e percepções de forma honesta e independente.

5. APRESENTAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. Perfil da Amostra

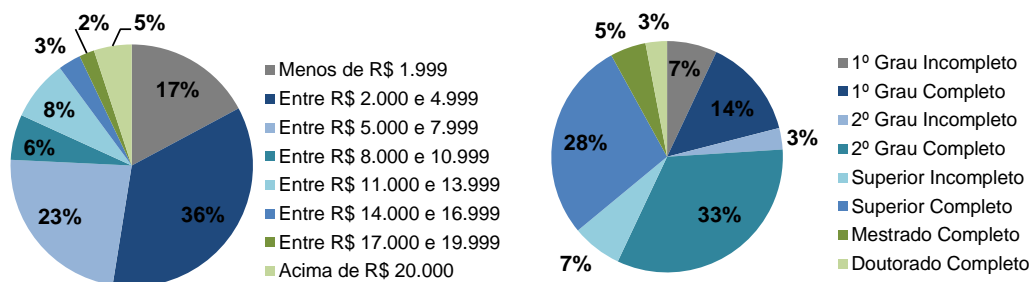
A amostra foi composta de pacientes pertencentes a um programa de gerenciamento de doenças crônicas localizado no Rio de Janeiro e que tinha duas clínicas de atendimento no momento da pesquisa: uma no bairro de Botafogo e outra no bairro da Barra da Tijuca. A pesquisa foi feita nas duas unidades e a participação do número de pacientes entrevistados de acordo com cada unidade é mostrada no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Participação do Número de Pacientes Entrevistados por Unidade de Atendimento



O fato de a pesquisa ter como foco pacientes crônicos com problemas coronarianos fez com que boa parte dos entrevistados fosse composta por idosos, o que se configurou como um grande desafio à coleta de questionários. Optou-se por não utilizar questionários eletrônicos e nem por deixar os questionários nas clínicas para serem respondidos sem nenhum tipo de auxílio. O resultado é que a amostra obtida não foi suficientemente grande para se testar o modelo levando-se em consideração as variáveis socioeconômicas obtidas, uma vez que seria necessário particionar a amostra em pedaços muito pequenos, o que comprometeria a qualidade dos testes estatísticos. De qualquer forma, a título de curiosidade, são exibidas no Gráfico 4 as variáveis “renda familiar” e “escolaridade”, que ajudam a caracterizar o grupo estudado.

Gráfico 4 – Renda Familiar e Escolaridade da Amostra



Observa-se que grande parte dos entrevistados (76%) declarou ter renda familiar inferior a oito mil reais por mês. Essa informação pode ser útil em pesquisas futuras que tenham a intenção de segmentar os entrevistados por faixa de renda. Percebe-se que faixas de três mil reais podem ser inadequadas, especialmente nos segmentos mais baixos de renda. Nesses segmentos talvez seja melhor a adoção de faixas menores, de maneira a se capturar com mais exatidão os diferentes grupos da amostra.

Quanto à escolaridade, tem-se que 57% dos entrevistados têm até o segundo grau completo e que apenas 36% tem nível superior completo ou maior. A questão do nível de escolaridade pode ter impacto tanto nos resultados do tratamento em si como nos resultados do estudo. No primeiro caso, o nível de escolaridade pode impactar na facilidade de aquisição dos conhecimentos necessários ao cumprimento do tratamento, na compreensão sobre a doença e na conscientização em geral. Seria interessante, em um estudo futuro, verificar se os resultados se modificam dependendo do nível de instrução do paciente. O segundo caso, de ordem metodológica, diz respeito ao preenchimento do questionário. Embora não haja estatísticas que suportem essa hipótese, durante o processo de coleta de questionários, o pesquisador pode notar que alguns pacientes com menor nível de escolaridade tinham mais dificuldade de compreensão da dinâmica de preenchimento das escalas. Esses pacientes tinham mais dificuldade para julgar cada uma das variáveis e para relacioná-las com suas atitudes cotidianas. De qualquer forma, esse aspecto, que foge ao controle do pesquisador, merece atenção em pesquisas futuras.

5.2. Estatísticas Descritivas das Variáveis

Antes de detalhar os testes estatísticos que foram feitos para avaliar as hipóteses propostas no trabalho, serão apresentadas e discutidas as estatísticas descritivas das variáveis utilizadas. Pretende-se, com essa primeira análise, fornecer um resumo dos dados obtidos na pesquisa de campo. Além disso, devido ao fato de o questionário ter sido preenchido pelo pesquisador (pesquisa assistida), diversas informações foram coletadas durante o processo, de maneira que algumas explicações adicionais para os dados puderam ser obtidas. Essas explicações enriquecem a pesquisa, uma vez que o preenchimento de escalas numéricas acaba não captando certas nuances e interpretações particulares dos entrevistados.

Analisando-se a Tabela 5, percebe-se imediatamente que as respostas da maioria dos itens se concentraram nos patamares mais altos: cinco, seis e sete (concordo em parte, concordo muito e concordo totalmente, respectivamente). Em relação aos construtos que antecedem a adesão, a média das respostas, desconsiderando-se as variáveis de controle, variou de 5,15 (CAP_13) até 6,64 (CON_03), numa escala que ia de 1 a 7. Quanto ao desvio padrão, variou de 0,72 (CON_03) a 1,78 (CAP_13). Isso quer dizer que a grande maioria dos entrevistados considerou ter bastante clareza sobre seu papel no tratamento, ser bastante capaz de cumprir o tratamento e estar bastante motivada a fazê-lo. De certa forma, um resultado como esse já era esperado. Como foi apontado por Vermeire et al (2001), métodos que envolvem algum tipo de auto avaliação tendem a gerar resultados que superestimam o nível de adesão do paciente. Nesse caso, não se pode afirmar que os valores estão superestimados devido ao método, porque não se utilizou métodos diferentes para mensurar os construtos. Entretanto, é um indicativo de que Vermeire et al (2001) podem estar corretos em sua avaliação e, principalmente, de que, preferencialmente, devem ser utilizadas combinações de métodos de mensuração, para que se possa extrair uma medida mais fidedigna desses construtos.

Tabela 5 – Estatísticas Descritivas dos Antecedentes da Adesão

		Frequência							Média	Mediana	DesvPad	N	
		1	2	3	4	5	6	7					
	CON_1	Informação sobre a doença	0	0	3	1	12	19	65	6,42	7,00	0,96	100
	CON_2	Complicações caso não adira	0	0	3	2	13	20	62	6,36	7,00	0,99	100
	CON_3	Informação sobre a medicação	0	0	0	2	8	14	76	6,64	7,00	0,72	100
	CON_4	Informação sobre atividade física	2	2	5	3	11	20	57	6,07	7,00	1,44	100
	CON_5	Informação sobre a faixa de peso	1	2	5	3	19	20	50	5,97	6,50	1,36	100
	CON_6	Informação sobre a alimentação	2	0	2	4	7	17	68	6,37	7,00	1,21	100
	CON_7	Hábitos de vida adequados	1	3	2	0	8	18	68	6,37	7,00	1,24	100
Var. Controle	CON_8		0	0	0	1	4	16	79	6,73	7,00	0,58	100
	CAP_9	Ingestão da medicação	1	1	1	1	10	11	75	6,51	7,00	1,07	100
	CAP_10	Condições econômicas	0	2	9	5	18	12	54	5,91	7,00	1,44	100
	CAP_11	Realização da atividade física	3	0	15	6	23	11	42	5,47	6,00	1,65	100
	CAP_12	Adequação da alimentação	0	0	3	3	7	22	65	6,43	7,00	0,97	100
	CAP_13	Adequação do peso	6	3	12	6	25	18	30	5,15	5,00	1,78	100
Var. Controle	CAP_14		1	1	5	3	17	18	55	6,08	7,00	1,31	100
	MOT_15	Ingestão da medicação	0	0	2	1	11	14	72	6,53	7,00	0,88	100
	MOT_16	Recomendações gerais	0	0	3	3	14	19	61	6,32	7,00	1,02	100
	MOT_17	Controle da alimentação	4	1	3	11	22	18	41	5,64	6,00	1,55	100
	MOT_18	Controle do peso	1	3	5	9	21	16	45	5,74	6,00	1,47	100
	MOT_19	Realização da atividade física	2	1	8	9	14	20	46	5,76	6,00	1,52	100
	MOT_20	Ir ao local de atendimento	1	1	2	2	5	15	74	6,50	7,00	1,11	100
	MOT_21	Cooperação	1	0	0	2	7	15	75	6,59	7,00	0,90	100
Var. Controle	MOT_22		1	0	0	1	7	19	72	6,58	7,00	0,87	100

Nota-se, na análise das variáveis referentes ao construto *clareza do papel no tratamento*, que a variável CON_05, que diz respeito ao conhecimento sobre a faixa de peso adequada, apresenta uma média inferior à das outras variáveis. Esse resultado se deu justamente por causa dos pacientes que não tinham problemas com o controle do peso. Isso fazia com que os médicos não abordassem o assunto e com que os pacientes reconhecessem no questionário um menor nível de informação sobre esse item. Além disso, alguns pacientes declararam não ter conhecimento da faixa de peso adequada e sim de que, por recomendação do médico, precisavam emagrecer. Essa informação já é importante, mas, por si só, insuficiente. A ausência de uma faixa de peso clara e objetiva como meta a ser alcançada pode dificultar o processo de adequação do peso aos níveis considerados saudáveis, especialmente considerando que ao longo dos anos de tratamento o paciente pode variar de peso consideravelmente.

Em relação à variável CON_06, referente ao nível de informação sobre a alimentação adequada, diversos pacientes se declararam estar bem informados sobre o assunto (média de 6,37), mas que essa informação não vinha do corpo médico e sim de sua “experiência de vida”. Nesse caso, a falta de uma informação

proveniente diretamente do corpo médico pode trazer riscos ao paciente, que pode acabar adotando hábitos alimentares inadequados, sem se dar conta.

De uma perspectiva gerencial, os dois casos citados anteriormente sugerem a necessidade da criação de uma listagem básica de conhecimentos mínimos necessários ao paciente (uma *check list*), de maneira a garantir que todos eles tenham recebido as informações mais importantes relacionadas ao seu tratamento. Essa sugestão vai de encontro à visão de Harvey e Depuy (1997) e Hunter e Fairfield (1997) sobre a utilização de protocolos clínicos nos programas de *disease management*. Ou seja, da mesma forma que o protocolo determina o curso padrão do tratamento a ser conduzido, deve orientar também sobre os conhecimentos que o paciente deve ter em cada etapa do tratamento. Como a interação entre diversos profissionais de saúde é uma característica dos programas de gerenciamento de doenças (ELLRODT et al, 1997), é natural que possam haver lacunas e sobreposições em termos de informação prestada ao paciente. Assim, a *check list* acompanharia a ficha do paciente de maneira que também o corpo médico pudesse ter a certeza de que o paciente já possui o conjunto de informações importantes e que, caso não possua, essa lacuna possa ser brevemente suprimida. É válido ressaltar também que esse tipo de acompanhamento estaria bastante alinhado a outra característica dos programas de gerenciamento de doenças, que é a utilização de sistemas de informação que suportem as decisões referentes ao tratamento (ZITTER, 1996, ARAUJO, 2012). O acompanhamento do nível de informação do paciente de forma padronizada se alinha fortemente, então, com a ideia de um plano contínuo de tratamento, como defendido por Ellrodt et al (1997), e com a ideia de rastreabilidade de informações, fundamentais no caso de programas de gerenciamento de doenças (HARVEY; DEPUE, 1997; ZITTER, 1996; SAMAL et al, 2011).

