

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO
FACULDADE DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

MARCELLO CARLOS PORTELA BONINO

**O PAPEL MODERADOR DO CAPITAL PSICOLÓGICO
SOBRE A RELAÇÃO ENTRE PERCEPÇÃO DE SUPORTE
SOCIAL E ADESÃO AO TRATAMENTO**

SÃO BERNARDO DO CAMPO

2012

MARCELLO CARLOS PORTELA BONINO

**O PAPEL MODERADOR DO CAPITAL PSICOLÓGICO
SOBRE A RELAÇÃO ENTRE PERCEPÇÃO DE SUPORTE
SOCIAL E ADESÃO AO TRATAMENTO**

Dissertação apresentada em cumprimento parcial às exigências do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde. Área de Concentração: Psicologia da Saúde.

Orientação:

Prof^a. Dr^a. Mirlene Maria Matias Siqueira.

SÃO BERNARDO DO CAMPO

2012

FICHA CATALOGRÁFICA

Portela, Marcello

P832p O papel moderador do capital psicológico sobre a relação entre percepção de suporte social e adesão ao tratamento / Marcello Portela. 2012.

65 f.

Projeto de pesquisa (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Faculdade de Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2012.

Orientação de: Mirlene Maria Matias Siqueira.

1. Adesão ao tratamento 2. Percepção de suporte social
3. Capital psicológico I. Título

CDD

157.9

MARCELLO CARLOS PORTELA BONINO

**O PAPEL MODERADOR DO CAPITAL PSICOLÓGICO
SOBRE A RELAÇÃO ENTRE PERCEPÇÃO DE SUPORTE
SOCIAL E ADESÃO AO TRATAMENTO.**

Dissertação apresentada em cumprimento parcial às exigências do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde. Área de Concentração: Psicologia da Saúde.

Data de defesa: 03/09/2012

Resultado: _____ .

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Mirlene Maria Matias Siqueira
Universidade Metodista de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Fernandes Martins
Universidade Metodista de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Áurea de Fátima Oliveira
Universidade Federal de Uberlândia

RESUMO

A psicologia positiva focaliza o estudo das emoções positivas, traços de caráter positivo e se destina a complementar, e não se distanciar ou substituir, o que já se sabe sobre o sofrimento humano, a fraqueza e as debilidades. Recentemente, baseado nos estudos da psicologia positiva, foi desenvolvido o conceito de capital psicológico (psycap), um construto de nível superior o qual pode ser definido como um estado de desenvolvimento psicológico positivo, caracterizado por: (1) possuir confiança (autoeficácia) para realizar os esforços necessários para enfrentar tarefas desafiadoras; (2) realizar atribuições positivas (otimismo) acerca de como se comportar no momento atual e no futuro; (3) perseverança no direcionamento dos esforços para atingir seus objetivos (esperança); e, (4) quando confrontado com problemas e adversidades, resistir à pressão e superar os obstáculos (resiliência) para atingir os seus objetivos. A percepção de suporte social pode ser entendida como um conceito que se refere à crença do indivíduo de que possui acesso a recursos materiais e psicológicos através de suas redes sociais. O suporte social pode atuar de forma positiva na saúde, desde a proteção até sua recuperação. A adesão ao tratamento pode ser considerada como a extensão à qual o comportamento do paciente (em termos de tomar os medicamentos, seguir dietas ou alterar o estilo de vida) coincide com as orientações ou conselhos médicos. Este estudo teve como objetivo analisar as relações entre capital psicológico, percepção de suporte social e adesão ao tratamento. Dele fizeram parte, 102 participantes escolhidos por conveniência, que responderam a um questionário autoaplicável contendo as medidas das variáveis deste estudo. Os dados foram submetidos às análises descritivas e multivariadas utilizando o SPSS, versão 19.0. Dentre os resultados, pode-se salientar a comprovação do impacto de percepção de suporte social sobre a adesão ao tratamento e a impossibilidade de que capital psicológico exerça papel moderador sobre essa relação na amostra estudada. Conclui-se que foram atingidos os objetivos do estudo com destaque para a corroboração que os resultados do mesmo trouxeram para os achados já presentes na literatura acerca do impacto do suporte social na adesão ao tratamento.

Palavras-chave: adesão ao tratamento; percepção de suporte social; capital psicológico; psicologia positiva.

ABSTRACT

The positive psychology focuses on the study of positive emotions, positive character traits and is intended to supplement, not replace or move away, which is already known about human suffering, weakness and weaknesses. Recently, based on studies of positive psychology, was developed the concept of psychological capital (Psycap), a top-level construct which can be defined as a positive psychological state of development, characterized by: (1) having confidence (self-efficacy) to make the necessary efforts to tackle challenging tasks, (2) make positive attributions (optimistic) about how to behave at the present moment and in the future, (3) perseverance in directing efforts to attain their goals (hope), and (4) when confronted with problems and adversity, resist pressure and overcome obstacles (resilience) to attain its goals. The perception of social support can be understood as a concept that refers to the belief that the individual has access to psychological and material resources through their social networks. Social support can act positively on health, provided protection until their recovery. Adherence to treatment can be considered as the extent to which the patient's behavior (in terms of taking medications, following diets or lifestyle change) coincides with medical orientations or advices. This study aimed to analyze the relationship between psychological capital, perception of social support and adherence to treatment. The study included, 102 participants chosen by convenience, answered a self-administered questionnaire containing measures of variables in this study. The data were submitted to descriptive analyzes and multivariate of SPSS 19.0. Among the results, we can point out the evidence of the impact of perceived social support on adherence to treatment and the impossibility that psychological capital exert moderating effect on this relationship in the studied sample. It was concluded that the objectives have been achieved in this study with emphasis on corroboration that the results of the same brought to the findings already present in the literature about the impact of social support in adherence to treatment.

Keywords: adherence to treatment; perception of social support; psychological capital; positive psychology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Número de publicações identificadas com a palavra-chave “adesão ao tratamento” e “compliance” no período entre 2002 a 2012, em publicações com revisão por pares.....	5
Figura 2 Número de publicações com o termo suporte social entre 2002 e 2012 (agosto).	15
Figura 3 Caminhos pelos quais as relações de suporte social podem ter efeito direto na saúde física e psicológica.....	21
Figura 4: Caminhos através dos quais o suporte social influencia a saúde.	22
Figura 5 Número de publicações identificadas com o termo psicologia positiva e capital psicológico.	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Dados sociodemográficos dos participantes (n=102).....	35
Tabela 2 - Sumário das estatísticas descritivas, coeficientes de correlação (r de Pearson) entre as variáveis do estudo e índices de confiabilidade (n=102).....	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Métodos para mensurar a adesão ao tratamento	11
Quadro 2 Dimensões da percepção de suporte social.....	17
Quadro 3 Resumo do plano de análise de dados	42
Quadro 4 Resumo da visão geral dos resultados.....	47

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
1 REVISÃO TEÓRICA	5
1.1 ADESÃO AO TRATAMENTO	6
1.1.2 A dimensão do problema da adesão ao tratamento	7
1.1.3 Intervenções para melhorar a adesão ao tratamento	13
1.2 PERCEPÇÃO DE SUPORTE SOCIAL	15
1.2.1 Percepção de suporte social e saúde	16
1.2.2 Avaliação das redes sociais e sua influência sobre a saúde	20
1.3 CAPITAL PSICOLÓGICO	23
1.3.1 Aplicação do capital psicológico para a saúde	30
1.4.1 Objetivo Geral	32
1.4.2 Objetivos Específicos	32
1.4.3 Hipóteses	32
1.4.4 Modelo conceitual	33
2. MÉTODO	34
2.1 PARTICIPANTES	34
2.2 INSTRUMENTOS	35
2.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	37
2.3.1 Aspectos éticos	40
2.4.1 Verificação dos pressupostos da regressão múltipla	41
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
3.1 ANÁLISES DESCRITIVAS	43
3.1.1 Suporte social	44
3.1.2 Capital psicológico	45

3.1.3	Adesão ao tratamento.....	47
4	CONCLUSÃO	50
	ANEXOS	60
	ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	60
	ANEXO B- Parecer Consubstanciado do CEP-UMESP	61
	ANEXO C – Questionários	63

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, inúmeras descobertas e conquistas foram realizadas na área da saúde que proporcionaram a possibilidade das pessoas viverem mais e melhor. Esta evolução foi especialmente relevante para os casos de tratamento de doenças crônicas tais como: diabetes, artrose e doenças cardiovasculares em geral, nas quais os pacientes necessitam de autocuidado diário que pode incluir, entre outros, dieta balanceada, atividade física e, em muitos casos, a utilização de medicamentos. Segundo observam Haynes, McDonald e Garg (2002) apesar de todo este avanço os índices de adesão ao tratamento se mantêm baixos, em torno de 50%. Entende-se adesão ao tratamento como a extensão na qual o comportamento do paciente coincide com as orientações recebidas pelos seus médicos, no sentido de tomar os medicamentos, seguir a dieta recomendada, alterar o estilo de vida e atender às orientações fornecidas nas consultas médicas (RAND, 1993; HAYNES, MCDONALD; GARG, 2002).

