

**ANA LUÍSA ROCHA**

Enfermeira, Mestrado, Unidade de Cuidados na Comunidade de Santa Maria da Feira, Portugal.

✉ analuisadvrocha@gmail.com

LÍGIA LIMA

Professora Coordenadora, Doutoramento, ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

CELESTE BASTOS

Professora Adjunta, Doutoramento ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

AUTOGESTÃO NA PESSOA COM DOENÇA CORONÁRIA: IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Self-management in patients with coronary heart disease: importance of nursing intervention

Abstract

Introduction and objectives: Coronary heart disease is one of the main causes of death in Portugal, especially. It is a chronic illness with a complex therapeutic regimen, and since it is often asymptomatic non-adherence is quite frequent, especially in relation to the non-pharmacological component. The present study aims to: a) characterize patients with coronary disease in relation to cardiovascular risk factors, adherence to non-pharmacological treatment, perceived competence and perception of autonomous support by health professionals b) study if nursing intervention promotes self-management in patients with coronary heart disease.

Methodology: This is a descriptive, cross-sectional study and correlational study. The participants were 46 patients with coronary heart disease, from two hospitals in the northern region of Portugal, 45,7 % of which were followed by a nursing consultation. Instruments used were: the Perceived Competence Scale, the Health Care Climate Questionnaire, a questionnaire about non-pharmacological adherence.

Results and discussion: Results showed that participants reported a moderate adherence to the non-pharmacological treatment, feel very competent to manage their treatment, and perceive the health climate as supportive of their autonomy. Patients supported by nurses reported higher adherence to non-pharmacological treatment strategies, higher perceived competence and perceived the health care climate as supportive of their autonomy when compared to those attended only by doctors.

Conclusions: This study suggests that nursing interventions are important for the promotion of self-management in coronary heart patients, and that these interventions should be focused on perceived competence and the promotion of autonomous motivation.

KEYWORDS: CORONARY DISEASE, NURSING CARE, PERSONAL AUTONOMY, SELF-MANAGEMENT.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas são o maior problema de saúde global do século XXI¹. A baixa adesão a terapias de longa duração, em pessoas com doenças crônicas, é considerada uma realidade preocupante^{2,3} que carece da implementação de estratégias relevantes para mitigar o seu impacto².

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Portugal⁴, entre as quais se inclui a doença coronária, também referida, por alguns autores, como doença isquémica cardíaca. O carácter assintomático da evolução desta doença dificulta o reconhecimento e o tratamento precoce dos doentes, e tem também uma influência negativa no plano motivacional para a correção de estilos de vida e na adesão ao regime terapêutico⁵. A longo prazo, o que se verifica é que, frequentemente, estes doentes não aderem à terapêutica e mantêm comportamentos de risco⁶.

A prevenção secundária da doença coronária, que pode ser definida como um conjunto de medidas que visam a redução da recorrência da doença cardiovascular e a melhoria do prognóstico a longo prazo,

é ainda pouco aceite e praticada, apesar de estar demonstrada a sua eficácia⁷. Este nível de prevenção passa por um regime terapêutico complexo, com uma componente farmacológica e outra não farmacológica, que exige à pessoa o domínio de um conjunto de conhecimentos e competências, de modo a atingir a mestria na autogestão da sua condição de saúde/doença. Frequentemente, o confronto com a doença coronária exige mudanças não só a nível pessoal, mas também da esfera familiar e social, com necessidade de reformular as atividades no domínio do autocuidado e a própria dinâmica familiar.

Há evidência da efetividade de programas preventivos especializados e de consultas de enfermagem, nas mudanças de estilos de vida⁸. Assim como, da implementação de programas de ensino estruturado, na melhoria do controlo dos fatores de risco cardiovasculares nos doentes coronários⁶.

No âmbito das intervenções para a autogestão na doença crónica, os prestadores de cuidados devem promover mudanças motivacionais nos doentes⁹. Uma das teorias da motivação humana, que tem dado provas de eficácia no processo de autogestão na doença crónica, é a Teoria da Autodeterminação (TAD)^{10,11}. A TAD investiga os processos através dos quais a pessoa adquire a motivação para iniciar e manter comportamentos ao longo do tempo, nomeadamente, os comportamentos de saúde e a adesão ao regime de tratamento¹⁰.