Analisando-se os resultados do construto *Capacidade de Cumprir o Papel no Tratamento*, merece comentário a variável CAP_10, referente à capacidade econômica de arcar com os custos da medicação. No desenvolvimento do questionário, foi pensado que a não adesão à medicação poderia estar acontecendo por motivos econômicos. Assim, avaliar a capacidade econômica parecia fazer sentido. Entretanto, tem-se que a capacidade econômica também pode ser vista como antecedente à capacidade de ingerir a medicação corretamente (variável

CAP_9) e não como parte do mesmo construto. Se justificaria, em um outro modelo, avaliar em que medida a capacidade econômica explicaria a adesão, ou não, à medicação. As respostas dos pacientes aos questionários acabaram revelando a existência da possibilidade de que estas duas variáveis não devam ser tratadas como parte de um mesmo plano de análise. Durante o preenchimento dos questionários, vários pacientes marcavam valores mais baixos para a capacidade econômica não porque não compravam os remédios indicados, mas porque consideravam que o custo dos remédios pesava em seu orçamento. Isso revela certa desconexão entre a capacidade econômica de adquirir os medicamentos e a ação em si de aquisição (e posterior ingestão). Além disso, muitos pacientes revelaram que, embora considerassem o custo dos medicamentos alto e que não tivessem tanta capacidade econômica para arcar com sua aquisição, não deixavam de tomá-los, porque recorriam a outros meios, como a aquisição de medicamentos genéricos, a compra em farmácias populares (nas quais os medicamentos são subsidiados pelo governo) ou à aquisição dos medicamentos com ajuda de familiares. Um indicador de que esse fenômeno acontece é que a correlação entre as variáveis em questão, CAP_9 e CAP_10, foi bastante baixa: 0,037. Essas considerações *a posteriori* indicam que a variável CAP_10 deve ser excluída do construto *capacidade de cumprir o tratamento* nas análises futuras, já que seu poder de explicar a adesão é questionável, ao menos a partir da perspectiva adotada pelos pacientes ao avaliarem essa variável.

Em relação à variável referente à capacidade de realizar a quantidade de atividade física recomendada (CAP_11), nota-se uma média relativamente mais baixa porque alguns participantes alegavam limitações físicas, como a existência de problemas de coluna ou de eventos agudos recentes que os impediam de praticar exercícios físicos (cirurgia no coração, por exemplo). Essas limitações também acabaram impactando a variável referente à motivação para realizar atividades físicas, MOT_19, uma vez que pacientes nessas situações naturalmente se sentiam menos motivados a realizar esse tipo de atividade. Em relação a esse ponto específico, é preciso destacar que cinco questionários foram descartados exatamente porque essa variável não foi respondida. Cinco pacientes alegaram estar impedidos de realizar qualquer atividade física, e que, por isso, não se tratava de estarem ou não motivados para fazê-lo. Essa situação é bastante desafiadora sob a perspectiva de

uma pesquisa sobre adesão ao tratamento porque, de fato, não se trata de haver ou não motivação para praticar exercícios, e sim de ter mínimas condições para fazê-lo. Entretanto, sob a perspectiva estritamente clínica, tais pacientes não obterão os benefícios da prática de atividades físicas, independentemente dos motivos pelos quais não as realizam. Assim, sob esse aspecto, importa pouco se o paciente não faz atividades físicas porque não quer ou porque não pode, uma vez que das duas formas não usufruirá dos benefícios associados a essa prática. Como consequência desse fator, é sugerido que em pesquisas futuras sejam considerados esses fatores externos ao controle do paciente, mas que podem afetar fortemente o grau de adesão ao tratamento e os resultados obtidos pelo mesmo.

Já em relação à análise das respostas sobre o construto *motivação para cumprir o tratamento*, chama a atenção o fato de que as três menores médias se referem às variáveis que abordam a motivação para controlar a alimentação, a motivação para controlar o peso e a motivação para realizar atividades físicas (MOT_17, MOT_18 e MOT_19, com médias de 5,64, 5,74 e 5,76, respectivamente). Não por acaso esses itens tiveram médias inferiores. Eles são justamente aqueles itens que exigem uma postura mais participativa dos pacientes. Analisando-se o perfil de respostas sobre o construto *adesão ao tratamento* (Tabela 6) nota-se um grande alinhamento com essa interpretação. É interessante observar que as variáveis que apresentaram as três maiores médias (ADE_23, ADE_26, ADE_28) são aquelas que se referem à ingestão da medicação, ao reconhecimento da sábia decisão em se seguir as recomendações médicas e a da visão de parceria entre o paciente e o corpo médico, não por acaso, as atitudes que exigem menos esforço prático dos pacientes. Embora essas variáveis sejam muito importantes para o que a literatura aponta como “adesão ao tratamento”, o sentimento de parceria entre o paciente e o corpo médico e o reconhecimento de que seguir as recomendações dos médicos é uma decisão inteligente, refletem comportamentos mais psicológicos do que práticos, mais conscientização do que ação, propriamente dita. A terceira variável, que se refere à ingestão de medicamentos, apesar de exigir certo esforço, especialmente quando se trata de tratamentos contínuos, também não se apresenta como um comportamento que demande muito mais dos pacientes além da disciplina de não esquecer de ingerir os medicamentos na frequência e quantidade recomendadas. Já as outras variáveis do construto, relativas à prática de atividades físicas, à

manutenção de uma dieta equilibrada e à cooperação com a equipe médica (ADE_24, ADE_25, ADE_27), apresentaram médias comparativamente mais baixas (5,31; 5,06 e 5,99, respectivamente) e com uma dispersão bem maior, revelando uma adesão bem mais limitada nesses quesitos que demandam maior comprometimento e esforço cotidiano dos pacientes.

Tabela 6 – Perfil das Respostas sobre a Adesão ao Tratamento

Variável	Sentença	Média das respostas	DP
ADE_23	Eu efetivamente tomo a minha medicação corretamente.	6,49	0,92
ADE_24	Eu efetivamente mantenho o nível de atividade física recomendado para mim pela equipe do programa Total Care.	5,31	1,81
ADE_25	Quanto à minha alimentação, eu efetivamente sigo as recomendações feitas pela equipe do programa Total Care.	5,06	1,51
ADE_26	Eu sinto que seguir as recomendações da equipe do programa Total Care é uma decisão inteligente.	6,76	0,51
ADE_27	Eu sinto que coopero com a equipe do programa Total Care no meu tratamento.	5,99	1,23
ADE_28	Eu vejo a equipe do programa Total Care como parceiros no meu tratamento.	6,70	0,83

Em relação ao construto *resultado percebido*, como foi mencionado no capítulo 3, ficou restrito à percepção dos próprios pacientes, por motivos alheios ao controle do pesquisador. De qualquer forma, observando-se o perfil de respostas da variável RES_30 (Tabela 7), nota-se um escore médio bastante alto, de 6,46 em uma escala de 1 a 7. Embora não se tenha a avaliação objetiva dos resultados clínicos para complementar esse resultado, há sem dúvida uma percepção por parte dos pacientes de que o programa está trazendo benefícios. Esse resultado não pode ser desprezado, uma vez que pode se dizer que o paciente é um excelente sensor de sua condição médica, ao menos naquilo que se refere aos sintomas de sua condição. Além disso, não se pode descartar a importância da percepção dos pacientes em relação aos resultados, uma vez que tal percepção pode influenciar muito as atitudes do paciente frente ao tratamento e ao corpo médico.

Tabela 7 – Perfil das Respostas sobre o Resultado Percebido e a Satisfação com o Programa

	Frequência							Média	Mediana	DesvPad	N
	1	2	3	4	5	6	7				
RES_30	0	1	0	3	10	20	66	6,46	7,00	0,91	100
SAT_31	0	0	2	0	4	20	74	6,64	7,00	0,75	100
SAT_32	0	0	1	2	11	15	71	6,53	7,00	0,85	100
Variável de Controle SAT_33	0	1	0	3	4	14	78	6,64	7,00	0,84	100

Por fim, em relação ao construto *satisfação com o programa de tratamento*, é possível destacar que, também nesse item, houve escores bastante elevados, 6,64 e 6,53, revelando que, de forma geral, os pacientes estão satisfeitos com o programa.

5.3. Avaliação das Variáveis dos Construtos

Como foi mencionado no capítulo 4, as variáveis utilizadas para medir os construtos do modelo conceitual foram criadas especificamente para esse estudo, uma vez que não foram encontradas na literatura escalas já testadas e adequadas ao tema tratado. Assim, adicionou-se, ao final do conjunto de variáveis que seriam as variáveis componentes do construto, uma variável de controle, que abordasse o construto de forma mais direta e com linguagem mais simples, buscando-se não confundir o entrevistado com termos complicados ou pouco usuais ao cotidiano.

Esse procedimento teve como objetivo avaliar se as variáveis escolhidas para compor o construto realmente são aquelas que o compõe, representando-o de forma o mais completa possível. Desse modo, idealmente, esperava-se uma alta correlação positiva entre as variáveis que compõem o construto e a variável de controle. Como exemplo, pode-se citar o conjunto de variáveis CON_01 a CON_08, em que as sete primeiras variáveis tratam dos componentes do construto *conhecimento sobre o papel no tratamento* e a oitava variável procura abordar diretamente esse construto, ainda que de forma simples (CON_08: “Eu me considero informado sobre o meu tratamento.”). Para este exemplo específico, isso significa que os pacientes que alegavam estar informados sobre sua condição

médica, sobre a medicação e a alimentação a serem ingeridas, sobre a faixa de peso adequada etc., deveriam se considerar bem informados sobre o seu tratamento. De forma análoga, aqueles pacientes que alegassem não estar informados sobre os itens supracitados, deveriam igualmente se declarar não informados sobre o seu tratamento. Assim como no construto *clareza sobre o papel no tratamento*, nos demais construtos, *capacidade de cumprir o tratamento*, *motivação para cumprir o tratamento*, e *adesão ao tratamento*, o mesmo deveria acontecer, estando a variável de controle altamente correlacionada com as variáveis componentes do construto.

Utilizando-se então a técnica de regressão linear múltipla para avaliar a correlação entre a variável de controle e as demais variáveis, se estabeleceu a primeira como variável dependente e as últimas como variáveis independentes.