Assim, quando os pacientes seguem as recomendações recebidas, sejam elas medicamentosas ou não, podem se beneficiar plenamente das terapias, aumentando seu prognóstico positivo. Por outro lado, a não adesão ao tratamento está associada à piora das doenças, ao aumento dos custos na área da saúde e fatalmente com a morte dos pacientes (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005). Para a Organização Mundial de Saúde a adesão ao tratamento é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de cinco conjuntos de fatores dentre os quais, o aspecto particular, relacionado a cada um dos pacientes, representa apenas um deles. Os outros quatro fatores identificados e que poderiam influenciar a adesão ao tratamento seriam: (1) sistema e equipe de saúde, (2) fatores socioeconômicos, (3) fatores relacionados ao tratamento e (4) fatores relacionados à doença (WHO, 2003).

Segundo observam Haynes, McDonald e Garg (2002), torna-se necessário o desenvolvimento de mais estudos e abordagens inovadoras que buscam auxiliar os

pacientes na adesão ao tratamento de doenças, uma vez que, apesar do progresso da medicina e de suas terapias, o índice de adesão ao tratamento mantém-se baixo. Em média, apenas cerca de 50% dos pacientes, seguem as orientações e recomendações médicas. No entanto, estes índices de adesão ao tratamento podem ser ainda mais inferiores, conforme estudo recente acerca do controle da pressão arterial em hipertensos, que revelou índice de adesão ao tratamento de 37% nos pacientes entrevistados (MORISKY et. al., 2008). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, um fator de sucesso que contribui para o aumento da adesão ao tratamento é a percepção de suporte social (WHO, 2003).

A percepção de suporte social de acordo com Cobb (1976) e Dimatteo (2004) pode reduzir a quantidade de medicamentos prescritos, acelerar a recuperação de pacientes bem como auxiliar no processo de adesão ao tratamento. Estudos sistemáticos consideram o efeito amortizador da percepção de suporte social como sendo um dos caminhos que impactam positivamente a saúde das pessoas (KAPLAN; CASSEL; GORE, 1977; SLUZKI, 2010). No artigo “*Positive Psychology, an introduction*”, Seligman e Csikszentmihalyi, (2000), sugerem que o traço psicológico otimismo pode mediar à interpretação de eventos externos, considerados potencialmente estressantes, a partir do desenvolvimento de um efeito amortizador, que atuaria de forma preventiva, mediando a apreciação dos eventos potencialmente estressantes e as respostas biológicas ou comportamentais (COHEN, 1988; SELIGMAN et al., 2005; DUCKWORTH; STEEN; SELIGMAN, 2005).

O movimento da psicologia positiva influenciou o desenvolvimento dos estudos do comportamento organizacional positivo por Luthans (2002), que mais tarde deu origem ao capital psicológico (LUTHANS;YOUSSEF; AVOLIO, 2007). O Capital psicológico é um construto composto por quatro estados psicológicos, a saber: autoeficácia, otimismo, esperança e resiliência. Segundo sugerem os autores, Luthans et al. (2007), estes fatores quando combinados demonstram sinergia e podem prever o desempenho e a satisfação das pessoas no contexto organizacional de trabalho. Segundo observam Page e Donohue (2004), no capital psicológico, o traço psicológico otimismo, tem como contribuição prover um efeito amortizador sobre o impacto de eventos negativos, potencialmente geradores de estresse, ou de

eventos desfavoráveis, aumentando assim o foco dos eventos positivos. Os efeitos sugeridos nesta amortização também são relatados em outros estudos (AVEY; LUTHANS; JENSEN, 2009; CHEUNG; TANG; TANG, 2011).

A presente revisão avalia o papel de proteção oferecido pelos construtos de percepção de suporte social e Capital psicológico como provedores de recursos para o indivíduo se manter saudável e se recuperar quando enfrenta dificuldades em sua vida. A importância e relevância da influência destes construtos (percepção de suporte social e Capital psicológico) para a saúde do indivíduo são evidenciadas através de diversos estudos, tais como: Cobb (1976); Kaplan; Cassel e Gore (1977); Sluzki (2010); Avey et al. (2010); Dainese, Allemand e Ribeiro (2011) e Liu et al. (2012). No entanto, não se verificou nenhuma tentativa de se investigar como a potencial sinergia entre estes dois construtos psicológicos influenciam o comportamento de saúde do indivíduo, especificamente a adesão ao tratamento.

Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar as relações entre capital psicológico, percepção de suporte social e adesão ao tratamento. Este tema pode ser considerado como promissor por permitir ampliar conhecimentos e gerar novos questionamentos em relação às possíveis contribuições da psicologia positiva para o processo de adesão ao tratamento.

O conteúdo deste estudo está organizado em quatro capítulos. **A introdução** teve por finalidade apresentar ao leitor os antecedentes que justificam o tema abordado neste estudo.

O primeiro capítulo apresenta a revisão da literatura acerca das variáveis investigadas, a saber, adesão ao tratamento, percepção de suporte social e capital psicológico. Ao final do primeiro capítulo são apresentados os objetivos, as hipóteses do estudo e seu modelo conceitual.

O segundo capítulo descreve em detalhes o método utilizado pelo presente estudo, ressaltando-se a descrição dos participantes, dos instrumentos utilizados, dos aspectos éticos respeitados e dos procedimentos aplicados.

O **terceiro capítulo** revela os resultados encontrados e sua discussão de acordo com o referencial teórico abordado neste estudo.

Finalmente o **quarto capítulo** apresenta as conclusões do estudo, procurando retomar os objetivos atingidos identificando suas contribuições e aplicações bem como suas limitações.

1 REVISÃO TEÓRICA

Neste capítulo, com o objetivo de contextualizar o tema proposto, são apresentadas as fundamentações teóricas acerca das variáveis investigadas, a saber, percepção de suporte social, capital psicológico e adesão ao tratamento, a partir dos resultados dos levantamentos bibliográficos realizados.

Foram identificadas as obras ou publicações seminais sobre os temas: adesão ao tratamento, suporte social, psicologia positiva e capital psicológico. Em seguida uma pesquisa sistemática foi realizada abrangendo o período correspondente ao ano de 2002 até o mês de agosto de 2012, na base de dados PsycINFO, de artigos científicos. Pesquisas adicionais foram realizadas nas demais bases do portal de periódicos da Capes e no Google Acadêmico para identificar as obras citadas pelos autores, como parte da sistematização da pesquisa.

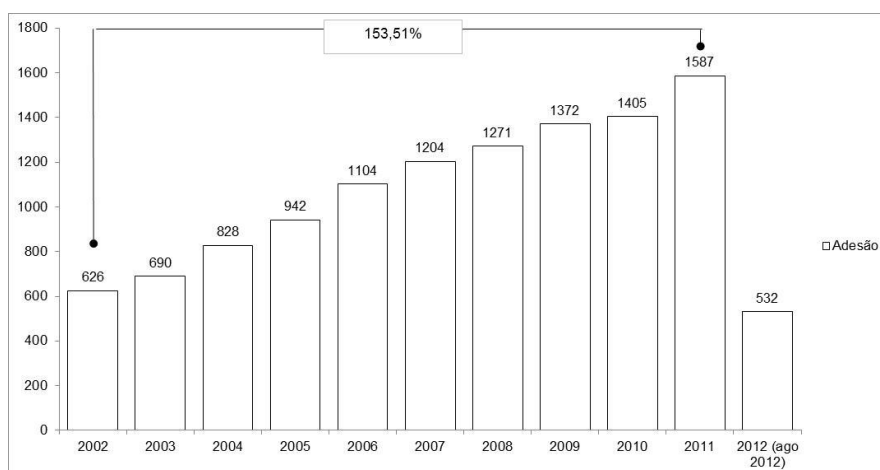


Figura 1 Número de publicações identificadas com a palavra-chave “adesão ao tratamento” e “*compliance*” no período entre 2002 a 2012, em publicações com revisão por pares.
Fonte: (BASE DE DADOS PSYCINFO, 2002 a 2012).

1.1 ADESÃO AO TRATAMENTO

A primeira citação identificada na revisão da literatura do termo “adesão ao tratamento” foi a de Blackwell (1976) na qual o autor faz uma revisão para analisar os problemas relacionados ao tema. Desde esta publicação inicial, até o momento, foram identificados 16.733 artigos. Nota-se uma variação de 253%, quando comparados ao total de publicações, nos anos de 2002 e 2011, conforme mostra a Figura 1, o que pode sugerir crescente interesse pelo tema. Este levantamento foi realizado de acordo com os seguintes critérios: palavras-chave “adesão ao tratamento” ou “*compliance*”, em artigos de jornais científicos, com revisão anônima (*treatment adherence OR treatment compliance; journal articles; peer reviewed*), na base de dados da PsycINFO na língua inglesa.