A TAD constitui a base teórica deste estudo no sentido de conhecer e compreender os fatores motivacionais, associados ao processo de autogestão da pessoa com patologia coronária. As variáveis motivacionais consideradas no estudo foram: a perceção do doente relativamente ao tipo de suporte proporcionado pelos profissionais de saúde (perceção do ambiente terapêutico) e o

grau de confiança do doente, na sua capacidade para manter o regime terapêutico (competência percebida). Estas duas variáveis têm sido utilizadas no estudo da adesão terapêutica e da autogestão, em diferentes patologias crónicas^{12,16}, nomeadamente, nas situações de doença coronária¹¹.

Foi finalidade do estudo contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, no domínio da autogestão, nomeadamente dos fatores psicossociais que se relacionam com a adesão ao regime terapêutico.

OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivos: a) caracterizar as pessoas com doença coronária relativamente à presença de fatores de risco cardiovascular, comportamentos de adesão ao regime não farmacológico e variáveis motivacionais; b) estudar o papel da intervenção de enfermagem na promoção da autogestão na doença coronária, mais concretamente, ao nível de variáveis motivacionais e de adesão ao regime terapêutico, na sua componente não farmacológica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, do tipo descritivo-correlacional, com uma amostra não probabilística e de conveniência, constituída por 46 pessoas portadoras de doença coronária, recrutadas em duas unidades hospitalares da região norte de Portugal.

De modo a seleccionar os participantes no estudo, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: (1) diagnóstico de patologia coronária, independentemente do tempo de diagnóstico; (2) ambos os sexos; (3) maiores de 18 anos; (3) serem seguidos em consulta de enfermagem ou na ausência desta, em consulta médica da especialidade de Cardio- >

TABELA 1

VARIÁVEIS MOTIVACIONAIS

Variáveis	M	DP	Min.	Máx.	N
Competência percebida	6,36	0,85	4,00	7,00	46
Ambiente terapêutico	6,02	1,29	1,00	7,00	46

TABELA 2

ADESÃO AO REGIME NÃO MEDICAMENTOSO

VARIÁVEL	M	DP	MIN.	MAX.	N
Alimentação	4,04	1,15	1	5	46
Exercício físico	3,35	1,43	1	5	46
Redução exposição ao tabaco	4,43	1,20	1	5	46
Redução do stresse e ansiedade	3,54	1,11	1	5	46
Autovigilância	3,96	1,11	1	5	46
Score total de Adesão ao RNM	3,86	0,68	2,20	5	46

logia. Foram critérios de exclusão: (1) patologia cardíaca não coronária; (2) presença de défices cognitivos que impossibilitassem o preenchimento do questionário.

A recolha de dados foi efetuada entre Abril de 2014 e Junho de 2015, através de um formulário constituído por um conjunto de instrumentos de avaliação, que passamos a apresentar.

Questionário sociodemográfico e de saúde, construído para este estudo com o objetivo de proceder à caracterização sociodemográfica da amostra e identificar fatores de risco cardiovascular.

Questionário de medidas não farmacológicas, construído para este estudo, constituído por duas partes. Na primeira parte avalia-se a adesão às indicações do médico/enfermeiro relativamente a diferentes comportamentos de saúde (regime alimentar, regime de exercício físico, redução da exposição ao tabaco, redução do stress e da ansiedade, e autovigilância). As afirmações são cotadas numa escala do tipo Likert que varia entre 1 (nunca) e 5 (quase sempre), sendo o score total obtido

através da soma das respostas aos cinco itens, quanto maior o valor obtido, maior a adesão ao regime não medicamentoso. Na segunda parte avalia-se as dificuldades sentidas pelos participantes em cumprir as indicações acima referidas através de perguntas de resposta fechada (sim/não), com justificação das respostas afirmativas.