Os resultados das regressões são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 – Resultados das Regressões entre as Variáveis do Construto e a Variável de Controle

Variável dependente: CON_08					
Variáveis independentes: CON_01, CON_02, CON_03, CON_04, CON_05, CON_06, CON_07					
	Coeficientes não padronizado		Coef. Padronizado		Significância
	Beta	Erro padrão	Beta	Estatística t	
Constante	4,045	0,502		8,06	0,000
CON_01	0,155	0,074	0,254	2,1	0,038
CON_02	-0,013	0,082	-0,022	-0,155	0,877
CON_03	0,097	0,089	0,119	1,083	0,282
CON_04	0,105	0,047	0,26	2,223	0,029
CON_05	0,031	0,045	0,071	0,675	0,501
CON_06	0,091	0,047	0,188	1,932	0,056
CON_07	-0,042	0,047	-0,09	-0,892	0,374
	R	R ²	R ² Ajustado	SEE	
	0,579	0,335	0,285	0,49356	
Variável dependente: CAP_14					
Variáveis independentes: CAP_09, CAP_10, CAP_11, CAP_12, CAP_13					
	Coeficientes não padronizado		Coef. Padronizado		Significância
	Beta	Erro padrão	Beta	Estatística t	
Constante	2,825	0,985		2,87	0,005
CAP_09	0,049	0,11	0,04	0,446	0,657
CAP_10	-0,113	0,079	-0,125	-1,433	0,155
CAP_11	0,187	0,079	0,236	2,372	0,02
CAP_12	0,157	0,118	0,116	1,335	0,185
CAP_13	0,306	0,067	0,416	4,559	0,000
	R	R ²	R ² Ajustado	SEE	
	0,593	0,352	0,318	1,08053	
Variável dependente: MOT_22					
Variáveis independentes: MOT_15, MOT_16, MOT_17, MOT_18, MOT_19, MOT_20, MOT_21					
	Coeficientes não padronizado		Coef. Padronizado		Significância
	Beta	Erro padrão	Beta	Estatística t	
Constante	0,749	0,530		1,414	0,161
MOT_15	0,087	0,066	0,089	1,310	0,193
MOT_16	0,123	0,074	0,145	1,662	0,100
MOT_17	0,063	0,053	0,112	1,197	0,235
MOT_18	0,043	0,057	0,072	0,744	0,459
MOT_19	-0,051	0,049	-0,090	-1,043	0,300
MOT_20	0,072	0,073	0,092	0,990	0,325
MOT_21	0,564	0,091	0,585	6,212	0,000
	R	R ²	R ² Ajustado	SEE	
	0,808	0,653	0,627	0,52961	

Variável dependente: ADE_29					
Variáveis independentes: ADE_23, ADE_24, ADE_25, ADE_26, ADE_27, ADE_28					
	Coeficientes não padronizado		Coef. Padronizado		Significância
	Beta	Erro padrão	Beta	Estatística t	
Constante	0,415	1,188		0,349	0,728
ADE_23	0,355	0,091	0,269	3,890	0,000
ADE_24	-0,022	0,054	-0,033	-0,413	0,681
ADE_25	0,177	0,066	0,221	2,689	0,009
ADE_26	-0,345	0,192	-0,147	-1,796	0,076
ADE_27	0,508	0,089	0,515	5,738	0,000
ADE_28	0,265	0,124	0,183	2,141	0,035
	R	R ²	R ² Ajustado	SEE	
	0,766	0,587	0,56	0,80248	

Variável dependente: SAT_33					
Variáveis independentes: SAT_31, SAT_32					
	Coeficientes não padronizado		Coef. Padronizado		Significância
	Beta	Erro padrão	Beta	Estatística t	
Constante	0,573	0,461		1,242	0,217
SAT_31	0,761	0,100	0,679	7,575	0,000
SAT_32	0,155	0,089	0,157	1,755	0,082
	R	R ²	R ² Ajustado	SEE	
	0,803	0,644	0,637	0,50324	

Avaliando-se os resultados obtidos para os construtos considerados como antecedentes da adesão ao tratamento – conhecimento sobre o papel, capacidade e motivação – nota-se um número baixo de relações com significância estatística ao nível de 5% (apenas cinco, marcadas em cinza, para os três construtos). Mesmo para um nível de 10%, não mais do que sete relações entre variáveis dependentes e independentes se mostrariam significantes. Os valores para o R² também não se mostraram elevados, revelando um ajuste pobre da reta de regressão aos dados reais. Esses resultados são bastante interessantes e sua interpretação pode ser feita de pelo menos duas formas, desenvolvidas a seguir.

A primeira interpretação possível é bastante direta: as variáveis escolhidas não representam o construto em questão. Nesse caso, novas variáveis devem ser propostas de maneira que, em conjunto, sejam uma representação mais fiel do construto que pretende ser mensurado (clareza sobre o papel no tratamento, capacidade de cumprir o tratamento e motivação para cumprir o tratamento). Essa interpretação nunca pode ser descartada inteiramente e seria importante haver mais investigações sobre os construtos para que se pudesse refinar cada vez mais as escalas de mensuração. No entanto, cabe lembrar que as variáveis foram escolhidas com base em uma extensa revisão da literatura, que aponta para a importância do

controle dos fatores de risco cardiovascular como parte fundamental do tratamento médico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012b). Além disso, como foi discutido no item relativo à confecção do instrumento de pesquisa, foi feita uma consulta a três médicos especialistas, que corroboraram a aplicabilidade do questionário, assegurando a importância desses fatores no tratamento de doentes cardíacos crônicos.

Outra interpretação dos resultados obtidos nessas regressões, entretanto, leva a uma constatação bastante interessante. Essa interpretação seria a de que os pacientes, de forma geral, não associam os componentes do tratamento ao tratamento, visto de forma geral. Ou seja, os pacientes não enxergam a manutenção de uma dieta equilibrada, o controle do peso, a prática de exercícios físicos, etc., como parte integrante do tratamento de doenças coronarianas e do aparelho circulatório.

Durante o preenchimento dos questionários, ficou evidente que um grande número de pacientes claramente se autodeclarava, por exemplo, pouco capaz de adequar o próprio peso aos níveis recomendados e de fazer a quantidade de exercícios físicos recomendados, mas se mostrava surpreendentemente otimista quando respondiam sobre sua capacidade de cumprir o tratamento. O mesmo aconteceu em relação à motivação para cumprir o tratamento, em que o paciente alegava francamente não estar motivado a emagrecer ou a fazer exercícios físicos, mas se dizia inteiramente motivado a cumprir o tratamento. Isso evidencia uma certa desconexão entre o que se propõe como forma de tratamento dentro dos programas de gerenciamento de doenças e como os pacientes podem estar enxergando esse tratamento. Enquanto no primeiro caso é proposta uma visão de tratamento mais holística e preventiva, envolvendo tanto o acompanhamento clínico quanto a adoção de hábitos de vida mais saudáveis, no segundo caso, a visão dos pacientes pode estar ainda muito restrita à função clínica do tratamento: a ingestão de medicamentos, a realização de exames médicos e o comparecimento ao consultório médico.

A análise do perfil de respostas sobre a adesão ao tratamento (Tabela 6) pode contribuir para o embasamento dessa interpretação. Como foi comentado anteriormente os comportamentos que exigem mais esforço e sacrifício por parte

dos pacientes foram justamente aqueles em que os pacientes julgaram estar menos aderidos.

Esse conjunto de resultados leva a crer que a parte mais evidente do tratamento médico (a parte clínica) além de ser aquela mais facilmente cumprida pelos pacientes, é a que ainda carrega o peso da expressão “tratamento médico”. Já a parte do tratamento mais árdua, em certo sentido, que envolve sacrifícios diários (controle da alimentação, prática de atividades físicas etc.) é naturalmente mais negligenciada e parece ainda não ser encarada pelos pacientes como parte fundamental do tratamento médico, ao menos à maneira do que é sugerido pelos programas de *disease management*. Sobre esse aspecto específico, seria interessante um aprofundamento em estudos futuros sobre o tema da adesão do paciente ao tratamento. Estudos que endereçassem a psicologia envolvida no processo de decisão sobre adesão ao tratamento poderiam investigar se os pacientes fazem algum tipo de troca mental em relação aos diferentes componentes do tratamento, ou seja, se os pacientes aliviam a dor de consciência tomando a medicação e comparecendo com frequência ao consultório médico, para que possam burlar o tratamento no que diz respeito a aspectos mais custosos do dia a dia, como a prática de exercícios físicos e o controle alimentar. É possível que os pacientes realmente acreditem estar cumprindo o tratamento médico de forma integral mesmo que não o estejam cumprindo, se este for encarado como algo mais abrangente do que a simples adesão aos procedimentos clínicos.

Independentemente disso, do ponto de vista prático e gerencial, essa interpretação se mostra bastante importante. O estudo evidencia que é preciso que os profissionais do programa de gerenciamento de doenças reforcem a comunicação sobre a abrangência da expressão “tratamento médico”, enfatizando a filosofia holística do programa e a necessidade de mudança de hábitos de vida de forma geral, mais do que simplesmente a adesão ao tratamento puramente clínico.

5.4. Análise Fatorial

Antes de testar as hipóteses propostas no estudo, foi utilizada a análise fatorial como forma de redução das variáveis a um número menor de fatores latentes. Pode-

se dizer que o uso dessa técnica é de natureza exploratória, uma vez que não foi encontrado na literatura consultada nenhum tipo de previsão sobre a existência de tais fatores latentes dentro dos construtos estudados. O objetivo da análise fatorial nesse caso é verificar se, de alguma forma, podem existir dimensões maiores dentro dos construtos estudados, de maneira a compreender melhor sua constituição.

A importância desse tipo de análise vai muito além de um mero refinamento teórico do construto, podendo impactar na forma como esse construto é abordado no dia a dia das operações. Isso se dá porque é possível que, em termos gerenciais, seja impraticável (e talvez desnecessário) abordar todas as variáveis de um construto qualquer, isoladamente. De outra forma, a abordagem prática de um número menor de dimensões, constituídas de variáveis altamente correlacionadas, se torna bem mais simples e provavelmente mais efetiva. Além disso, outra função importante da análise fatorial é a de simplificar a utilização da regressão múltipla através da redução do número de variáveis do modelo e da facilitação da interpretação do mesmo.

5.4.1. Análise Fatorial no Construto Conhecimento Sobre o Papel no Tratamento

Foi rodada a análise fatorial para o construto *conhecimento sobre o papel no tratamento*, mas, nessa primeira análise, a variável CON_06, referente ao conhecimento sobre a alimentação adequada, apresentou um valor para comunalidade de 0,34. Isso significa que a primeira solução fatorial encontrada era capaz de explicar apenas 34% da variância dessa variável. Assim, optou-se pela exclusão da variável CON_06 e foi feita uma nova rodada. O resultado é apresentado na Tabela 9.

Tabela 9 – Análise Fatorial do Construto Conhecimento sobre o Papel no Tratamento

Variáveis do Conhecimento sobre o Papel	Carga Fatorial		Comunalidade
	Conhecimento Clínico	Conhecimento Não Clínico	
CON_01 - Conhecimento sobre a doença	0,835	0,192	0,73
CON_02 - Conhecimento sobre as complicações	0,776	0,414	0,77
CON_03 - Conhecimento sobre a medicação	0,840	0,008	0,71
CON_04 - Conhecimento sobre atividade física	0,473	0,611	0,60
CON_05 - Conhecimento sobre a faixa de peso	0,070	0,857	0,74
CON_07 - Conhecimento sobre os hábitos de vida	0,145	0,769	0,61
Alfa de Cronbach (apenas das variáveis de cada fator)	0,80	0,69	
Variância Explicada	37,6%	31,8%	
Medida de Adequação da Amostra - KMO		0,769	
Significância no Teste Barlett de Esfericidade		0,000	
Total da Variância Explicada		69,4%	

Como pode ser visto na Tabela 9, nessa segunda análise as comunalidades foram todas superiores ou iguais a 0,60 e dois fatores puderam ser extraídos, sendo que a solução fatorial encontrada explica praticamente 70% da variância total. Quanto à adequação da amostra, os resultados foram satisfatórios, o que é indicado por um resultado no teste KMO de 77% e por um nível de significância no teste Barlett inferior a 0,1.