Adesão ao tratamento pode ser definida como extensões de comportamentos do paciente que coincidem com as orientações e recomendações médicas, no sentido de tomar os medicamentos, seguir a dieta recomendada, alterar o estilo de vida e frequentar as consultas médicas (RAND, 1993; HAYNES, MCDONALD; GARG, 2002). Dada à relevância do tema, em 2003, a Organização Mundial de Saúde publica o relatório de sua iniciativa global, o projeto intitulado, “Adesão a terapias de longa duração”, realizado em junho de 2001. O principal objetivo deste projeto foi o de aumentar os índices de adesão ao tratamento em pacientes com doenças crônicas (WHO, 2003).

A Organização Mundial da Saúde define adesão ao tratamento como:

“a extensão na qual o comportamento do paciente (no sentido de tomar os medicamentos, seguir a dieta recomendada, alterar o estilo de vida e atender às consultas médicas) coincide com as orientações acordadas com o profissional de saúde” (WHO, 2003, p.18).

O entendimento do termo “acordado” pressupõe a existência de um acordo entre o profissional da saúde e o paciente que deverá tomar uma atitude ativa em relação ao tratamento recomendado pelo profissional aumentando com isso suas chances de aderir ao tratamento recomendado (WHO, 2003). Identifica-se uma

discussão na literatura científica em relação aos termos utilizados para se referir à adesão ao tratamento.

De acordo com Gusmão e Mion (2006), além do termo adesão ao tratamento, outras terminologias têm sido utilizadas como sinônimos, como por exemplo: aderência, observância, complacência, fidelidade e “compliance”. O termo “compliance” seria assim a obediência participativa, ativa, do paciente quanto a prescrição médica que é compreendida, não apenas por medicamentos, mas sim por abranger todos os demais cuidados ou providências recomendadas pelo médico ou outro profissional de saúde (GUSMÃO; MION, 2006). Além disso, para a Organização Mundial da Saúde é na prática clínica que estes termos são muitas vezes considerados como sendo similares, no entanto, o termo “compliance”, sugere algo conceitualmente diferente, do termo adesão ao tratamento, por referir-se a uma aceitação do paciente às orientações do médico, sem necessariamente concordar com elas (WHO, 2003). Já para Haynes et al. (2008) os termos adesão ao tratamento e “compliance” são considerados sinônimos.

Segundo Matta, Luiza e Azeredo (2010), na literatura científica, não existe consenso acerca do conceito de adesão ao tratamento. Por isso, pode-se concluir que apesar da existência de diferentes expressões para o termo adesão ao tratamento, na prática clínica, elas são utilizadas de forma muito próxima (JIN et al., 2008).

1.1.2 A dimensão do problema da adesão ao tratamento

A preocupação com o seguimento das orientações médicas é um anseio que data dos tempos de Hipócrates, c. 460-C e 377 a.C, bem como a observação de que os pacientes frequentemente não as seguem (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005). Apesar da pesquisa na área de saúde das últimas décadas ter produzido tratamentos e medicamentos mais convenientes e eficazes, para muitas doenças,

que podem inclusive ser autoadministradas pelo próprio paciente, os níveis de adesão ao tratamento tem-se mantido baixos. Para Haynes, McDonald e Garg (2002) isso ocorre, especialmente, quando o tratamento requer alterações do estilo de vida dos pacientes. Os autores Hassan et al. (2006) Morisky et. al. (2008) e Osterberg e Blaschke (2005), reconhecem a baixa adesão ao tratamento como um problema de saúde inquestionável. Os estudos apontam índices inferiores quando se trata de alteração de estilo de vida ou outras abordagens que envolvem alterações de comportamentos dos pacientes (YARDLEY ; DONOVAN-HALL, 2007; HAYNES et al., 2008; HO; BRYSON; RUMSFELD, 2009; HUBERTY et al., 2009).

Conforme observa Rand (1993), a baixa adesão é mais comum em tratamentos preventivos, em pacientes assintomáticos e quando a duração do tratamento é mais longa. Em relação a esta constatação, as doenças crônicas, se enquadrariam como tratamentos de longa duração, em que grande parte dos cuidados é de responsabilidade do paciente. É relevante notar que estas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas as principais causas de óbitos no mundo, gerando elevado número de mortes prematuras e perda de qualidade de vida.

De acordo com Malta; Neto e Junior (2011), em 2008, das 57 milhões de mortes no mundo, 63% eram decorrentes de doenças crônicas. No Brasil, este problema apresenta uma magnitude ainda maior, as doenças crônicas foram responsáveis por 72% das causas de óbito na população brasileira, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%). Dentre as principais doenças, citadas pelos autores Malta; Neto e Junior (2011) seriam as cardiovasculares, as doenças que continuam sendo, uma das principais causas de mortalidade no Brasil, especialmente as complicações derivadas dos casos de hipertensão e hipercolesterolemia.

A hipertensão, apesar de ser uma doença considerada como tratável, representa um marco importante no desenvolvimento da doença cardíaca sintomática e da hipercolesterolemia (colesterol alto) e uma das principais causas de óbito no país (BOING, Alexandra; BOING, Antônio, 2007). A hipercolesterolemia é considerada como outro fator de risco cardiovascular, é clinicamente mensurável e

está associada a diversas complicações cardiovasculares. Em estudo realizado com pacientes idosos em tratamento com estatinas, foi identificado que pelo menos 25% dos pacientes abandonaram o tratamento nos primeiros seis meses após a prescrição. O mesmo estudo indicou que pacientes com doenças coronárias estabelecidas e aqueles com comorbidades (diabetes e hipertensão) estavam mais propensos a aderir ao tratamento (JACKEVICIUS, 2002).

Doenças metabólicas, como a diabetes, tem seu aumento de prevalência associada à epidemia de obesidade e ao maior acesso a testes de diagnóstico da doença. Quando levadas em consideração as comorbidades associadas à diabetes, que necessitam de protocolos de tratamento ainda mais complexos, o risco de mortalidade é 57% maior, quando comparado com a população geral. A incidência de câncer na população brasileira varia de índices que podem ser considerados similares e ou altos se comparados com a incidência mundial (MALTA; NETO; JUNIOR, 2011). Já estudo recente de Morisky et. al. (2008) revelou que o tratamento e controle da pressão arterial teve adesão de apenas 37% dos pacientes entrevistados.

Recentes estudos da Organização Mundial da Saúde Who (2003), em relação à adesão a terapias de pacientes crônicos, constata que as doenças cardiovasculares, como por exemplo, a pressão alta, aumenta o risco de doenças cardíacas como a isquemia e aumentam o risco cardiovascular total. A incidência de ataque cardíaco pode aumentar três vezes em pacientes limítrofes e oito vezes em pacientes com hipertensão definitiva. Estima-se que 40% do infarto agudo do miocárdio esteja associado a problemas originados pela hipertensão. Nos pacientes com diabetes, a baixa adesão ao tratamento resulta no desenvolvimento de diversas complicações associadas à doença. Nos casos de terapias regulares de prevenção as evidências apontam para taxas de adesão inferiores a 28%, em países desenvolvidos. Os custos associados ao controle inadequado da doença podem aumentar em torno de 45% nos casos de asma severa. Em pacientes idosos, o controle adequado da doença representa uma redução de 5% nas consultas médicas e 20% nas hospitalizações anuais (WHO, 2003).

A literatura revela que a adesão ao tratamento é baixa em todas as situações em que o paciente tem a tarefa de autoadministração, independentemente do tipo de

doença, severidade ou acesso aos recursos de saúde. As razões para a não adesão ao tratamento medicamentoso geralmente são multifatoriais, situação que pode ser intencional ou não, ou seja, o paciente pode não aderir simplesmente porque não deseja ou por alguma outra razão, como por exemplo, a complexidade do tratamento ou devido às suas condições socioeconômicas (WHO, 2003).

A Organização Mundial de Saúde Who (2003), categorizou os fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento em 5 dimensões que são:

(1) Sistema e equipe de saúde: envolvem a relação entre a equipe e o paciente, a possibilidade de reembolso dos medicamentos ou distribuição gratuita além de treinamento e motivação das equipes de saúde pública (WHO, 2003).

(2) Fatores socioeconômicos: recursos escassos podem fazer com que os pacientes em algum momento tenham dificuldades em gerenciar as prioridades de cuidados de saúde e outras necessidades de sobrevivência. Alguns dos fatores que podem estar associados a esta situação pode ser desemprego, analfabetismo, condições de vida instáveis e alto custo de medicamentos (WHO, 2003).

(3) Fatores relacionados ao paciente: representam os recursos, conhecimentos, atitudes, crenças, percepções e expectativas do paciente em relação à doença e ao tratamento (WHO, 2003).

(4) Fatores relacionados à doença: envolvem severidade da doença, disponibilidade de tratamentos eficientes, percepção do paciente em relação ao risco da doença e comorbidades, como por exemplo, depressão, que pode vir a alterar o comportamento do paciente em relação à adesão ao tratamento (WHO, 2003).