Escala de Competência Percebida, versão portuguesa da escala original *Perceived Competence Scale*, composta por quatro itens, avaliados através de uma escala do tipo Likert que varia entre 1 (nada verdadeira) e 7 (totalmente verdadeira), na qual o resultado é obtido através da média da resposta aos quatro itens, sendo que quanto maior o valor obtido, mais competente se sente a pessoa para seguir o comportamento em avaliação.

Questionário de Perceção do Ambiente Terapêutico, versão portuguesa de seis itens do questionário original *Health Care Climate Questionnaire* (HCCQ). Cada item é avaliado através de uma escala do tipo Likert que varia entre 1 (nada verdadeira) e 7 (totalmente verdadeira), sendo a pontuação final calculada através da média individual das pontuações em cada item. Um valor total mais elevado significa uma perceção de maior apoio à autonomia.

O tratamento e análise dos dados foi realizado com recurso ao programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20.0.

Os dados foram recolhidos antes ou após as consultas médicas e/ou de enfermagem, onde os doentes eram seguidos em regime de ambulatório.

Este estudo cumpriu os princípios éticos orientadores da investigação científica no âmbito da saúde, e foi aprovado pelas Comissões de Ética das instituições envolvidas. Os participantes foram informados do objetivo do estudo e do carácter de voluntariado que a sua participação teria no mesmo, não interferindo com o acompanhamento que estavam a ter nas instituições hospitalares envolvidas. Todos os participantes assinaram uma declaração de consentimento para participarem no estudo. Foi salvaguardado a confidencialidade dos dados recolhidos.

RESULTADOS

Os participantes eram na sua maioria do sexo masculino (82,6%), com uma média de idade de 62 anos (DP= 10,29), maioritariamente casados (80,4%) e maioritariamente reformados (60,9%).

Quanto à presença de fatores de risco cardiovascular verificamos uma predominância do excesso de peso (87%), seguido da dislipidemia (76,1%) e da hipertensão arterial (71,7%). Apenas 45,7% dos participantes eram seguidos em consulta de enfermagem, com uma regularidade que variava entre 15 dias e 6 meses.

Os resultados apresentados na **tabela 1**, dizem respeito às variáveis motivacionais. Quanto à competên-

cia percebida, o valor da média obtido foi elevado (M= 6,36; DP=0,85), tendo em conta o valor médio da escala. Foi avaliada também a percepção acerca do ambiente terapêutico, cujo valor foi também elevado (M= 6,02; DP=1,29). Assim, podemos constatar que os participantes deste estudo se sentiam bastante competentes para seguirem o tratamento da sua doença e percecionavam o ambiente terapêutico como facilitador da sua autonomia.

Na **tabela 2** estão reunidos os resultados relativamente à adesão ao regime não farmacológico. O score total de adesão, que foi obtido através do cálculo das respostas aos cinco itens, corresponde a um valor medio/alto (M= 3,86; DP=0,68). Este resultado indica-nos que os participantes relataram cumprir o regime não farmacológico numa frequência entre "às vezes" e "muitas vezes".

Das indicações relacionadas com o regime não medicamentoso, verificamos que as questões relativas à redução da exposição ao tabaco foram as que obtiveram uma média mais elevada (M=4,43; DP=1,20), seguidas das indicações relativas à alimentação (M= 4,04; DP=1,15) e as medidas relativas à autovigilância (M=3,96; DP=1,11). As indicações que os participantes referiram como sendo as que cumpriam com uma menor frequência foram as questões relativas ao exercício físico (M=3,35; DP=1,43) e a redução do stress e da ansiedade (M=3,54; DP=1,11).

Quando questionados acerca da dificuldade em cumprir as indicações relativas ao regime não farmacológico (**Tabela 3**), a maioria dos participantes (54,3%) afirmou sentir dificuldade em cumprir o regime de exercício físico, seguido da redução do stress e da ansiedade (50%) e do regime alimentar (43,5%). As questões em que os participantes referiram menor dificuldade em cumprir foram a redução da exposição ao tabaco (6,5%) e as medidas de autovigilância (10,9%).