Os dois fatores extraídos nessa análise foram chamados de **conhecimento clínico** e **conhecimento não clínico**, respectivamente. Percebe-se, com essa análise, que existem duas dimensões em relação ao conhecimento que o paciente precisa ter para que possa ser capaz de cumprir seu tratamento. Uma dimensão é aquela que se refere à parte médica do tratamento, envolvendo o conhecimento sobre a doença, os sintomas, as complicações, a medicação etc., enquanto que a outra dimensão diz respeito ao conhecimento não ligado diretamente à medicina, como, por exemplo, aquele sobre a realização de atividade física e sobre os hábitos de vida mais adequados. O primeiro fator apresentou um valor para o Alfa de Cronbach de 0,8, revelando uma boa consistência interna da escala. Já o segundo fator apresentou um alfa de 0,69, ainda aceitável (HAIR et al, 2005), porém com menor consistência interna.

Considerando-se as duas dimensões encontradas, percebe-se como estão de acordo com a ideia de Zitter (1996) de que os programas de *disease management* devem utilizar tanto intervenções clínicas como não clínicas, onde e quando é maior

a probabilidade de haver o máximo impacto positivo. Esse caráter de que o programa de gerenciamento de doenças além do tratamento clínico tradicional fica evidenciado quando se observa que boa parte das informações a que o paciente precisa ter acesso não está relacionada diretamente à sua doença.

5.4.2. Análise Fatorial no Construto Capacidade de Cumprir o Tratamento

Antes de se fazer a análise fatorial para o construto *capacidade de cumprir o tratamento*, foi retirada a variável CAP_10, referente à condição econômica para a aquisição de medicamentos. Como foi colocado anteriormente, a partir do que foi relatado pelos respondentes, pode-se questionar a aplicabilidade dessa variável na composição do construto e também em sua capacidade de influenciar a adesão ao tratamento. Assim, foi rodada uma análise considerando-se apenas as variáveis CAP_09, CAP_11, CAP_12 e CAP_13. O resultado obtido nesse procedimento foi a extração de apenas um fator. Entretanto, a solução fatorial obtida foi insatisfatória, uma vez que a variância explicada pela solução fatorial foi de apenas 45,4% da variância total. A partir desse resultado, optou-se por retirar da análise a variável com menor valor para comunalidade, de maneira que o fator obtido pudesse ter um poder maior de explicação da variância total. Deste modo, foi retirada da análise a variável CAP_12, referente à capacidade do paciente de identificar os alimentos que deve ou não ingerir, e que apresentou um valor para a comunalidade de 0,30. Os resultados para a nova análise são mostrados na Tabela 10.

Tabela 10 – Análise Fatorial do Construto Capacidade de Cumprir o Tratamento

Variáveis da Capacidade de Cumprir o Tratamento	Carga Fatorial	Comunalidade
	Capacidade	
CAP_09 - capacidade de tomar a medicação	0,683	0,47
CAP_11 - capacidade de fazer atividade física	0,809	0,66
CAP_13 - capacidade de adequar o peso	0,729	0,53
Alfa de Cronbach (apenas das variáveis de cada fator)	0,58	
Variância Explicada	55,1%	
Medida de Adequação da Amostra - KMO	0,604	
Significância no Teste Barlett de Esfericidade	0,000	
Total da Variância Explicada	55,1%	

O construto capacidade de cumprir o tratamento foi o construto que se apresentou menos consistente de forma geral, tendo a variável CAP_09, por exemplo, apresentado uma comunalidade de 0,47 e o alfa de Cronbach do construto sido de apenas 0,58. Uma possível hipótese para esse resultado advém do fato de que a capacidade para cumprir o tratamento pode estar influenciada por fatores externos à esfera do paciente. Um exemplo dessa situação é o caso em que o paciente afirma ser totalmente capaz de lembrar de tomar a medicação, mas ser pouco capaz de praticar exercícios físicos, devido a problemas ortopédicos. Neste caso, então, o que une o construto e faz com que haja sentido em sua constituição é o fato de que a falta de capacidade para cumprir o tratamento inviabiliza a adesão ao tratamento. Entretanto, quando se considera a capacidade de cumprir cada componente do tratamento, pode ser compreensível a baixa correlação entre eles. Explicando de outra forma, o que se tem no construto é uma composição de variáveis que não necessariamente se correlacionam fortemente, mas que, por outro lado, representam uma dimensão comum.

5.4.3. Análise Fatorial no Construto Motivação para Cumprir o Tratamento

Assim como no construto *conhecimento sobre o papel no tratamento*, a primeira rodada da análise fatorial resultou na eliminação de uma variável: MOT_15. Tal variável, referente à ingestão da medicação, foi eliminada por ter apresentado um valor para a comunalidade de 0,41, revelando uma baixa aderência à solução fatorial obtida. Na segunda rodada de análises, dois fatores foram extraídos e a variância explicada pela solução fatorial foi de quase 75%. Quanto à adequação da amostra, ambos os testes foram satisfatórios, o que é indicado por um resultado no teste KMO de mais de 76% e por um nível de significância no teste Barlett inferior a 0,1. Os resultados são mostrados na Tabela 11.

Tabela 11 – Análise Fatorial do Construto Motivação para Cumprir o Tratamento

Variáveis da Motivação para Cumprir o Tratamento	Carga Fatorial		Comunalidade
	Cooperação	Reeducação Alimentar	
MOT_16 - motivação para seguir as recomendações	0,793	0,183	0,66
MOT_19 - motivação para fazer atividade física	0,767	0,273	0,66
MOT_20 - motivação para ir ao local de atendimento	0,881	0,043	0,78
MOT_21 - motivação para cooperar	0,697	0,428	0,67
MOT_17 - motivação para controlar a alimentação	0,145	0,923	0,87
MOT_18 - motivação para controlar o peso	0,255	0,883	0,85
Alfa de Cronbach (apenas das variáveis de cada fator)	0,82	0,85	
Variância Explicada	42,8%	32,1%	
Medida de Adequação da Amostra - KMO		0,762	
Significância no Teste Barlett de Esfericidade		0,000	
Total da Variância Explicada		74,9%	

Os dois fatores extraídos foram chamados de *motivação para cooperar* e de *motivação para a reeducação alimentar*. Os alfas de Cronbach dos dois fatores foram de 0,82 e 0,85, respectivamente, evidenciando uma boa consistência interna entre as variáveis de cada fator. Quanto ao resultado, é bastante interessante do ponto de vista prático, pois trás luz a um ponto sensível do tratamento dos pacientes do programa: a motivação para emagrecer e controlar a alimentação. De fato, durante o trabalho de campo, ficou evidente como os pacientes enxergavam esse ponto como problemático, uma vez que as recompensas por uma eventual restrição alimentar são muito pequenas no curto prazo e os sacrifícios, segundo boa parte dos pacientes, muito grandes. A análise fatorial evidencia que a questão alimentar é uma dimensão importante do tratamento e que talvez seja importante ter atenção adicional a este aspecto.

5.4.4. Análise Fatorial no Construto Adesão ao Tratamento

Por fim, foi feita uma análise fatorial no construto *adesão ao tratamento*, que resultou na obtenção de dois fatores. A solução encontrada é capaz de explicar 62% da variância total e as medidas de adequação da amostra apresentam níveis aceitáveis, o que é indicado por um valor para o teste KMO de 70% e um resultado para o teste de Barlett inferior a 0,1. Quanto aos alfas, 0,65 e 0,69, revelaram uma consistência interna mais baixa, ainda que aceitável (HAIR et al, 2005).

Os resultados são mostrados na Tabela 12.

Tabela 12 – Análise Fatorial do Construto Adesão ao Tratamento

Variáveis da Adesão ao Tratamento	Carga Fatorial		Comunalidade
	Conscientização	Ação Efetiva	
ADE_26 - aceitação das recomendações	0,744	0,136	0,57
ADE_28 - sentimento de parceria	0,860	0,062	0,74
ADE_23 - adesão à medicação	-0,310	0,717	0,61
ADE_24 - adesão à atividade física	0,458	0,534	0,50
ADE_25 - adesão à alimentação	0,298	0,711	0,59
ADE_27 - cooperação	0,486	0,660	0,67
Alfa de Cronbach (apenas das variáveis de cada fator)	0,65	0,65	
Variância Explicada	32,1%	29,4%	
Medida de Adequação da Amostra - KMO		0,693	
Significância no Teste Barlett de Esfericidade		0,000	
Total da Variância Explicada		61,5%	

No caso do construto *adesão ao tratamento* foram extraídos dois fatores, que foram chamados de *conscientização* e de *ação efetiva*. O resultado indica a existência de uma dimensão da adesão que é puramente de conscientização, ou seja, que envolve apenas a aceitação, por parte do paciente, de que o tratamento é adequado, de que a equipe médica está lá para ajudar etc. Essa dimensão é muito importante, pois é a base para que o paciente adira ao tratamento sob quaisquer outros aspectos. Já o segundo fator engloba variáveis da adesão que exigem que o paciente aja de forma efetiva, ou seja, variáveis que envolvem as escolhas do dia a dia de cada paciente, como a realização de exercícios físicos e o controle da alimentação. Pode-se dizer que esse achado ajuda a fundamentar a filosofia holística dos programas de gerenciamento de doenças e a utilização de equipes multifuncionais, tal como apontado por Ellrodt et al (1997), levando-se em consideração que as funções psicológicas dos pacientes também precisam ser abordadas, e não somente o tratamento mais tangível.

5.5. O Teste das Hipóteses

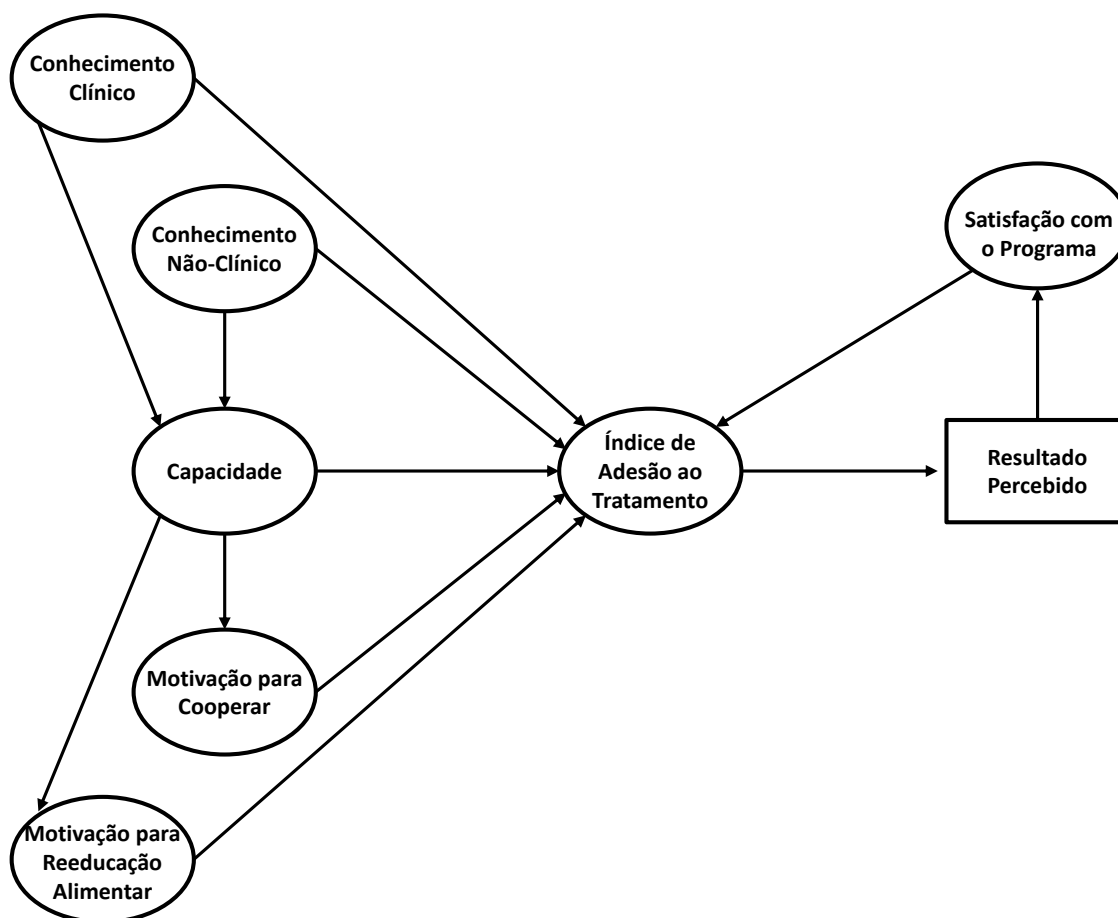
A partir da análise fatorial feita anteriormente, o modelo proposto inicialmente foi reformulado, de modo a refletir um maior detalhamento dos construtos. Assim, as hipóteses anteriormente propostas foram desmembradas para que todas as