(5) Fatores relacionados ao tratamento: abrange a complexidade e duração do tratamento, os efeitos colaterais dos medicamentos e a disponibilidade de suporte médico (WHO, 2003).

De forma geral, a avaliação dos pacientes é realizada através do julgamento clínico, em que o médico gerencia o tratamento, por meio de uma avaliação global, que envolve: os resultados do tratamento, as características do paciente, a interação com a equipe médica as experiências passadas e o instinto. Segundo observa Rand

(1993), apesar dos médicos estarem cientes da extensão do problema da baixa adesão ao tratamento, muitos acreditam que conhecem seus pacientes.

Conforme Osterberg e Blaschke (2005), os métodos disponíveis para mensurar a adesão ao tratamento estão divididos em diretos e indiretos, apresentados de forma detalhada no Quadro 1.

Quadro 1
Métodos para mensurar a adesão ao tratamento

TESTE	VANTAGENS	DESVANTAGENS
MÉTODOS DIRETOS		
Observação direta da terapia.	Mais acurado.	Pacientes podem esconder os comprimidos na boca e depois descartá-los, impraticável para a rotina clínica.
Mensuração dos níveis do medicamento ou metabólito no sangue.	Objetivo.	Variações no metabolismo, custo alto.
Mensuração de marcador biológico no sangue.	Objetivo, em estudos clínicos pode inclusive ser utilizado para mensurar o efeito placebo.	Alto custo.
MÉTODOS INDIRETOS		
Questionários ou relatórios de pacientes.	Simples. Baixo custo, o mais utilizado na prática clínica.	Suscetível ao erro com o aumento do tempo entre as consultas pode ser distorcido facilmente pelo paciente.
Contagem de comprimidos.	Objetivo, quantitativo e fácil de realizar.	A informação pode ser facilmente alterada pelo paciente.
Taxas de Reabastecimento das prescrições.	Simples. Geralmente fácil de ser realizado.	As prescrições podem não equivaler à ingestão dos medicamentos.
Mensuração dos resultados clínicos do paciente.	Simples. Geralmente fácil de ser realizado.	Outros fatores além da adesão ao tratamento medicamentoso podem influenciar nos resultados.
Monitores eletrônicos de medicação.	Precisos. Os resultados são facilmente quantificados, monitoram os padrões de tomada de medicamentos.	Custo alto por requerer consultas de retorno e “download” das informações dos medicamentos.
Mensuração dos marcadores biológicos.	Geralmente fáceis de realizar.	Os marcadores podem estar ausentes por outras razões (por exemplo, baixa absorção, baixa resposta e aumento do metabolismo).
Diários do paciente.	Auxiliam na lembrança dos pacientes.	Pode ser alterado pelo paciente.

Fonte: (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

A monitoração da adesão ao tratamento vem sendo observada desde os tempos de Hipócrates, quando os efeitos de várias terapias eram anotados. Atualmente, relatórios dos pacientes podem auxiliar a mensuração da adesão ao tratamento de forma simples e efetiva (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005). Seriam exemplos, as abordagens que questionam diretamente os pacientes, observam o não comparecimento às consultas ou a não resposta ao tratamento e detectam a maior parte dos problemas de adesão. Por outro lado, pacientes crônicos necessitam de aconselhamento sobre a importância de seguir as recomendações de como se organizar para não se esquecerem de tomar os medicamentos e comparecer às suas consultas médicas. Além disso, é de fundamental importância que os pacientes recebam reconhecimento e elogios para os esforços realizados para seguir as orientações do profissional de saúde. Necessitariam assim, de suporte social da família e dos amigos para aumentar a adesão ao tratamento (HAYNES, MCDONALD; GARG, 2002).

Verifica-se a necessidade de desenvolvimento de mais estudos e abordagens inovadoras que visam auxiliar os pacientes na adesão ao tratamento, pois, apesar do progresso da medicina e de suas terapias, conforme citado anteriormente os índices de adesão ao tratamento, se mantêm baixos (HAYNES, MCDONALD; GARG, 2002). Uma das dificuldades apontadas para o gerenciamento da adesão ao tratamento é a falta de medidas acuradas para a sua aferição, dentre elas, as simples práticas, aceitas pelos pacientes e profissionais de saúde (HAYNES, MCDONALD; GARG, 2002; MORISKY et. al., 2008). Recentemente, em 2008, foi desenvolvido o questionário MBG MARTÍN-BAYARRE-GRAU para avaliar o nível de aderência terapêutica, cuja premissa da necessidade de mensurar a adesão ao tratamento está baseada na definição da Organização Mundial da Saúde. O instrumento é composto por 12 afirmações, relacionadas à adesão ao tratamento, disponibilizadas em uma escala tipo Lickert (que varia de nunca a sempre) que devem ser assinaladas e respondidas pelos pacientes (ALFONSO; VEA; ÁBALO, 2008).

1.1.3 Intervenções para melhorar a adesão ao tratamento

De acordo com Haynes et al. (2008), inúmeras abordagens têm sido desenvolvidas, isoladas ou em conjunto, oferecendo cuidados mais convenientes para os pacientes, como por exemplo, aconselhamento, informações sobre a doença, reforços positivos, lembretes, terapia familiar, terapia psicológica, guias de tratamento e intervenção em crise, com o objetivo de aumentar as taxas de adesão ao tratamento. Para Haynes et al. (2008), as abordagens para os tratamentos de doenças crônicas são, em sua maioria, complexas e não previsíveis e por isso estes mesmos autores sugerem a necessidade de priorização de pesquisas de novas abordagens que possam auxiliar os pacientes na adesão ao tratamento.

Na revisão realizada sobre o tema, identificou-se uma diversidade ampla de ferramentas para a mensuração da adesão ao tratamento, assim como diferentes metodologias, o que impossibilita a comparação direta entre os estudos e instrumentos. As doenças crônicas e a dificuldade de gerenciar a não adesão ao tratamento de longo prazo têm sido a principal preocupação dos pesquisadores que possuem resultados mistos e, em alguns casos, conflitantes em relação à literatura.

A depressão tem sido associada como a principal comorbidade que influencia na adesão ao tratamento, no entanto, muitos estudos não avaliaram sua presença ou gravidade ao mensurar o tema. Esta variável poderia justificar alguns dos casos de baixa adesão ao tratamento ou o fracasso nas intervenções de saúde. Entre as principais doenças crônicas foram identificadas a AIDS, doenças cardiovasculares, diabetes dos tipos I e II, depressão, adesão a programas de atividade física e abuso de medicamentos / drogas (MULVANEY et al., 2012). Em nenhuma abordagem verificou-se a avaliação da adesão ao tratamento de forma mais abrangente, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003).

Estudos que avaliaram a competência dos terapeutas e sua influência na adesão ao tratamento sugeriram baixa influência nos resultados (WEBB; DERUBEIS; BARBER, 2010; HOGUE et al., 2008). A associação positiva entre autoeficácia e adesão ao tratamento foi identificada por Sacco et al., (2007) e

Schwarzer et al, (2008). Novas abordagens de comunicação com os pacientes, tais como a utilização de mensagens rápidas por internet e celular, também foram avaliadas positivamente pelos pesquisadores como possibilidades para o acompanhamento dos pacientes, especialmente aqueles de baixa renda ou de difícil acesso aos medicamentos mais caros (MANWARING et al., 2008; AGUILERA ; MUÑOZ, 2011).

A seguir, será apresentada a revisão da literatura sobre a variável percepção de suporte social.

1.2 PERCEPÇÃO DE SUPORTE SOCIAL

Neste subtítulo será apresentada uma revisão da literatura em relação a variável percepção de suporte social. Este tema tem seus estudos iniciais oriundos de uma tradição sociológica, há mais de 100 anos, por pesquisadores como Thomas e Znaniecki (1920). No entanto, o foco da revisão deste estudo estará concentrado nas publicações realizadas a partir da década dos anos 70, com os artigos seminais de Caplan (1974) e Cobb (1976), que investigaram de forma sistemática o papel das relações entre laços sociais e saúde. Segundo Rodriguez e Cohen (1998), suporte social é um constructo multidimensional relacionado aos recursos psicológicos e materiais disponíveis para os indivíduos através de suas relações interpessoais.

No levantamento bibliográfico, realizado na base de dados PsycINFO, desde 1976 até 2012, foram identificados 16.641 artigos, relacionados ao constructo percepção de suporte social. Verifica-se especificamente que nos últimos 10 anos, (entre 2002 e 2012) houve uma variação positiva, de 28% de crescimento, na quantidade de artigos publicados relacionados ao tema, conforme apresenta a Figura 2.