As questões relativas às dificuldades que os participantes sentiram face aos diferentes parâmetros do regime não farmacológico, foram submetidas a análise de conteúdo e agrupadas em categorias que expressam os motivos invocados: a) Exercício físico: cansaço, problemas osteoarticulares, sedentarismo, falta de motivação, gestão de tempo; b) Redução do stress e da ansiedade: personalidade e problemas pessoais (familiares e profissionais); c) Regime alimentar: falta de horário e local regular para realizar as refeições, falta de conhecimento sobre o regime alimentar, maus hábitos alimentares, dificuldade em controlar impulsos; d) Redução da exposição ao tabaco: exposição passiva ao fumo, dependência; e) Autovigilância: falta de conhecimento acerca das medidas de autovigilância e da sua importância.

De modo a verificar se os participantes seguidos em consulta de enfermagem, se diferenciavam ao

nível das variáveis motivacionais e da adesão ao regime não farmacológico, quando comparados com os restantes participantes, foi realizado o Teste T para amostras independentes, cujos resultados estão apresentados na **Tabela 4**.

Os resultados apontam diferenças estatisticamente muito significativas entre os participantes que eram seguidos em consulta de enfermagem, comparativamente com aqueles que apenas eram seguidos em consulta médica, a nível da competência percebida ($t(44)= 2,40, p=0,02$), da percepção do ambiente terapêutico enquanto promotor da autonomia ($t(44)= 2,41, p=0,02$) e da adesão ao regime não farmacológico ($t(44)= 3,03, p=0,0004$). Através destes resultados, inferimos que os participantes seguidos em consulta de enfermagem apresentaram uma maior competência percebida, uma melhor percepção do ambiente terapêutico enquanto facilitador da autonomia e maior adesão ao regime não medicamentoso, quando comparados com os participantes que eram apenas seguidos em consulta médica.

DISCUSSÃO

Neste estudo, as características sociodemográficas da amostra são semelhantes ao perfil de doentes coronários na população portuguesa, na sua maioria do sexo masculino, casados, reformados e com uma maior incidência da doença entre os 50-70 anos.⁴¹⁷ Quanto aos fatores de risco cardiovascular, verificou-se que os fatores mais prevalentes foram o excesso de peso, a dislipidemia e a hipertensão arterial.

O excesso de peso é referido como o principal problema de saúde pública em Portugal¹⁸ e como o segundo fator de risco cardiovascular mais prevalente na população portuguesa¹⁹. Alguns autores referem ainda, uma associação positiva entre o índice de massa corporal e o risco de

TABELA 3

DIFICULDADE EM CUMPRIR AS INDICAÇÕES RELATIVAS AO REGIME NÃO MEDICAMENTOSO

DIFICULDADE EM CUMPRIR INDICAÇÕES	%	N= 46
Regime de exercício físico	54,3	25
Redução do stress e ansiedade	50	23
Regime alimentar	43,5	20
Medidas de autovigilância	10,9	5
Redução da exposição ao tabaco	6,5	3

morte por doença cardiovascular²⁰. Os resultados obtidos relativamente à dislipidemia, vão ao encontro dos resultados de outros estudos realizados em Portugal¹⁹, em que se verificou uma elevada prevalência da dislipidemia na população portuguesa. Estes autores referem que, apesar da utilização frequente de medicação hipolipemiente, os valores de dislipidemia encontrados na população continuam aquém dos objetivos delineados pelas recomendações nacionais e internacionais. No caso específico da doença coronária, a dislipidemia constitui um dos fatores de risco modificáveis mais importante, agravando a probabilidade de ocorrência de um enfarte agudo do miocárdio fatal²¹. A hipertensão arterial, como fator major de risco para a doença coronária⁸, também se encontra entre os mais prevalentes neste estudo, indo ao encontro dos dados que destacam a elevada prevalência da hipertensão arterial em Portugal. A missão da redução do risco cardiovascular do Programa Nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares, passa pela redução da HTA e da dislipidemia⁴. Sensivelmente metade da amostra era seguida em consulta de enfermagem, cuja frequência variava entre 15 dias e 6 meses. De uma forma geral, esta consulta de enfermagem, apesar de não constituir um programa oficial de reabilitação cardíaca, por não integrar todas as fases e componentes preconizadas para este tipo de programas²³, incidia sobre algumas das suas componentes, como seja, a avaliação clínica e a vigilância da adesão ao regime terapêutico, assim como, a promoção de estilos de vida saudáveis, a educação alimentar, o controlo de peso e a cessação tabágica. A acessibilidade dos doentes às consultas de enfermagem e uma distribuição geográfica equilibrada de centros de reabilitação cardíaca, são temas de grande atualidade e pertinência em Portugal. Sabe-se