dimensões encontradas pudessem ser avaliadas de forma independente. Para o teste do modelo, foi criado um Índice de Adesão a partir das duas dimensões encontradas na análise fatorial do construto *adesão do paciente ao tratamento*. Optou-se pela utilização do índice para que se pudesse abordar os dois construtos simultaneamente e para que a interpretação do modelo fosse simplificada. Conceitualmente, o índice nada mais é do que uma ponderação das cargas fatoriais de cada um dos dois fatores encontrados pela variância explicada por cada fator. O cálculo do Índice de Adesão é mostrado a seguir:

$$IADES_i = \frac{\sum_{j=1}^m EF_{ij} \times VarExp_j}{\sum_{j=1}^m VarExp_j}$$

Onde: EF_{ij} = escore do fator do respondente i para a dimensão j , $VarExp_j$ = variância explicada pela dimensão j .

O modelo detalhado encontra-se na Figura 4.

Figura 4 – Detalhamento do Modelo Proposto

Buscando testar as hipóteses propostas no estudo, foram utilizadas regressões lineares simples e múltiplas. O objetivo da utilização da análise de regressão foi verificar se os atributos do paciente (clareza do papel, capacidade e motivação) tinham poder de explicar o nível de adesão do paciente ao tratamento, além de verificar as relações existentes entre este nível de adesão, os resultados percebidos e a satisfação com o programa.

Os resultados das regressões encontram-se nas tabelas 13 a 17.

Tabela 13 – Resultado para a Regressão Referente a H1

Variável Dependente: Capacidade				
Variáveis Independentes	Hipótese a que se refere	Coefficiente Padronizado (Beta)	t	Sig.
Conhecimento Clínico	H1a	0,310***	3,289	0,001
Conhecimento Não-Clínico	H1b	0,195**	2,066	0,042
R ²	0,135			
R ² ajustado	0,117			
Erro Padrão da Estimativa	0,940			
F (sig.)	7,544 (0,001)			

*** significância a 1%; ** significância a 5%; * significância a 10%

Como se pode observar na Tabela 13, os resultados da regressão suportam H1a e H1b para um nível de significância de 1% e 5%, respectivamente. Isso quer dizer que tanto o conhecimento clínico como o conhecimento não clínico explicam, ao menos em parte, a capacidade do paciente de cumprir o tratamento. Esse resultado corrobora aquele encontrado por Dellande, Gilly e Graham (2004) sobre a influencia do conhecimento e da clareza sobre o papel do paciente na capacidade do paciente de cumprir seu tratamento. Segundo esses autores, os pacientes que não têm a clareza sobre o seu papel no processo ficarão impedidos de adquirir as habilidades necessárias à sua participação. Nesse caso, até o julgamento sobre ser capaz ou não de realizar algo depende de se saber que algo é este. Uma segunda explicação possível, menos direta, é que o paciente que possui o conhecimento pode se sentir mais confiante e psicologicamente mais capaz. Essa relação indireta, entretanto, não foi abordada nesse estudo. Outro fato interessante de se observar, é que o R² da regressão é baixo. Isso quer dizer que apenas uma pequena parte da capacidade é explicada pelo conhecimento sobre o tratamento. De fato, um modelo que se propusesse a prever a capacidade do paciente de cumprir o tratamento precisaria ser mais completo e incluir muitos outros construtos. Neste estudo, porém, não se tinha esse objetivo.

Tabela 14 – Resultado para a Regressão Referente a H2a

Variável Dependente: Motivação para Reeducação Alimentar				
Variável Independente	Hipótese a que se refere	Coefficiente Padronizado (Beta)	t	Sig.
Capacidade	H2a	0,428***	4,683	0,000
R ²	0,183			
R ² ajustado	0,175			
Erro Padrão da Estimativa	0,909			
F (sig.)	21,929 (0,000)			

*** significância a 1%; ** significância a 5%; * significância a 10%

Tabela 15 – Resultado para a Regressão Referente a H2b

Variável Dependente: Motivação para Cooperar				
Variável Independente	Hipótese a que se refere	Coefficiente Padronizado (Beta)	t	Sig.
Capacidade	H2b	0,358***	3,799	0,000
R ²	0,128			
R ² ajustado	0,119			
Erro Padrão da Estimativa	0,938			
F (sig.)	14,431 (0,000)			

*** significância a 1%; ** significância a 5%; * significância a 10%

As tabelas 14 e 15 também mostram que H2 é suportada pelas regressões, com um nível de significância de 1%, o que quer dizer que a capacidade de cumprir o tratamento tem uma relação positiva com a motivação para cumprir o tratamento. Novamente, o resultado desse estudo corrobora o que foi encontrado por Dellande, Gilly e Graham (2004) sobre a influencia da capacidade de cumprir o tratamento e a motivação para fazê-lo. Verificou-se que os R² não foram altos, o que se justifica pelo fato de que a capacidade é apenas um dos fatores que influencia a motivação. Observando-se a Tabela 16, que apresenta os resultados da regressão que tem o índice de adesão dos pacientes como variável dependente, percebe-se que o ajuste já é melhor, o que pode ser verificado por um R² de aproximadamente 66%. O fato de ser uma regressão múltipla, mais completa do que as regressões anteriores, ajuda a explicar o melhor ajuste da reta de regressão. Ainda assim, o resultado para

o R^2 revela que outros fatores, não considerados na regressão, também estariam influenciando a adesão dos pacientes.

Tabela 16 – Resultado para a Regressão Referente a H3, H4 e H5

Variável Dependente: Índice de Adesão				
Variáveis Independentes	Hipótese a que se refere	Coefficiente Padronizado (Beta)	t	Sig.
Conhecimento Clínico	H3a	0,128*	1,901	0,060
Conhecimento Não-Clínico	H3b	-0,052	-0,826	0,411
Capacidade	H4	0,369***	4,956	0,000
Motivação para Cooperar	H5a	0,434***	6,143	0,000
Motivação para Reeducação Alimentar	H5b	0,251***	3,679	0,000
R^2	0,657			
R^2 ajustado	0,638			
Erro Padrão da Estimativa	0,426			
F (sig.)	35,948 (0,000)			

*** significância a 1%; ** significância a 5%; * significância a 10%

Nessa regressão, observam-se bons níveis de significância para quatro das cinco variáveis testadas. A relação positiva do conhecimento não clínico com o nível de adesão não foi suportada pelos resultados do modelo. Esse resultado não era esperado, mas pode se relacionar com o fato do próprio conceito de tratamento não estar totalmente esclarecido na cabeça dos pacientes, assunto já abordado anteriormente. Assim, o conhecimento não clínico, ou a falta dele, pouco influenciariam a adesão ao tratamento do paciente que não considera os aspectos não clínicos como parte do tratamento. De qualquer forma, seria interessante um aprofundamento dessa questão em estudos futuros, dada a importância dos aspectos não clínicos no escopo dos programas de tratamento de doenças crônicas.

Quanto ao conhecimento clínico, obteve-se um p-valor de 0,06, de maneira que a hipótese H3a não seria rejeitada para um nível de significância de 10%, mas seria para um de 5%. Utilizando-se o método Stepwise de regressão linear, método que constrói a equação de regressão adicionando-se sucessivamente as variáveis que apresentem significância estatística, obteve-se uma equação de regressão que

incluiria o conhecimento clínico, que, por esse método, apresenta um p-valor de 0,046. Os resultados dessa regressão podem ser encontrados no anexo 3.

Quanto às outras variáveis independentes, nota-se uma relação positiva e estatisticamente significativa com a adesão do paciente ao tratamento. Isso quer dizer que, de fato, a capacidade de cumprir o tratamento, a motivação para cooperar e a motivação para a reeducação alimentar contribuem positivamente para o aumento nos níveis de adesão do paciente ao tratamento.

A evidência de que a *clareza do papel a cumprir*, a *capacidade* e a *motivação* são antecedentes da adesão do paciente ao tratamento é bastante importante sob a ótica de gestão de serviços e remete ao que foi trazido por Bowen em 1986, sobre a utilização desses antecedentes na modelagem do comportamento do consumidor. Assim como trazido por este autor, a clareza sobre tais antecedentes pode ser extremamente importante na confecção de estratégias que visem a gestão do comportamento dos consumidores, o que é fundamental no caso dos serviços de alta participação (BITNER et al, 1997). Considerando esse tipo de serviço, o resultado desse estudo foi bastante semelhante àquele encontrado por Dellande, Gilly e Graham (2004), que encontraram evidências sobre a correlação positiva desses mesmos antecedentes com a adesão dos pacientes a um programa emagrecimento.

Já no caso específico dos programas de gerenciamento de doenças, a evidência de que a clareza sobre o papel a cumprir, a capacidade e a motivação são condicionantes da adesão do paciente pode contribuir para a consolidação de um modelo que explique de forma mais clara como se dá esse processo de adesão, fundamental para que o tratamento seja efetivo tanto sob a ótica clínica quanto sob a ótica de racionalização de custos.

Tabela 17 – Resultado para as Hipóteses H6, H7 e H8

	Hipótese a que se refere	Coefficiente Padronizado (Beta)	t	Sig.	R ²	R ² ajust.	Erro Padrão da Estimativa	F (sig.)
Var. Dependente: Resultado Percebido Var. Independente: Índice de Adesão	H6	0,450***	4,981	0,000	0,202	0,194	0,821	24,81 (0,000)
Var. Dependente: Satisfação com o Programa Var. Independente: Resultado Percebido	H7	0,613***	7,672	0,000	0,375	0,369	0,794	58,86 (0,000)
Var. Dependente: Índice de Adesão Var. Independente: Satisfação com o Programa	H8	0,458***	5,1	0,000	0,210	0,202	0,632	26,03 (0,000)

*** significância a 1%; ** significância a 5%; * significância a 10%

Por fim, observa-se na Tabela 17 que os resultados suportam as hipóteses H6, H7 e H8 com um nível de significância de 1%. Isso quer dizer que níveis maiores de adesão impactam positivamente os resultados percebidos e estes, no nível de satisfação do paciente com o programa. Também houve correlação positiva entre o nível de satisfação com o programa e o nível de adesão. No caso do construto *satisfação com o programa*, foi utilizada uma análise fatorial para reduzir as duas variáveis a uma única dimensão. Esse procedimento foi adotado porque a proposta era de observar o sentimento geral de satisfação com o programa. Além disso, a correlação entre as duas variáveis era consideravelmente alta (74%), de maneira que a variância explicada pelo fator atingiu 87% da variância total.