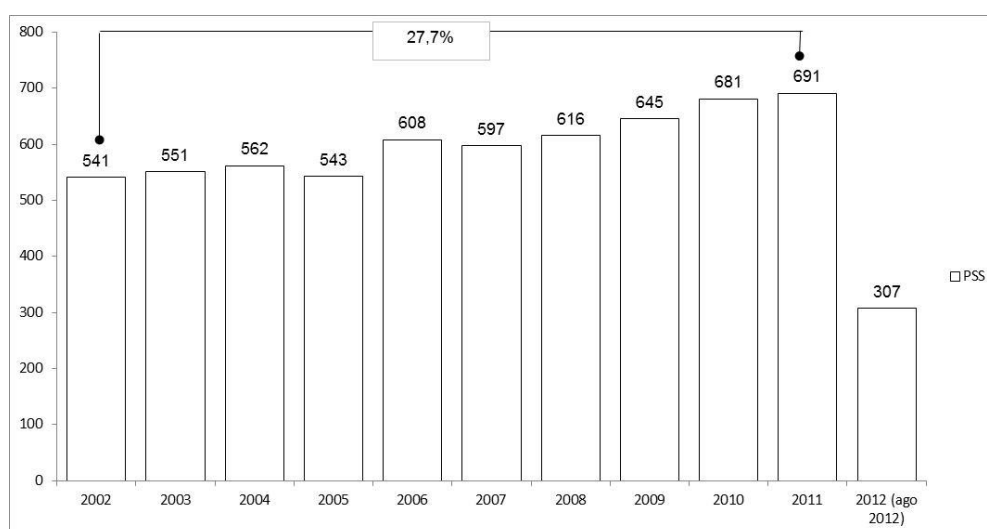


Figura 2 Número de publicações com o termo suporte social entre 2002 e 2012 (agosto).
Fonte: (BASE DE DADOS PSYCINFO, 2002 a 2012).

Uma possível explicação para a pequena variação positiva, de referências publicadas no período de 2002 a 2012, seja a maturidade alcançada, ao longo dos anos, acerca do tema percepção de suporte social. Verifica-se um consenso, na literatura científica da área, em relação à função protetora, do suporte social para a saúde humana. Durante esse período, várias contribuições foram desenvolvidas no sentido de aprofundar e investigar suas aplicações, relações e limitações em diversos contextos sociais e de saúde.

1.2.1 Percepção de suporte social e saúde

Segundo Roy (2011), dois protagonistas, Caplan (1974) e Cobb (1976), contribuíram de forma singular para a promoção da investigação sistemática do papel do suporte social na mitigação da morbidade. Caplan (1974, apud Cohen Underwood e Gottlieb, 2000) na publicação *“Support System and Community Mental Health”* identificou três funções críticas do suporte social:

“Os agregados sociais fornecem às pessoas um senso de autoestima através de sua validação e pode agir como um amortecedor contra a doença. Um sistema de suporte pode funcionar como refúgio ou santuário para onde uma pessoa poderia voltar para descanso e recuperação, e; Um sistema de apoio que implica em um padrão persistente de relações contínuas ou intermitentes, que desempenham um papel significativo na manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo através do tempo” (CAPLAN, 1974, p. 7).

A visão de Caplan (1974) era de que por meio de programas de saúde pública era possível prevenir doenças mentais e que a família possuía o papel central, de fonte primária de suporte social, na vida do indivíduo. Ideia esta posteriormente corroborada pelos demais pesquisadores, especialmente em relação ao estado civil, ou seja, não ser casado ou viver sem uma companhia, era considerado pelos pesquisadores um importante fator de risco para a mortalidade, especialmente para

os homens (STRINGHINI et al., 2012). Segundo Cobb (1976), em seu artigo “*Social Support as a Moderator of Life Stress*”, a percepção de suporte social é composta por duas dimensões, conforme apresenta o Quadro 2.

Quadro 2
Dimensões da percepção de suporte social

Emocional	Instrumental	Informacional
Percepção do indivíduo de receber o apoio emocional a expressão de empatia, confiança carinho e confiança, e oferece oportunidades para a expressão emocional.	Percepção do indivíduo de receber apoio instrumental de ajuda material, por exemplo, a assistência financeira ou ajuda com as tarefas diárias.	Percepção do indivíduo de receber suporte informacional de provisão com informações relevantes na intenção de ajudá-lo a lidar com suas dificuldades. Normalmente assume a forma de aconselhamento ou orientação.

Fonte: desenvolvido pelo autor.

Segundo sugere Cobb (1976), o suporte social influencia desde o nascimento da criança e é comunicado de diversas maneiras como, por exemplo, por meio do tratamento que o bebê recebe de sua mãe. Durante o processo de desenvolvimento da criança, ela passa a contar progressivamente com membros externos à família, tais como, colegas de trabalho bem como os demais membros da comunidade na qual o indivíduo faz parte.

Neste sentido, Cobb (1976) sugere a relação do suporte social com a saúde, incluindo os fatores protetores associados à recuperação, dos indivíduos, quando acometidos por alguma doença. Os estudos deste autor evidenciaram a ocorrência de menor risco de mortalidade, em pacientes com infarto do miocárdio (ataques cardíacos), quando tratados em casa, do que quando submetidos aos procedimentos clínicos das unidades de terapia intensiva em hospitais. Cobb (1976)

sugere assim, uma associação positiva entre suporte social e adesão ao tratamento, revelando em seus estudos, que existem evidências consistentes acerca da influência do papel protetor do suporte social, em todas as fases do desenvolvimento humano, desde o nascimento até a morte do indivíduo.

A partir das publicações de Caplan (1974) e Cobb (1976), deu-se início a uma fase rica de produção de estudos científicos envolvendo a relação entre a percepção de suporte social e a promoção de saúde do indivíduo. Dentre as principais conquistas, está o estabelecimento de uma plataforma para o estudo sistemático do tema, a partir de definições comuns e propostas de mensurações, aliados aos primeiros estudos longitudinais que associam suporte social à saúde. Kaplan; Cassel e Gore (1977) identificaram que a influência de determinados ambientes sociais pode evitar comportamentos de risco para a saúde, como por exemplo, ingestão de alimentos ricos em gorduras, que estão frequentemente associados ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Mais tarde Cohen (1988) investigou os possíveis mecanismos pelos quais o suporte social influencia a etiologia das doenças físicas a partir de uma seleção de estudos que relacionavam suporte social e a origem das doenças. Os achados encontrados revelaram correlações entre suporte social e a mortalidade, especialmente nos estudos de doenças cardiovasculares. Cohen (1988) destaca que os comportamentos de saúde, que podem ser influenciados pelo suporte social, incluem: dieta e atividade física. Desta forma, Cohen (1988) ao observar evidências de relação entre morbidade e integração social (especificamente nas doenças cardiovasculares) sugere que hábitos pobres de saúde expõem os indivíduos a qualquer tipo de doença.

Berkman e Syme (1979, apud Cohen, 2001) examinam a relação entre mortalidade e integração social, por meio de um estudo longitudinal, de nove anos. Os resultados revelaram que as pessoas com maior integração social viveram mais do que àquelas com integração social inferior. Esta associação entre longevidade e integração social também se confirmou posteriormente em estudos prospectivos (COHEN; UNDERWOOD; GOTTLIEB, 2000).

Dimatteo (2004) realizou uma revisão da literatura identificando 122 estudos, entre os anos de 1948 a 2001, que correlacionavam a adesão ao tratamento com suporte social estrutural ou funcional. De acordo com os resultados de suas análises, o suporte prático estava associado com a adesão ao tratamento sendo 1,74 vezes superior em famílias coesas e 1,53 vezes inferior em pacientes que pertenciam a famílias em conflito. Dimatteo (2004) sugere então que as pesquisas futuras deveriam focar, de forma cuidadosa, os aspectos moderadores da relação entre suporte social e adesão ao tratamento, além de determinar como os instrumentos de mensuração de suporte social, as características e severidades das doenças, os regimes de tratamento e as características dos pacientes afetam os resultados do tratamento.

Os estudos de Dimatteo (2004); Sluzki (2010); Velligan et al. (2010); Lakey e Orehek (2011) reforçam a relação entre suporte social e saúde. A influência das redes sociais pode impactar de modo positivo ou negativo a saúde dos indivíduos. O impacto do suporte social foi identificado tanto em doenças mentais quanto em doenças físicas, bem como aquelas com imunidade mais alta (DIMATTEO, 2004; CADZOW ; SERVOSS, 2009; SLUZKI, 2010; LAKEY; OREHEK, 2011). Também, foi observado que, quando as redes sociais são negativas, podem gerar um efeito prejudicial à saúde dos indivíduos. A relação entre o aumento do risco de mortalidade e suporte social também foi identificada nos indivíduos com baixos índices de suporte social (BERKMAN; GLASS; BRISSETTE, 2000; BLANK et al., 2009; SLUZKI, 2010; STRINGHINI et al., 2012).

Os pesquisadores Dainese, Allemand e Ribeiro (2011) e Stringhini et al. (2012) examinaram as relações entre suporte social, status socioeconômico e mortalidade. Nesse estudo longitudinal foram analisados 9.333 indivíduos entre 33 a 55 anos de idade, em um período de 24,4 anos. Os resultados identificaram nos homens uma relação entre estado civil e em menor extensão o tamanho de suas redes sociais com todas as causas de mortalidade assim como as de origem cardiovascular. Ainda neste mesmo estudo, os resultados revelaram que, os homens que possuíam renda mais baixa, apresentavam maior risco de mortalidade, quando comparados com homens que possuíam renda mais alta.