que os doentes tendem a não participar em programas que obriguem a deslocações, do seu domicílio, superiores a 30 km²⁴. É também uma realidade que, apesar do aumento gradual do número de doentes referenciados para programas de reabilitação cardíaca, a participação dos doentes nesses programas, em Portugal, é substancialmente inferior à participação dos doentes no mesmo tipo de programas, na Europa Central²⁴. Quanto às variáveis motivacionais, podemos constatar que os participantes deste estudo se sentiam bastante competentes para a gestão da sua doença. As pessoas autoavaliavam-se como competentes na medida em que se sentem confiantes e capazes para controlar aspetos relacionados com o comportamento a alterar¹⁰. Os efeitos positivos da competência percebida a nível da adoção e manutenção de comportamentos de saúde e de gestão da doença crónica, tem sido reportada noutros estudos, realizados em Portugal, nomeadamente, um estudo centrado na cessação tabágica em doentes coronários⁴¹, um estudo em pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica²⁶ e um terceiro estudo envolvendo pessoas com diabetes²⁷. Importa salientar que este resultado tão elevado, na competência percebida, pode estar associado às propriedades psicométricas do instrumento, podendo existir um possível efeito teto nos resultados²⁶. Os participantes do estudo podem ter respondido ao questionário sobrevalorizando as suas capacidades, o que pode ter sido potenciado pelo facto do instrumento ter sido aplicado sob a forma de formulário. Quanto ao ambiente terapêutico, verificou-se uma elevada perceção do mesmo enquanto facilitador da autonomia para a autogestão. Na perceção dos participantes, os profissionais de saúde que os acompanharam, demonstraram confiança nas suas capacidades de gestão de

tratamento, fomentaram e respeitaram a sua autonomia nessa mesma gestão.

O suporte dos profissionais de saúde é um dos fatores que explica a adesão a estilos de vida saudáveis em doentes coronários²⁸, mas também se verificou essa tendência em adolescentes diabéticos²⁵, em que o ambiente terapêutico parece contribuir para a melhoria da autonomia e da competência percebida. Quando os profissionais intervêm no sentido de promover a autonomia do doente, este tende a tornar-se mais independente e a sentir-se mais competente, traduzindo-se em melhores resultados de saúde²⁹. Quanto ao regime não farmacológico, a adesão apresentou um valor médio-alto. Este resultado reveste-se de grande importância para o processo de autogestão, uma vez que a adesão às recomendações comportamentais (dieta, exercício, cessação tabágica), após um evento cardiovascular, está associada a um substancial decréscimo no risco de eventos cardiovasculares recorrentes^{8,20}.

Os participantes referiram que as indicações que cumpriam com maior frequência eram as relativas à exposição ao tabaco, resultado que pode estar associado ao facto de apenas uma pequena parte da amostra ser fumadora. As indicações relativas ao regime alimentar foram referidas como sendo frequentemente cumpridas, no entanto, 43,5% dos participantes referiram dificuldade em cumprir o regime alimentar e uma percentagem elevada apresenta excesso de peso, deixando transparecer alguma disparidade entre os resultados. Uma possível razão para esta aparente disparidade é o défice de conhecimentos acerca da alimentação saudável. É possível que alguns participantes tenham referido que cumprem o regime alimentar, desconhecendo qual o regime alimentar apropriado. Este problema já foi previamente identificado