O resultado para H6, ou seja, a existência de correlação positiva entre a adesão do paciente ao tratamento e o resultado percebido reforça o que dizem Bitner et al (1997) sobre a participação do paciente afetar os resultados do serviço. Outro ponto importante, já no contexto do tratamento de doentes, é que esse resultado corrobora a visão de diversos autores (DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004; URQUHART, 1996; DAVIS et al, 2007; DRIESCHNER, VERSCHUUR, 2010), que consideram que a adesão é a ponte entre o tratamento e os resultados.

É interessante notar também que este estudo evidencia, através da existência da reta de regressão, que tanto a adesão quanto o resultado percebido não se caracterizariam como variáveis dicotômicas. Ou seja, assim como acreditam Arbuthnott e Sharpe (2009), é provável que tais variáveis se aproximem de uma variável contínua, em que podem existir diversos níveis de adesão e de resultados associados, e não simplesmente adesão total e adesão nula.

Em relação à hipótese H7, de que maiores níveis de resultado percebido impactariam positivamente nos níveis de satisfação com o programa, houve evidência para suportá-la. Diversos autores, entre os quais Georgios (2004), Scott (2008) e Dellande, Gilly e Graham (2004), já haviam proposto a existência de tal relação, que, segundo Zeithaml e Bitner (2003), não é totalmente clara. Nesse caso, o R^2 de 0,375 evidencia que existem outros fatores que podem impactar a satisfação que não somente os resultados. Mesmo assim pôde-se verificar a existência de correlação positiva entre os dois construtos.

Por fim, em relação à H8, houve evidência de que maiores níveis de satisfação impactariam positivamente nos níveis de adesão ao tratamento. Esse resultado corrobora a visão de Mattke et al (2006), que acreditam que pacientes insatisfeitos tem mais dificuldade de formar laços com a equipe médica, e que isto prejudicaria a adesão ao tratamento.

Considerando-se que houve suporte às hipóteses 6, 7 e 8, pode-se dizer que há uma espécie de “círculo virtuoso” da adesão, no qual mais adesão gera mais resultado, que gera mais satisfação, que gera mais adesão. Essa constatação reforça a importância que a adesão pode ter nos programas de tratamento de doenças crônicas ao funcionar como um gatilho para a obtenção de melhores resultados.

Cabe lembrar que outras variáveis impactam os três construtos e, por isso, o sistema não “explode”, crescendo continuamente. Como se pode observar, os valores para o R^2 das regressões são relativamente baixos, o que quer dizer que as equações captam apenas uma parte da variância total.

6. RESUMO E CONCLUSÕES

Este capítulo é o capítulo de conclusão e nele são apresentados um breve resumo do estudo e as principais conclusões da pesquisa. Além disso, são sugeridas pesquisas futuras, endereçadas tanto a expandir o conteúdo que foi abordado nesse trabalho quanto a investigar pontos que divergiram do que era esperado, segundo a literatura.

6.1. Resumo do Estudo

A participação do consumidor durante a prestação de um serviço é um aspecto de grande importância para a gestão de serviços, tendo em vista sua influência nos resultados obtidos em termos de qualidade, custo e desempenho. No caso específico dos tratamentos médicos, essa participação é tão relevante, que se pode dizer que médico e paciente cocriam o serviço, já que a prestação depende sempre e inexoravelmente da colaboração entre os dois.

Nesse estudo, optou-se pela abordagem de um caso ainda mais extremo dessa situação: o tratamento de doentes crônicos. Esse tipo de doente se encontra geralmente em uma posição bastante crítica, considerando-se a natureza contínua do tratamento e os sacrifícios associados a esta condição. Nesse caso, geralmente é necessário que o paciente aprenda a incorporar o tratamento no dia-a-dia e que mude vários hábitos de vida, prejudiciais à sua condição de saúde.

A partir de uma extensa revisão da literatura sobre o tema, percebeu-se que o próprio conceito de participação do paciente permanecia pobremente definido, além do fato de haver uma série de outros termos que, de alguma forma, se assemelhavam a ele, em maior ou menor grau. Foi visto, por sua vez, que a expressão adesão ao tratamento traduziria melhor o equilíbrio de poder na relação médico-paciente e incorporaria noções mais amplas de concordância, cooperação e parceria (VERMEIRE et al, 2001), sendo, portanto, considerada mais adequada para este estudo.

A partir então da importância atribuída à adesão ao tratamento por diversos autores, foi estabelecida a seguinte pergunta de pesquisa “*Quais são, sob a perspectiva do*

paciente, os antecedentes da adesão ao tratamento?”. Ou seja, dado que a adesão é fundamental para que o tratamento seja bem sucedido, que aspectos ou fatores deverão existir para que o paciente se torne aderente ao tratamento? É importante ressaltar, nesse ponto, que o escopo desse trabalho se limita ao paciente, uma vez que diversos outros aspectos, não limitados a este, também poderiam estar relacionados com o nível de adesão, como a relação médico-paciente e o ambiente de tratamento, apenas para citar algumas possibilidades.

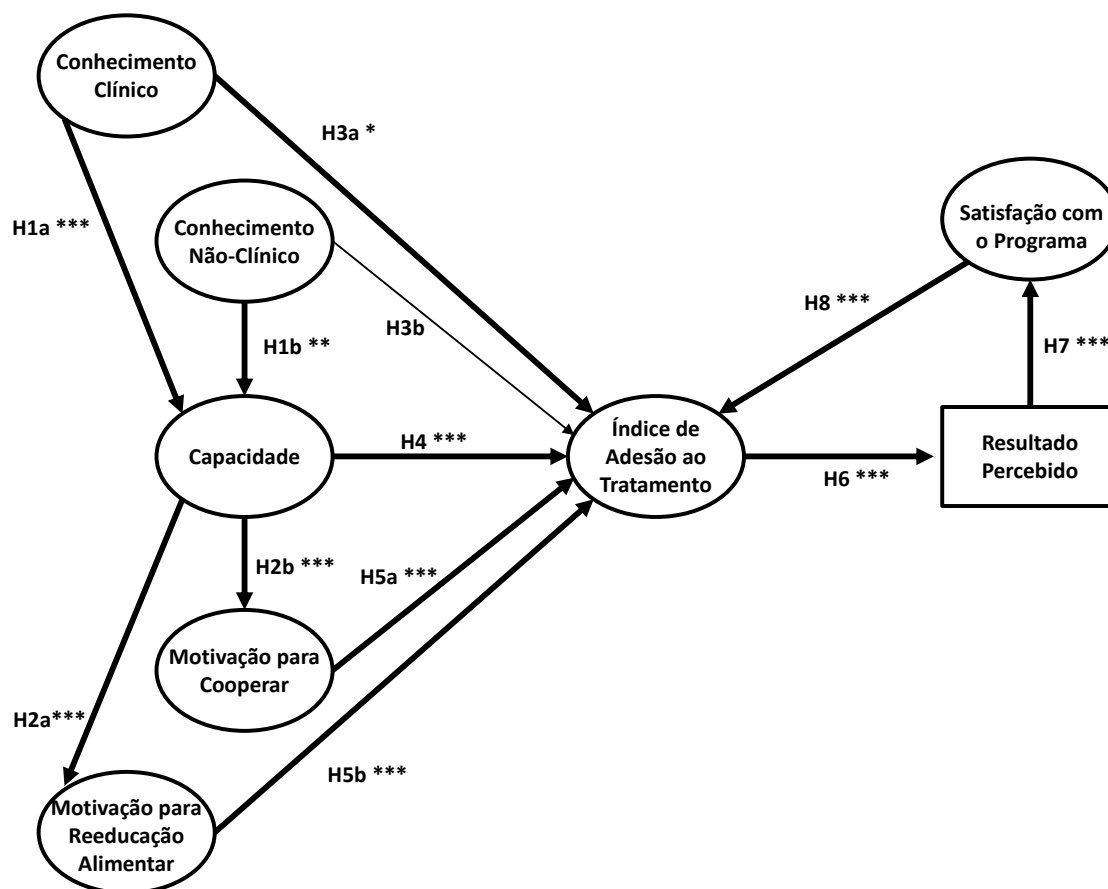
Com esta pergunta de pesquisa como guia, buscaram-se na literatura os elementos que poderiam funcionar como condicionantes à adesão do paciente. Como resultado desse esforço, chegou-se a três construtos antecedentes: clareza do papel do paciente no tratamento, capacidade de cumprir o tratamento e motivação para cumprir o tratamento. Além disso, incorporaram-se ao modelo dois outros construtos, teoricamente posteriores à adesão ao tratamento, que são os resultados percebidos pelo paciente e a satisfação do paciente com o programa de gerenciamento de doenças.

Com o objetivo de testar as relações propostas no modelo conceitual, elaborou-se um questionário que, utilizando escalas numéricas Tipo-Likert, procurava captar a percepção dos pacientes acerca dos construtos abordados.

6.2. Principais Conclusões

Embora tenha algumas limitações, o estudo foi capaz de gerar conclusões interessantes tanto sob o ponto de vista acadêmico quanto sob o gerencial. Primeiramente, foi visto que o modelo conceitual proposto se mostrou aderente à realidade (ver Figura 5), o que vai de encontro ao que se pretendia como objetivo geral: aprofundar o conhecimento sobre o fenômeno da adesão do paciente ao tratamento médico.

Figura 5 – Modelo Conceitual com Relações Testadas e Níveis de Significância



Obs: *** significância a 1%; ** significância a 5%; * significância a 10%

A principal contribuição, nesse sentido, é ajudar a esclarecer algumas relações de causa e efeito envolvendo a adesão do paciente ao tratamento e, assim, revelar algumas alavancas de atuação que possam ajudar o programa de gerenciamento de doenças a obter melhores resultados nos tratamentos médicos. Isso quer dizer que, na busca por maiores níveis de adesão ao tratamento, o corpo clínico pode investigar se os antecedentes da adesão estão presentes ou não. Assim, o modelo cria uma estrutura de raciocínio que permite aos gestores do programa de gerenciamento de doenças atuar preventivamente ou corretivamente, a depender de cada caso.

Gerencialmente, isso se traduz em um acompanhamento sobre os níveis de conhecimento e informação de cada paciente, sobre a sua capacidade efetiva de cumprir o tratamento proposto e sobre seus níveis de motivação. Desse acompanhamento, decorrem ações que envolvem a educação e instrução do

paciente e de sua família, a adaptação do tratamento à capacidade individual de cada paciente e, finalmente, ações voltadas a ajudar o paciente a se manter continuamente motivado para cumprir o tratamento.

Considerando-se as oito hipóteses propostas, houve suporte a sete delas. A exceção foi a hipótese H3b, sobre a correlação positiva entre o conhecimento não clínico e o índice de adesão ao tratamento. As outras hipóteses trouxeram evidências de que o conhecimento clínico, a capacidade de cumprir o tratamento e a motivação para cumprir o tratamento têm correlação positiva com a adesão do paciente. Outra conclusão importante diz respeito ao potencial círculo virtuoso que se inicia a partir do aumento do nível de adesão dos pacientes ao tratamento. No estudo, maiores níveis de adesão foram seguidos de melhores resultados percebidos e, estes, de mais satisfação com o programa de gerenciamento de doenças que, por sua vez, aumentava os níveis de adesão. Essa conclusão reforça ainda mais a importância da busca pela adesão dos pacientes ao tratamento.