1.2.2 Avaliação das redes sociais e sua influência sobre a saúde

A avaliação das redes sociais, também conhecida como integração social, era geralmente mensurada em termos da quantidade das relações sociais estabelecidas. Quanto maior o número de relações sociais, maior o nível de integração social do indivíduo. Segundo Cohen, Underwood e Gottlieb (2000), as evidências sugerem que receber ou não suporte social é menos importante para a saúde das pessoas do que a percepção da disponibilidade do suporte social que é de fato oferecido. Além disso os resultados dos estudos de Cohen, Underwood e Gottlieb (2000), revelam em geral, que o suporte social afeta a saúde do indivíduo na medida em que influencia suas emoções, cognições e comportamentos.

O modelo, estresse-amortecimento, proposto por Cohen, Underwood e Gottlieb (2000), apresentado na Figura 3, sugere que o suporte social está relacionado primariamente ao bem-estar de pessoas sob estresse. O modelo principal indica que os recursos sociais possuem um efeito benéfico independentemente de a pessoa estar ou não sob estresse. Já o modelo de estresse-amortecimento demonstra os mecanismos pelos quais as relações sociais podem ter um efeito na saúde física ou mental do indivíduo. Este modelo sugere que aqueles indivíduos que participam de redes sociais, estão mais sujeitos aos controles e pressões, exercidos por seus membros, podendo assim, influenciar o comportamento de saúde do indivíduo.

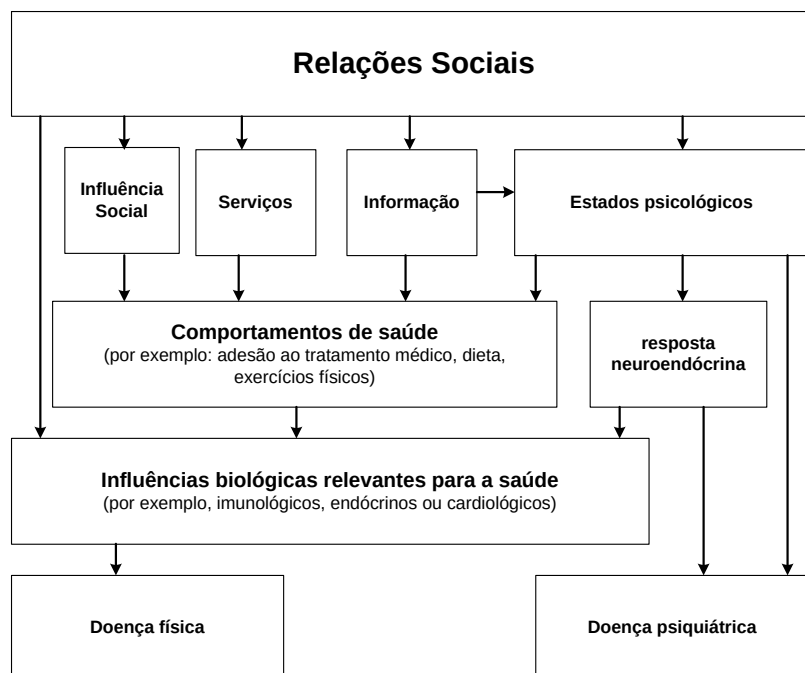


Figura 3 Caminhos pelos quais as relações de suporte social podem ter efeito direto na saúde física e psicológica.

Fonte: (COHEN; UNDERWOOD; GOTTLIEB, 2000).

De acordo com Cohen, Underwood e Gottlieb (2000) na Figura 3 estão descritos os mecanismos pelos quais as relações sociais podem influenciar a saúde física ou mental das pessoas. Os autores partem da premissa de que todos os indivíduos que compõem uma rede social estão sujeitos às normas e pressões de seus membros podendo vir a influenciar de forma positiva ou negativa, os comportamentos de saúde. Ao mesmo tempo, a integração do indivíduo em uma rede social pode propiciar-lhe afeto positivo, gerando percepções de segurança e estabilidade. A partir da amplitude dos contatos oferecidos pela rede social, múltiplas fontes de informação e acesso a serviços qualificados, são propiciados ao indivíduo. Por consequencias os membros que compõe a rede social podem possuir senso de estabilidade emocional, reconhecimento e aumento de sua auto estima, podendo assim reduzir a percepção de estresse, auxiliando os participantes da rede social a darem respostas mais adequadas aos eventos potencialmente estressantes do dia a dia. Estas redes sociais podem ainda operar para prevenir doenças, provendo quando necessário, seus integrantes com comida, roupa, proteção e informações,

limitando desta forma os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças físicas e psíquicas das pessoas.

A Figura 4 demonstra, de acordo com Cohen, Underwood e Gottlieb (2000), a influência do suporte social na determinação das respostas individuais aos eventos externos potencialmente estressantes. Neste modelo, supõe-se que o suporte social opere na prevenção de respostas aos eventos estressantes, que são considerados obstáculos para a saúde. A crença de que existem membros da rede social que irão prover os recursos necessários (disponibilidade de recursos sociais percebidos), pode evitar o potencial do dano que uma situação estressante pode causar no sistema neuro- endócrino do indivíduo. Ao mesmo tempo pode ainda reduzir ou eliminar a reação afetiva do indivíduo frente aos eventos estressantes, tornando as respostas psicológicas mais leves ou prevenindo respostas inadequadas, contribuindo assim, para a prevenção do desenvolvimento de doenças físicas e psíquicas.

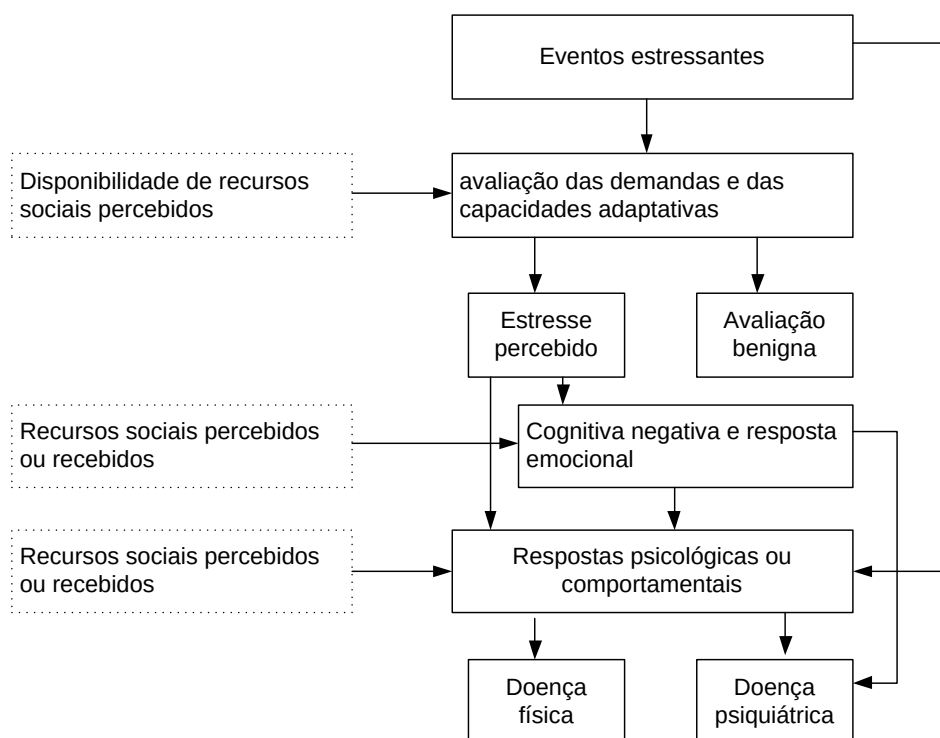


Figura 4: Caminhos através dos quais o suporte social influencia a saúde.
Fonte: (COHEN; UNDERWOOD; GOTTLIEB, 2000).

1.3 CAPITAL PSICOLÓGICO

Na revisão da literatura, foram identificados 619 artigos com o termo “*positive psychology*” e identificados 99 artigos com o termo “*psychological capital*”, maiores informações são apresentas na Figura 5.