TABELA 4

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO TESTE T (T) EM FUNÇÃO DO SEGUIMENTO EM CONSULTA DE ENFERMAGEM

VARIÁVEIS	CONSULTA DE ENFERMAGEM		T
	M (DP)		
	SIM (N= 21)	NÃO (N= 25)	
Competência percebida	6,68 (0,46)	6,1 (1,01)	2,41*
Ambiente terapêutico	6,50 (0,66)	5,62 (1,55)	2,41*
Adesão regime não medicamentoso	4,17 (0,57)	3,61 (0,67)	3,03**

na população portuguesa e, neste sentido, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cérebro-cardiovasculares, enfatiza as estratégias que visam a melhoria da informação sobre os malefícios do excesso ponderal e as vantagens de uma alimentação saudável⁴.

Um estudo internacional associa o défice de conhecimentos sobre os hábitos saudáveis, à baixa adesão a mudanças de comportamento, nos doentes do foro cardiovascular³⁰. As indicações relativas ao regime de exercício físico, assim como a redução do stress e da ansiedade, foram as indicações que apresentaram uma menor taxa de adesão por parte dos participantes, tendo no caso do exercício físico, a falta de motivação sido uma das justificações apresentadas. Estes resultados fazem-nos refletir sobre a importância dos fatores motivacionais na autogestão da doença, nomeadamente, a nível da mudança de comportamentos e da sua manutenção a longo prazo, já verificado em doentes coronários^{11,28} e em pessoas com outras doenças crónicas^{10,13,15,25,26,27,29}.

A dificuldade que os participantes referiram relativamente à redução do stress e da ansiedade, foi atribuída a razões como a personalidade e a problemas pessoais, familiares e profissionais. O ensino de técnicas de gestão de stress é considerado com importância equiparada a to-

das as outras recomendações relativas às mudanças de estilo de vida, em pessoas com elevado risco de doença cardiovascular^{8,20}.

Uma variável de especial interesse neste estudo foi o seguimento em consulta de enfermagem. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo que era acompanhado em consulta de enfermagem e o grupo que era seguido apenas em consulta médica. Isto é, o grupo de doentes seguido em consulta de enfermagem apresentava uma maior adesão ao regime não farmacológico, uma maior competência percebida e uma maior perceção do ambiente terapêutico como facilitador da autonomia para a autogestão. Embora as consultas de enfermagem funcionem num número restrito de instituições de saúde, a importância da intervenção dos enfermeiros na autogestão da doença coronária tem sido demonstrada por vários autores^{6,8,23,31}, nomeadamente no que se refere à promoção de mudanças de estilos de vida, controle de fatores de risco e adesão terapêutica, com contributos na diminuição da mortalidade e diminuição de ocorrência de complicações.

CONCLUSÕES

Neste estudo, realizado com pessoas diagnosticadas com doença

coronária, os participantes tendem a aderir ao regime não farmacológico, no entanto, verifica-se a existência de fatores de risco cardiovascular, particularmente, o excesso de peso, a dislipidemia e a hipertensão arterial, que podem concorrer para o agravamento da situação clínica.

Os resultados apontam para uma diferenciação entre os participantes que usufruíram da consulta de enfermagem, daqueles que não usufruíram desta consulta, no que respeita às variáveis motivacionais e à adesão ao regime não farmacológico. Isto é, os participantes atendidos em consulta de enfermagem, apresentaram maior nível de adesão ao tratamento, sentiram-se mais confiantes na sua capacidade para seguir esse regime de tratamento e perceberam a intervenção dos enfermeiros como promotora da sua autonomia. Este é um resultado inovador, que sugere a relevância da intervenção dos enfermeiros junto das pessoas com doença coronária.