Outra contribuição se refere ao refinamento do modelo a partir da análise fatorial, que revelou algumas dimensões importantes dentro dos construtos originalmente propostos. Nesse caso, ficou claro que, em consonância com a filosofia dos programas de gerenciamento de doenças crônicas, a clareza do papel do paciente no tratamento engloba tanto dimensões clínicas como não clínicas, embora no modelo a hipótese H3b não tenha sido suportada.

Quanto à adesão ao tratamento, a análise fatorial permitiu a separação em pelo menos duas dimensões bem definidas, uma referente à conscientização do paciente e outra referente às ações cotidianas que este deve tomar como parte do tratamento. A adesão em relação aos itens que compõem a primeira dimensão parece ser mais alta, uma vez que o próprio estado do paciente, portador de uma doença crônica, já o incentiva a adotar uma postura mais favorável à conscientização e à aceitação do tratamento como algo importante para si. Já a adesão em relação aos itens que compõem a segunda dimensão se mostrou mais baixa, uma vez que nesse caso, são exigidos sacrifícios diários tais como a prática de exercícios físicos e o controle da alimentação. Nesse caso, é importante destacar o papel dos profissionais não ligados diretamente à medicina, como nutricionistas e psicólogos, que podem ajudar os pacientes a superar esses obstáculos do dia a dia.

Em relação às variáveis que foram escolhidas para compor os construtos, pôde-se observar uma baixa correlação entre elas e as respectivas variáveis de controle. Esse resultado, que não era esperado, pode ser interpretado como a ausência de uma visão mais holística por parte dos pacientes sobre o significado de um tratamento médico dentro do contexto de um programa de gerenciamento de doenças. Nesse caso os pacientes ainda não estariam enxergando manutenção de uma dieta equilibrada, o controle do peso, a prática de exercícios físicos etc., como parte integrante e fundamental de seu tratamento.

6.3. Sugestão de Pesquisas Futuras

A primeira sugestão de pesquisa é referente à expansão do modelo proposto nesse estudo de maneira a abordar, por exemplo, aspectos que não estejam limitados à esfera do paciente e que podem ter grande impacto nos níveis de adesão, tais como a relação médico-paciente, a experiência do corpo de profissionais atuantes no programa, o ambiente de tratamento, entre tantos outros. Foi visto que na regressão em que o índice de adesão era a variável dependente, o ajuste foi de 66%, o que significa que outros fatores não considerados poderiam ser incluídos com o intuito de aumentar esse valor.

Além disso, seria de grande interesse o aperfeiçoamento do modelo proposto no que tange à mensuração dos resultados, o que poderia ser feito através da inclusão de uma mensuração mais objetiva, o que não foi possível de ser feito neste estudo. Nesse caso, além dos resultados percebidos, poderiam ser investigados como alguns indicadores clínicos (índice de massa corporal, pressão sanguínea etc.) evoluíam desde o início do tratamento.

Outros pontos que merecem mais investigação são aqueles em que houve algum tipo de divergência em relação ao que era esperado em termos de resultados de pesquisa. O primeiro desses pontos é aquele referente às variáveis que compõem os construtos abordados no estudo. Mais estudos devem ser feitos de modo a ser possível refinar a própria definição dos construtos pesquisados. O segundo ponto diz respeito à hipótese H3b, que não foi suportada pelo estudo, embora o contrário fosse esperado. Mais investigações sobre a relação entre conhecimento,

informação, clareza sobre o papel do paciente e a adesão ao tratamento merecem ser feitas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAKER, D. A.; KUMAR, V.; DAY, G. S. Pesquisa de Marketing. Tradução: Reynaldo Cavaleiro Marcondes. São Paulo: Atlas, 2001. 745 p.

ADOMEIT, A.; BAUR, A.; SALFELD, R. A New Model for Disease Management. *McKinsey Quarterly*, 2001

AHMED, T.; VILLAGRA, V. G. Disease management programs: program intervention, behavior modification, and dosage effect. *Journal of Consumer Policy*, v. 29, p. 263–278, 2006.

ANDRADE, M. M. Como Preparar Trabalhos para Cursos de Pós-Graduação. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2001, 150 p.

ARAUJO, D. V. Gerenciamento de doenças crônicas: experiência brasileira no diabetes mellitus. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*. Edição Especial, p. 14-19, 2012.

ARBUTHNOTT, A.; SHARPE, D. The effect of physician–patient collaboration on patient adherence in non-psychiatric medicine. *Patient Education and Counseling*, v. 77, p. 60-67, 2009.

BITNER, M. J. et al. Customer contributions and roles in service delivery. *International Journal of Service Industry Management*, v. 8, n. 3, p. 193-205, 1997.

_____; OSTROM, A. L.; MEUTER, M. L. Implementing successful self-service technologies. *Academy of Management Executive*, v. 17, n. 4, p. 96-108, 2002.

BOWEN, D.E. Managing Customers as Human Resources in Service Organizations. *Human Resource Management*, v. 25, n. 3, p. 371-383, 1986.

BRANDT, S.; HARTMANN, J.; HEHNER, S. How to design a successful disease-management program. *McKinsey Quarterly*, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148 p.

BRUNER II, G.C.; HENSEL, P. J. *Marketing Scales Handbook*, Chicago: American Marketing Association, 1994, 1315 p.

BRUNET, D. Crise na saúde: falta de cuidados básicos incha a rede pública no Rio de Janeiro. *O Globo*, 17 de nov. de 2010. Disponível em:

<<http://oglobo.globo.com/rio/crise-na-saude-falta-de-cuidados-basicos-incha-rede-publica-no-rio-de-janeiro-2923904> >. Acessado em: 18/07/2012.

CARE CONTINUUM ALLIANCE. Definition of Disease Management. Disponível em:< http://www.carecontinuumalliance.org/dm_definition.asp>. Acessado em: 05 de julho de 2012.

CENTER FOR ADVANCING HEALTH. *A New Definition of Patient Engagement: What is Engagement and Why is it Important?* Washington, DC, 2010.

CEZAR, G. Faltam Recursos, Sobram Queixas. *Valor Setorial: hospitais, equipamentos e serviços médicos*, p. 8-14, nov. 2011.

CHASE, R. B. Where does the customer fit in a service operation? What do you have to give up in order to let the customer "have it his way"? *Harvard Business Review*, p. 137-142, nov./dez. 1978.

CORRÊA, H. L.; CAON, M. *Gestão de Serviços: lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes*. São Paulo: Atlas, 2002. 479 p.

DAVIS, R. E. et al. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expectations*, v. 10, p. 259-267, 2007.

DELLANDE, S.; GILLY, M. C.; GRAHAM, J. L. Gaining Compliance and Losing Weight: The Role of the Service Provider in Health Care Services. *Journal of Marketing*, v. 68, p. 78-91, jul. 2004.

DELOITTE. *Os consumidores de assistência médica no Brasil: conclusões e oportunidades estratégicas*. 2011

DRIESCHNER, K. H.; VERSCHUUR, J. Treatment engagement as a predictor of premature treatment termination and treatment outcome in a correctional outpatient sample. *Criminal Behaviour and Mental Health*, v. 20, p. 86-99, 2010.

DUNBAR-JACOB, J.; MORTIMER-STEPHENS, M. K. Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 54, p. s57-s60, 2001.

ELDH, A. C.; EKMAN, I.; EHNFORSS, M. A Comparison of the Concept of Patient Participation and Patients' Descriptions as Related to Health Care Definitions. *International Journal of Nursing Knowledge*, v. 21, n. 1, p. 21-32, 2010.

ELLRODT, G. et al. Evidence-Based Disease Management. *The Journal of the American Medical Association*, v.278, n.20, p.1687-1692, 1997.

EMANUEL, E. J.; EMANUEL, L. L. Four Models of The Physician-Patient Relationship. *JAMA*, v. 267, n. 16, p. 2221-2226, 1992.

FALKUM, E.; FORDE, R. Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship: Attitudes among Norwegian physicians. *Social Science and Medicine*, v. 52, p. 239-248, 2001.

FITZSIMMONS, J. A. Consumer Participation and Productivity in Service Operations. *Interfaces*, v. 15, n. 3, p. 60-67, 1985.

_____; FITZSIMMONS, M. J. *Administração de Serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação*. 4. ed. Tradução: Jorge Ritter. Porto Alegre: Bookman, 2005. 564 p.

FORBAT, L. et al. Engaging patients in health care: An empirical study of the role of engagement on attitudes and action. *Patient Education and Counseling*, v. 74, p. 84-90, 2009.

FREI, F. Breaking the trade-off between efficiency and service. *Harvard Business Review*, nov., 2006.

FREI, F. The four things a service business must get right. *Harvard Business Review*, abr., 2008.

GEORGIOS, L. Disease management - principles and perspectives: Lessons from congestive heart failure in the European Union. *Journal of Medical Marketing*, v. 4, n. 2, p. 168-172, 2004.

GRÖNROOS, C. Service logic revisited: who creates value? And who co-creates? *European Business Review*, v. 20, n. 4, p. 298-314, 2008.

GRUMAN, J. et al. From patient education to patient engagement: Implications for the field of patient education. *Patient Education and Counseling*. v. 78, p. 350-356, 2010.

HAIR JR. J. F. et al. *Análise Multivariada de Dados*. 5. Ed. Tradução: Adonai Schlup Sant'Anna; Anselmo Chaves Neto, Porto Alegre: Bookman, 2005, 593 p.

HARVEY, N.; DEPUE, D. M. Disease Management: Program Design, Development, and Implementation. *Healthcare Financial Management*, v. 51, n. 6, p. 38-42, 1997.

HAYWOOD, K.; MARSHALL, S.; FITZPATRICK, R. Patient participation in the consultation process: A structured review of intervention strategies. *Patient Education and Counseling*, v. 63, p. 12-23, 2006.

HSIEH, A.; YEN, C. The Effect of Customer Participation on Service Providers' Job Stress. *The Service Industries Journal*, v. 25, n. 7, p. 891-905, out. 2005.

HUNTER, D. J.; FAIRFIELD, G. Disease management. *British Medical Journal*, v. 315, p. 50-53, 1997.

KELLEY, S. W.; DONNELLY, J. H.; SKINNER, S. J. Customer Participation in Service Production and Delivery. *Journal of Retailing*, v. 66, n. 3, p. 315-335, 1990.

LEMMENS, K. M. M. et al. A model to evaluate quality and effectiveness of disease management. *Quality & Safety in Health Care*, v. 17, p. 447-453, 2008.

LINDEN, A.; ADLER-MILSTEIN, J. Medicare Disease Management in Policy Context, *Health Care Financing Review*, v, 29, n. 3, p. 1-11, 2008.

LONGTIN et al. Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 85, n. 1, p. 53-62, 2010.

LOVELOCK, C. H.; YOUNG, R. F. Look to consumers to increase productivity: changing the way service organizations interact with their customers is a task for marketing, not just for operations. *Harvard Business Review*, p. 168-178, mai./jun. 1979.

LOVELOCK, C.; GUMMENSSON, E. Whither Services Marketing? In Search of a New Paradigm and Fresh Perspectives. *Journal of Service Research*, v. 7, n. 1, p. 20-41, ago. 2004.

MAISTER, D. H.; LOVELOCK, C. H. Managing Facilitator Services. *Sloan Management Review*, p. 19-31, 1982.

MALHOTRA, N. K. Pesquisa de Marketing: uma Orientação Aplicada. 4. Ed. Tradução: Laura Bocco. Porto Alegre: Bookman, 2006. 720 p.