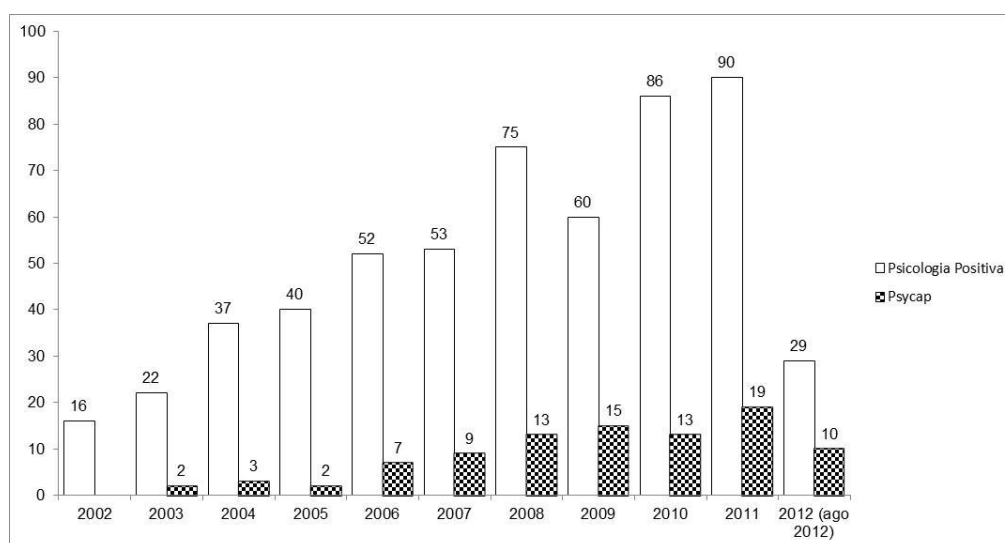


Figura 5 Número de publicações identificadas com o termo psicologia positiva e capital psicológico.

Fonte: (BASE DE DADOS PSYCINFO, 2002 a 2012).

Os estudos acerca das características psicológicas confundem-se com o próprio desenvolvimento dos estudos do ser humano. Tem aumentado, na última década, o interesse da psicologia, pelo estudo sistemático dos aspectos positivos do ser humano (SELIGMAN et al., 2005). O movimento da psicologia positiva teve seu marco teórico com a publicação do artigo “*Positive Psychology*” de Seligman e Csikszentmihalyi, (2000). A partir de então, surgiram diversas publicações que reforçaram a relevância desta abordagem. A premissa básica da psicologia positiva é identificar e promover os fatores que possam auxiliar as pessoas, comunidades e sociedades a florescerem (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000; FREDRICKSON, 2001; SELIGMAN et al., 2005; SELIGMAN, 2008). Em paralelo o paradigma da psicologia positiva também influenciou e reforçou o desenvolvimento de teorias similares em outros campos da ciência, como por exemplo, na área do

comportamento organizacional e no campo da psiquiatria (LUTHANS, 2002; RESNICK ; ROSENHECK, 2006; SLADE, 2010).

A psicologia positiva propõe uma abordagem diferente das teorias que possuem seu foco primário no tratamento das doenças e nos aspectos negativos do ser humano. Seu interesse está nos aspectos positivos e em virtudes humanas que podem ser desenvolvidas. Seligman e Csikszentmihalyi, (2000) relembram que o campo da psicologia não se limita apenas ao estudo das fraquezas e doenças, mas inclui também o campo das fortalezas e virtudes do ser humano. A relevância da psicologia positiva para a área da saúde vem sendo identificada através de diversos estudos que demonstraram as relações entre os estados positivos, saúde, seu efeito de proteção e auxílio na recuperação de doenças (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000; FREDRICKSON; LOSADA, 2005; SELIGMAN, 2008).

Autores como Seligman e Csikszentmihalyi, (2000) e Fredrickson (2001) sugerem o papel amortizador das emoções positivas, tais como fé, coragem, otimismo, habilidade interpessoal, honestidade, perseverança contra as doenças mentais. Fredrickson (2001) identificou como o papel das emoções positivas pode alimentar a resiliência, bem como ser um veículo para o crescimento e conexão social, que foram corroborados por Fredrickson e Losada (2005) em estudos posteriores. Outros estudos paralelos, propostos por Seligman et al. (2005), demonstraram resultados positivos de intervenções que utilizaram os conceitos da psicologia positiva, aumentando a felicidade das pessoas e reduzindo os sintomas depressivos. Creswell et al. (2005), sugerem a relação entre a autossugestão e sua provável função de amenizar os efeitos deletérios do estresse na saúde física e mental do indivíduo. Estes autores basearam sua investigação em 85 indivíduos que participaram de uma atividade de afirmação antes de uma atividade de desafio de estresse em um laboratório. Os resultados revelaram que os indivíduos do grupo que realizaram as afirmações de valor, tiveram respostas de cortisol, significativamente mais baixas para o estresse, quando comparados com o grupo controle (o aumento do cortisol no sangue pode ser associado a uma resposta biológica de estresse). Os autores concluíram então que os recursos pessoais como “otimismo e autoestima” moderaram as respostas entre as afirmações de valor e as respostas de estresse psicológico (CRESWELL et al., 2005).

Da mesma forma, que a psicologia positiva, a potencial sinergia na recuperação e prevenção de doenças foi observada pelo movimento de recuperação na psiquiatria, que também baseia-se na realização pessoal e no bem-estar para o tratamento e recuperação de pacientes com doenças mentais. Segundo observa Resnick e Rosenheck (2006), os movimentos de recuperação na psiquiatria e na psicologia positiva seguiram caminhos paralelos, visando capacitar as pessoas para melhorar o que é bom em suas vidas. Sua relevância foi observada por Slade (2010), que comenta que as descobertas realizadas pela psicologia positiva, como a disciplina, é uma característica importante para os serviços de saúde mental, porque seu foco em possuir uma “vida boa”, termo originado do inglês “good life”, é tão relevante para as pessoas com doenças mentais quanto para as pessoas que não apresentam nenhum tipo de doença.

Kubzansky e Thurston (2007) realizaram um estudo prospectivo para analisar o papel da vitalidade emocional e sua relação com doenças cardíacas. Participaram deste levantamento, 6.025 homens e mulheres com idades entre 25 e 74 anos, sem doenças cardíacas, no início do estudo. Após a entrevista inicial estes indivíduos foram acompanhados por uma média de 15 anos. No final do estudo, as medidas de incidentes cardiovasculares foram obtidas a partir de registros médicos. Durante o período de acompanhamento, ocorreram 1.141 casos de doenças cardiovasculares. Após as análises dos resultados, os autores sugeriram que a vitalidade emocional pode proteger contra o risco de doença coronariana em homens e mulheres, reforçando, desta forma, a relação entre a psicologia positiva e seus potenciais benefícios para a saúde.

A partir dos estudos da psicologia positiva de Seligman e Csikszentmihalyi, (2000), foi desenvolvida a teoria de comportamento organizacional positivo (COP), que teve seu marco teórico com a publicação do artigo “*The Need for and Meaning of Positive Organizational Behavior*” de Luthans (2002) que propõe a abordagem da psicologia positiva no ambiente organizacional. O comportamento organizacional positivo foi definido como o estudo e aplicação das fortalezas e capacidades psicológicas orientadas de forma positiva que podem ser mensuradas, desenvolvidas e efetivamente gerenciadas para aumentar o desempenho no ambiente de trabalho. Os critérios definidos inicialmente por Luthans (2002) para a

definição do comportamento organizacional positivo foram: confiança (autoeficácia), esperança, otimismo, inteligência emocional e bem-estar subjetivo com o acrônimo CHOSE, e em seguida com a inclusão da resiliência (LUTHANS, 2002 ; WRIGHT, 2003). Como uma extensão dos estudos do comportamento organizacional positivo, Luthans e Youssef (2004), propõem que o construto do capital psicológico é composto pela resiliência, otimismo, esperança e autoeficácia.

O Capital psicológico (*PsyCap*) foi desenvolvido a partir das premissas da psicologia positiva e pode ser definido como:

Estado de desenvolvimento psicológico positivo de um indivíduo que se caracteriza por: (1) ter confiança (autoeficácia) para assumir e colocar no esforço necessário para ter sucesso em tarefas desafiadoras, (2) fazer uma atribuição positiva (otimismo) sobre ter sucesso agora e no futuro, (3) ser perseverante em direção às metas e, quando necessário, redirecionar caminhos para objetivos (esperança), a fim de ter sucesso, e (4), quando acossado por problemas e adversidades, sustentando e saltando para trás e até mesmo além (resiliência) para alcançar o sucesso. (LUTHANS et al, 2007, p. 388).

Segundo Luthans et al. (2007), o capital psicológico é um construto de primeira ordem que integra outros construtos, não apenas de forma adicional, mas possivelmente de forma sinérgica, sugere assim, que o capital psicológico seja maior que a soma de suas partes (otimismo, esperança, resiliência e autoeficácia).

Otimismo é definido como a crença de que eventos positivos possam acontecer no futuro. No capital psicológico ele possui um sentido maior, ele depende das razões pelas quais o indivíduo acredita que estes eventos possam acontecer. Adicionalmente, pode ter um fator de amortização em relação aos eventos desfavoráveis, ou seja, além de fazer com que o indivíduo acredite que as coisas boas possam acontecer, auxilia na amortização (redução) do estresse quando o indivíduo se depara com eventos desfavoráveis (PAGE ; DONOHUE, 2004).