No futuro seria importante o desenvolvimento de programas de intervenção de enfermagem focados no suporte da autonomia e na promoção da competência das pessoas com doença coronária, com o objetivo de capacitar as pessoas para a autogestão da doença e do regime terapêutico, particularmente na sua componente não farmacológica. ▶



Referências

1. Bousquet J, Anto JM, Sterk PJ, Adcock IM, Chung KF, Roca J, et al. Systems medicine and integrated care to combat chronic noncommunicable diseases. *Genome Medicine* [Internet]. 2011 Jul 6 [cited 2019 Jul 20];3(7):43. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21745417&lang=pt-br&site=ehost-live>
2. Alhewiti A. Adherence to Long-Term Therapies and Beliefs about Medications. *International Journal Of Family Medicine* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jul 19];2014:479596. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=24688792&lang=pt-br&site=ehost-live>
3. Lemay J, Waheed M, Al-Sharqawi S, Bayoud T. Medication adherence in chronic illness: do beliefs about medications play a role? *Patient Preference And Adherence* [Internet]. 2018 Sep 5 [cited 2019 Jul 20];12:1687-98. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=30233149&lang=pt-br&site=ehost-live>
4. Direção Geral da Saúde. Portugal. Programa Nacional para as doenças cerebro-cardiovasculares 2017. Lisboa: Direção-Geral de Saúde; 2017.
5. Dias Henriques, JM. Adesão ao regime terapêutico proposto à pessoa com história de EAM: o papel do enfermeiro. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2011. Dissertação de mestrado.
6. Ferreira Reveles A, Henriques Simões IM, Carvalho Ferreira PA. Nursing consultation and control of cardiovascular risk factors in patients with acute coronary syndrome. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet]. 2018 Apr [cited 2019 Jul 23];4(17):33-42. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cm&AN=130496703&lang=pt-pt&site=ehost-live>.
7. Frederix I, Dendale P, Schmid J-P. Who needs secondary prevention? *European Journal Of Preventive Cardiology* [Internet]. 2017 Jun [cited 2019 Jul 23];24(3_suppl):8-13. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=28618916&lang=pt-pt&site=ehost-live>.
8. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EA-CPR). *European Journal Of Preventive Cardiology* [Internet]. 2016 Jul [cited 2019 Jul 23];23(11):NP1-NP96. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=27353126&lang=pt-pt&site=ehost-live>.
9. Bos-Touwen ID, Trappenburg JCA, van der Wulp I, Schuurmans MJ, de Wit NJ. Patient factors that influence clinicians' decision making in self-management support: A clinical vignette study. *Plos One* [Internet]. 2017 Feb 6 [cited 2019 Jul 19];12(2):e0171251. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=28166244&lang=pt-br&site=ehost-live>.
10. Ryan RM, Patrick H, Deci EL, & Williams GC. Facilitating health behavior change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 2008; 10, 2-5.
11. Rocha V, Guerra M, Lemos M, Maciel J, Williams G. Motivation to Quit Smoking after Acute Coronary Syndrome. *Acta Medica Portuguesa* [Internet]. 2017 Jan 31 [cited 2019 Jul 24];30(1):34-40. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=28501035&lang=pt-pt&site=ehost-live>.
12. Kálcsa-János K, Williams GC, & Szamosjői I. Intercultural differences of motivation in patients with diabetes. A comparative study of motivation in patients with diabetes from Transylvania and USA. *Transylvanian Journal of Psychology* [Internet]. 2017 Jan [cited 2019 Jul 20]; (1):3-19. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=124199535&lang=pt-br&site=ehost-live>.
13. Chen M-F, Chang R-E, Tsai H-B, Hou Y-H. Effects of perceived autonomy support and basic need satisfaction on quality of life in hemodialysis patients. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation* [Internet]. 2018 Mar [cited 2019 Jul 20];27(3):765-73. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=29027069&lang=pt-br&site=ehost-live>.
14. Sansfaçon J, Gauvin L, Fletcher É, Cottier D, Rossi E, Kahan E, et al. Prognostic value of autonomous and controlled motivation in outpatient eating-disorder treatment. *The International Journal Of Eating Disorders* [Internet]. 2018 Oct [cited 2019 Jul 20];51(10):1194-200. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=30171769&lang=pt-br&site=ehost-live>.
15. Walker KC, Valentiner LS, Langberg H. Motivational factors for initiating, implementing, and maintaining physical activity behavior following a rehabilitation program for patients with type 2 diabetes: a longitudinal, qualitative, interview study. *Patient Preference & Adherence* [Internet]. 2018 Jan [cited 2019 Jul 20];12:145-52. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=128057553&lang=pt-br&site=ehost-live>.
16. Shackelford JL, Kelley SJ, Spratling R. Applying the Self-determination Theory to Health-related Quality of Life for Adolescents with Congenital Heart Disease. *Journal Of Pediatric Nursing* [Internet]. 2019 May [cited 2019 Jul 20];46:62-71. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=30856460&lang=pt-br&site=ehost-live>
17. Administração Regional de Saúde do Norte. Plano Regional de Saúde do Norte, 2014-2016. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.; 2014.
18. Direção Geral de Saúde. Portugal. Programa Nacional para a promoção da alimentação saudável 2017. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2017.
19. Rocha, E, Cruz Ferreira, R, Abreu A, Portugal, R, Nogueira, P, Timóteo, A. Relatório Prevenção em destaque - Portugal. *Revista Fatores de Risco*. 2015 Abr-Jun, 36: 8-21.
20. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European Heart Journal* [Internet]. 2012 Jul [cited 2019 Jul 24];33(13):1635-701. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22555213&lang=pt-pt&site=ehost-live>
21. Direção Geral da Saúde. Portugal. Prescrição de exames la-