MATTKE, S.; SEID, M.; MA, S. Evidence for the Effect of Disease Management: Is \$1 Billion a Year a Good Investment? *The American Journal of Managed Care*, v. 13, n. 12, p. 670-679, 2007.

MATTKE, S. et al. Measuring and Reporting the Performance of Disease Management Programs. Working Paper. 2006.

MENDIS, S.; ALWAN, A. (Eds.). A Prioritized Research Agenda for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva, World Health Organization, 2011.

_____; PUSKA, P.; NORRVING, B. Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. World Health Organization, Geneva, 2011.

MEUTER et al. Choosing Among Alternative Service Delivery Modes: An Investigation of Customer Trial of Self-Service Technologies. *Journal of Marketing*, v. 69, p. 61-83, abr. 2005.

MILLS, P. K.; MORRIS, J.H. Clients as “Partial” Employees of Service Organizations: Role Development in Client Participation. *Academy of Management Review*, v.11, n. 4, p. 726-735, 1986.

NORMANN, R.; RAMIREZ, R. From Value Chain to Value Constellation: Designing Interactive Strategy. *Harvard Business Review*, jul-ago, 1993.

OSTROM, A. L. Achieving “Reviewer Readiness”. *Journal of Academy of Marketing Science*, v. 31, n. 3, p. 337-340, 2003.

PORTER, M. E. A Strategy for Health Care Reform: Toward a Value-Based System. *The New England Journal of Medicine*, v. 361, n. 2, p.109-112, jul. 2009.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. How Physicians Can Change the Future of Health Care. *Journal of the American Medical Association*, v. 297, n. 10, p. 1103-1111, mar. 2007.

SACKETT, D. L. Introdução. In. HAYNES, B.; TAYLOR, D.W.; SACKETT, D. L (Eds.). *Compliance in Health Care*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1979, p. 1-7.

SAHLSTEN, M. J. M. et al. An Analysis of the Concept of Patient Participation. *Nursing Forum*, v. 43, n. 1, p. 2-11, 2008.

SAMAL, L.; WRIGHT, A.; WONG, B. T. et al. Leveraging electronic health records to support chronic disease management. *Informatics in Primary Care*, n. 19, p. 65-74, 2011.

SAMPSON, S. E.; FROEHLE, C. M. Foundations and Implications of a Proposed Unified Services Theory. *Production and Operations Management*, v. 15, n. 2, p. 329-243, 2006.

SCHMENNEN, R. W. How Can Service Businesses Survive and Prosper? *Sloan Management Review*, p. 21-32, 1986.

SCOTT, A. Impact of disease management program interventions for Medicaid patients with asthma. 2008. 122 f. Tese (Doctor of Philosophy) - Arizona State University. Arizona. 2008.

SHARMA, S. Applied Multivariate Techniques. Nova York: John Wiley & Sons, 1996, 493 p.

SPRING, M.; ARAÚJO, L. Service, services and products: rethinking operations strategy. *International Journal of Operations & Production Management*, v. 29, n.5, p. 444-467, 2009.

THIEBAUD, P. et al. Impact of Disease Management on Utilization and Adherence With Drugs and Tests. *Diabetes Care*, v. 31, n. 9, p. 1717-1722, 2008.

TRIOLA, M. F. Introdução à Estatística. 10. Ed. Tradutor: Vera Regina Lima de Farias e Flores. Rio de Janeiro: LTC, 2008, 696 p.

TRIPICCHIO, B. et al. Increasing Patient Participation: The Effects of Training Physical and Occupational Therapists to Involve Geriatric Patients in the Concerns-Clarification and Goal-Setting Processes. *Journal of Physical Therapy Education*, v. 23, n. 1, p. 55-63, 2009.

URQUHART, J. Patient non-compliance with drug regimens: measurement, clinical correlates, economic impact. *European Heart Journal*, v. 17, p. 8-15, 1996.

VARGO, S.L.; LUSCH, R.F. Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of Marketing*, v. 68, p. 1-17, jan. 2004.

VARGO, S.L.; LUSCH, R.F. Service-dominant logic: continuing the evolution. *Journal of the Academy of Marketing Science*, v. 36, p. 1-10, 2008.

VERGARA, S.C. Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2005, 96 p.

VERMEIRE et al. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, v. 26, p. 331-342, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2012(a). Health topics: Chronic diseases. Disponível em: < http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/ >. Acessado em: 05 de julho de 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2012(b). What can I do to avoid a heart attack or a stroke? Disponível em: < <http://www.who.int/features/qa/27/en/index.html> >. Acessado em: 05 de julho de 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011. Geneva, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Prevention of Cardiovascular Disease Pocket Guidelines for Assessment and Management of Cardiovascular Risk. Geneva, 2007.

ZEITHAML, V. A. How Consumer Evaluation Processes Differ Between Goods and Services. In: DONNELLY, J. H.; GEORGE, W. R. (Eds.). *Marketing of Services*. Chicago: AMA, 1981, p. 186-189.



ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J. *Marketing de Serviços: a empresa com Foco no Cliente*. 2. ed. Tradução: Marting Albert Haag e Carlos Alberto Silveira Netto Soares. Porto Alegre. Bookman, 2003. 536 p.

ZITTER, M. A New Paradigm in Health Care Delivery: Disease Management. In: TODD, W.; NASH, D. (Eds.). *Disease Management: A System Approach to Improving Patient Outcomes*. Chicago: American Hospital Publishing, 1996. p. 1-25.

ANEXO 1 – Cartão com a Escala de Concordância

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ
INSTITUTO COPPEAD DE ADMINISTRAÇÃO

CARTÃO 1: ESCALA DE NÍVEL DE CONCORDÂNCIA

DISCORDO TOTALMENTE								CONCORDO TOTALMENTE
	1	2	3	4	5	6	7	
DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO MUITO	DISCORDO EM PARTE	NEM DISCORDO, NEM CONCORDO	CONCORDO EM PARTE	CONCORDO MUITO	CONCORDO TOTALMENTE		

ANEXO 2 – Questionário Utilizado (pág. 1)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ
INSTITUTO COPPEAD DE ADMINISTRAÇÃO
JOÃO MENDES SUCCAR

joaosuccar@gmail.com / (21) 9188-4892

O Instituto Coppead de Administração está desenvolvendo um estudo sobre o programa Total Care. Por isso, gostaríamos de ouvir a sua opinião. São apenas três páginas e leva apenas alguns minutos. As respostas são **totalmente confidenciais** e não serão utilizadas individualmente.

Nome:

<Instrução> Mostrar o cartão e ensinar como funciona a escala de concordância.

<Instrução> Não existe resposta certa ou errada!

1. A equipe do programa Total Care me informou com clareza sobre minha doença .	1	2	3	4	5	6	7
2. A equipe do programa Total Care deixou claro para mim quais são as complicações na minha condição de saúde se eu não seguir o tratamento indicado.	1	2	3	4	5	6	7
3. A equipe do programa Total Care deixou claro para mim a medicação que devo tomar como parte do meu tratamento.	1	2	3	4	5	6	7
4. A equipe do programa Total Care deixou claro para mim quanto de atividade física devo fazer diariamente.	1	2	3	4	5	6	7
5. A equipe do programa Total Care deixou claro para mim qual é a faixa de peso adequada para mim.	1	2	3	4	5	6	7
6. A equipe do programa Total Care deixou claro para mim qual é a alimentação adequada para mim.	1	2	3	4	5	6	7
7. A equipe do programa Total Care deixou claro para mim quais hábitos de vida são mais adequados para mim. (Por exemplo, não fumar)	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu me considero informado sobre meu tratamento.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 2 – Questionário Utilizado (pág. 2)

9.	Eu sou capaz de tomar corretamente minha medicação . Sou capaz porque lembro, porque tenho anotados, alguém me lembra ou uso qualquer mecanismo que me ajude.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Eu tenho condições econômicas de arcar com os custos referentes à minha medicação .	1	2	3	4	5	6	7
11.	Eu sou capaz de realizar a quantidade de atividade física a mim recomendada.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Eu (ou a pessoa que prepara minhas refeições) sou (é) capaz de identificar quais alimentos eu devo ingerir e quais alimentos eu não devo ingerir.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Eu me sinto capaz de adequar meu peso aos níveis recomendados para mim.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Eu me considero capaz de cumprir meu tratamento	1	2	3	4	5	6	7
15.	Eu me sinto motivado(a) a tomar a medicação indicada pela equipe do programa Total Care.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Eu me sinto motivado(a) a seguir as recomendações gerais da equipe do programa Total Care.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Eu me sinto motivado(a) a controlar minha alimentação .	1	2	3	4	5	6	7
18.	Eu me sinto motivado(a) a controlar meu peso .	1	2	3	4	5	6	7
19.	Eu me sinto motivado(a) a manter o nível de atividade física recomendado para mim.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Eu me sinto motivado(a) a ir ao local de atendimento do programa Total Care para fazer o tratamento.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Eu me sinto motivado(a) a cooperar com a equipe do programa Total Care.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Eu me sinto motivado(a) a cumprir meu tratamento .	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 2 – Questionário Utilizado (pág. 3)

23. Eu efetivamente tomo a minha medicação corretamente.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu efetivamente mantenho o nível de atividade física recomendado para mim pela equipe do programa Total Care.	1	2	3	4	5	6	7
25. Quanto à minha alimentação , eu efetivamente sigo as recomendações feitas pela equipe do programa Total Care.	1	2	3	4	5	6	7
26. Eu sinto que seguir as recomendações da equipe do programa Total Care é uma decisão inteligente .	1	2	3	4	5	6	7
27. Eu sinto que coopero com a equipe do programa Total Care no meu tratamento.	1	2	3	4	5	6	7
28. Eu vejo a equipe do programa Total Care como parceiros no meu tratamento.	1	2	3	4	5	6	7
29. Eu efetivamente cumpro o meu tratamento.	1	2	3	4	5	6	7
30. Em relação à minha condição de saúde , eu percebo resultados positivos desde que entrei no programa Total Care.	1	2	3	4	5	6	7
31. Considerando minha saúde , eu me sinto satisfeito(a) com o programa Total Care.	1	2	3	4	5	6	7
32. Considerando meu bem-estar no dia a dia , eu me sinto satisfeito(a) com o programa Total Care.	1	2	3	4	5	6	7
33. Eu me sinto satisfeito com o programa Total Care	1	2	3	4	5	6	7

Escolaridade:

- () 1º Grau Incompleto () Superior Incompleto
 () 1º Grau Completo () Superior Completo
 () 2º Grau Incompleto () Mestrado Completo
 () 2º Grau Completo () Doutorado Completo

Renda Familiar Mensal

- () Menos de R\$ 1.999 () Entre R\$ 11.000 e 13.999
 () Entre R\$ 2.000 e 4.999 () Entre R\$ 14.000 e 16.999
 () Entre R\$ 5.000 e 7.999 () Entre R\$ 17.000 e 19.999
 () Entre R\$ 8.000 e 10.999 () Acima de R\$ 20.000

ANEXO 3 – Resultado da Regressão, Variável Dependente: Índice de Adesão, Método Stepwise

Model		Coefficients ^a				
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
4	(Constant)	,000	,042		,000	1,000
	CAP_Capacidade	,257	,052	,363	4,906	,000
	MOT_Cooperação	,298	,049	,422	6,112	,000
	MOT_Reeducação Alimentar	,175	,048	,247	3,632	,000
	CON_Conhecimento Clínico	,096	,047	,135	2,020	,046