- boratoriais para avaliação de dislipidemias no adulto. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015.
26. Direção Geral da Saúde. Portugal. Doenças Processo assistencial integrado do risco vascular no adulto. Lisboa: Direção-Geral de Saúde; 2014.
 27. Cortés-Beringola A, Fitzsimons D, Pelliccia A, Moreno G, Martín-Asenjo R, Bueno H. Planning secondary prevention: Room for improvement. *European Journal Of Preventive Cardiology* [Internet]. 2017 Jun [cited 2019 Jul 21];24(3_suppl):22-8. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=28618903&lang=pt-br&site=ehost-live>.
 28. Mendes M. Cardiac rehabilitation in Portugal: The situation in 2013-2014. *Revista Portuguesa De Cardiologia: Orgao Oficial Da Sociedade Portuguesa De Cardiologia = Portuguese Journal Of Cardiology: An Official Journal Of The Portuguese Society Of Cardiology* [Internet]. 2016 Dec [cited 2019 Jul 23];35(12):669-71. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=27865681&lang=pt-pt&site=ehost-live>.
 29. Garret, S. Adesão ao tratamento da diabetes em adolescentes: fatores motivacionais. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação: Universidade do Porto; 2008. Dissertação de Mestrado.
 30. Vieira, S. Autogestão na pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2017. Dissertação de Mestrado.
 31. Regufe, V. Autogestão no doente diabético: Papel do enfermeiro na promoção da autonomia. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2017. Dissertação de Mestrado.
 32. Kähkönen O, Saaranen T, Kankkunen P, Lamidi M-L, Kyngäs H, Miettinen H. Predictors of adherence to treatment by patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention. *Journal Of Clinical Nursing* [Internet]. 2018 Mar [cited 2019 Jul 25];27(5-6):989-1003. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=29098747&lang=pt-pt&site=ehost-live>.
 33. Williams, G. C., McGregor, H. A., Zeldman, A., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (2004). Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology: Official Journal Of The Division Of Health Psychology, American Psychological Association*, 23(1), 58-66. Retrieved from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=14756604&lang=pt-pt&site=ehost-live>.
 34. Peterson JC, Allegrante JP, Pirraglia PA, Robbins L, Lane KP, Boschert KA, et al. Living with heart disease after angioplasty: a qualitative study of patients who have been successful or unsuccessful in multiple behavior change. *Heart & Lung* [Internet]. 2010 Mar 4 [cited 2019 Jul 25];39(2):105-15. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105162700&lang=pt-pt&site=ehost-live>.
 35. Chase J-AD, Bogener JL, Ruppert TM, Conn VS. The Effectiveness of Medication Adherence Interventions Among Patients With Coronary Artery Disease: A Meta-analysis. *The Journal Of Cardiovascular Nursing* [Internet]. 2016 Jul [cited 2019 Jul 25];31(4):357-66. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=27057598&lang=pt-pt&site=ehost-live>.