Esperança está associada a crença de que, além de possuir a vontade, saber os caminhos para atingir os objetivos propostos. Resiliência está associada com a capacidade do indivíduo de lidar com os problemas, de superar os obstáculos impostos e resistir à pressão, sendo especialmente relevante em tempos difíceis para as organizações. Finalmente autoeficácia está relacionada a sentimentos de

segurança e competência associados à confiança que o indivíduo possui para realizar determinadas tarefas ou atividades (LUTHANS ; VOGELGESANG, 2006).

Como as capacidades mensuradas pelo capital psicológico são estados psicológicos, espera-se que estes devam variar durante o tempo, aumentando ou diminuindo, de acordo com o contexto e as condições do indivíduo, seriam portanto, capacidades que podem ser desenvolvidas. Luthans et al. (2006) estudaram o impacto de micro intervenções do capital psicológico em um estudo duplo cego, ou seja, formado por dois grupos de pacientes, em que um deles é tratado com um medicamento sem efeito terapêutico e o outro tratado com a devida solução ativa. Neste tipo de estudo nem os pacientes tampouco os pesquisadores sabem quais são as substâncias ativas, ou seja, todos os pacientes tomam pílulas idênticas e não sabem quais são as com substâncias ativas. Essa informação somente é levantada no final do estudo para evitar que a informação possa influenciar o médico ou o paciente. Assim, a informação é desvendada apenas no momento da análise dos dados da pesquisa, visando a eliminação do potencial viés nos resultados, oriundo das crenças de todos participantes envolvidos na pesquisa. É frequentemente utilizado para se obter um padrão de rigor científico elevado, por meio de intervenções focadas e curtas (sessões de uma a três horas, dependendo do número de participantes e da realização de exercícios) com a finalidade de desenvolver o capital psicológico em seus participantes.

O procedimento adotado, no estudo de Luthans et al. (2006), com o auxílio de um facilitador, foi o seguinte: (a) inicialmente foram identificados objetivos pessoais valiosos para os integrantes; (b) após cada participante fazer o registro de seus objetivos pessoais explicou-se a forma ideal que os mesmos deveriam ser desenhados (Os requisitos incluíam: 1.indicadores concretos para mensurar o sucesso, 2. abordagem através da qual se deveria seguir para a obtenção dos objetivos pretendidos e 3. identificação de subobjetivos para obter os benefícios de pequenas vitórias); (c) em seguida, os participantes foram convidados a criar múltiplos caminhos para a obtenção de cada objetivo (independentemente de sua aplicabilidade); (d) na próxima fase, foram formados pequenos grupos de participantes para possibilitar a discussão dos caminhos encontrados por todos os integrantes e, finalmente, na fase final (e) registram-se as possibilidades e recursos

necessários para o alcance dos objetivos propostos e (f) com cuidado, as alternativas não realistas foram descartadas.

Segundo os investigadores Luthans et al. (2006) foram desenvolvidas, no processo de planejamento e discussão desta intervenção, características positivas de esperança, otimismo, autoeficácia e resiliência. A esperança, no processo de preparação de antecipação de possíveis obstáculos e na elaboração de caminhos alternativos para minimizar seus impactos. Neste processo, a pessoa pessimista perderia mais opções ao esperar que coisas ruins aconteçam. Os cenários de piores casos são antecipados dando lugar a comportamentos proativos, através de ações planejadas com antecedência, evitando que eventos ruins venham a ocorrer. Forma-se assim, um processo no qual ao contrariar o pessimista apoia-se o mais otimista.

O otimismo, por sua vez, foi desenvolvido quando o facilitador permitiu que os participantes tivessem a percepção de sucesso na experiência do desenvolvimento dos modelos de ação, da persuasão social e da excitação. Na autoeficácia, o processo de construção dos planos de ação, provoca emoções positivas que reforçam a confiança, do participante, para gerar e programar planos com a finalidade de atingir metas. Bandura (1997 apud Luthans et al., 2006) afirmam que a experiência percebida e a relevância dos modelos de ações que os participantes consideram, como relevantes para a vida real, irão influenciar seus comportamentos, os modelos de ações, seriam assim, a chave para determinar a magnitude de tal influência. A resiliência foi desenvolvida através de exercícios, em que os participantes, inicialmente de forma individual e posteriormente em grupo, analisaram o impacto realista das revezes do passado e as possíveis opções de ação para evitar ou gerenciar as mesmas situações no futuro. Assim, os participantes foram encorajados à prática de antecipar e resolver contratempos associados aos objetivos pessoais estabelecidos.

O capital psicológico, neste estudo inicial, foi mensurado através do instrumento de 24 questões - PsyCap questionnaire (PCQ), desenvolvido por Luthans et al. (2006) revelando que as intervenções realizadas poderiam aumentar o capital psicológico dos participantes. Nesse estudo, o capital psicológico dos participantes aumentou cerca de 3%, quando comparado com o grupo controle. Por meio desta constatação, os autores sugeriram que o aumento do capital psicológico

deveria aumentar o desempenho dos trabalhadores e por sua vez os resultados do empreendimento.

A relação do capital psicológico com o desempenho e a satisfação dos funcionários, assim como a força do construto do capital psicológico, quando comparado com seus componentes individuais, a saber, esperança, resiliência, otimismo e auto eficácia, foram avaliados por Luthans et al. (2007), através de dois estudos. No primeiro estudo, foram avaliadas duas amostras. A primeira com 167 estudantes de administração, sendo 67% homens, com média de 22,2 anos (desvio-padrão de 1,41), e a segunda com 404 estudantes, sendo 58% homens, com dados demográficos similares. Foram aplicados questionários com as escalas de capital psicológico em 174 estudantes, durante o período de quatro semanas, para mensurar a estabilidade da escala. No segundo estudo, foram avaliados engenheiros e técnicos de uma grande empresa, a amostra foi composta por participantes com uma média de idade de 44,83 anos (desvio-padrão de 7,31), 80% homens.

A segunda amostra, de 144 participantes com uma média de 33,79 anos (desvio-padrão de 10,85), 65% mulheres, foi composta por empregados de todas as funções de empresas médias de serviços. Os resultados encontrados pelos autores foram os seguintes: o alfa de Cronbach para cada um das quatro medidas adaptadas e o PsyCap como medida global para as quatro amostras foram: esperança (0,72, 0,75, 0,80, 0,76); resiliência (0,71, 0,71, 0,66, 0,72); autoeficácia (0,75, 0,84, 0,85, 0,75); otimismo (0,74, 0,69, 0,76, 0,79); e o PsyCap geral (0,88, 0,89, 0,89, 0,89). Segundo observam em sua conclusão, embora a escala de otimismo na segunda amostra (0,69) e da escala de resiliência na terceira amostra (0,66) não tenham atingido níveis geralmente aceitáveis de consistência interna, a confiabilidade da medida de PsyCap geral em todas as quatro amostras revelaram-se acima dos padrões convencionais. A relação com a satisfação no trabalho foi avaliada através de uma escala de três itens e classificação de 1 a 6. Os resultados da escala de satisfação tiveram uma alta confiabilidade interna, α de Cronbach (0,89, 0,87 e 0,86), para as três amostras. Através deste estudo, os autores obtiveram um suporte psicométrico para o constructo do capital psicológico (psycap).

Assim, o novo constructo psycap, teve sua validação teórica através dos estudos de Luthans et al. (2006; 2007) bem como sua validade prática demonstrada por outros estudos e demais pesquisadores (AVEY; LUTHANS; JENSEN, 2009; LUTHANS et. al, 2010; AVEY et al., 2010; CHEUNG; TANG; TANG, 2011; AVEY et al., 2011).

1.3.1 Aplicação do capital psicológico para a saúde

Avey; Luthans e Jensen (2009) sugerem o desenvolvimento de programas de Psycap pelas empresas como uma forma de combater o estresse. Em seu estudo, em que participaram 416 funcionários de diversas empresas e posições, os resultados revelaram uma relação negativa e significativa entre o PsyCap e os sintomas de estresse, percebidos no trabalho. Segundo o mesmo autor, os resultados alcançados contribuem para a compreensão de que os funcionários podem se beneficiar dos recursos positivos, como o capital psicológico. Ao mesmo tempo sugerem que estas características positivas podem ter impacto no volume de negócios e estabilidade no emprego. Finalmente, recomendam que as empresas desenvolvam programas de capital psicológico como forma de combater o estresse e reduzir a rotatividade dos funcionários (AVEY; LUTHANS; JENSEN, 2009).

A associação entre o capital psicológico e a depressão foi recentemente estudada por Liu et al. (2012). Trata-se de um estudo transversal, realizado na província de Liaoning, na China, em 2010, que teve como objetivo investigar o papel da mediação e associação entre estresse ocupacional e sintomas depressivos entre médicos chineses. Os questionários, que continham os itens sobre sintomas depressivos, foram avaliados pela escala de depressão, o estresse ocupacional foi avaliado pela escala de desequilíbrio esforço-recompensa e o Capital Psicológico (PsyCap) foi avaliado pelo instrumento capital psicológico, composto por, 24 itens. Foram convidados 1.300 médicos de grandes hospitais gerais, mas a amostra final contou com 998 participantes.

Os achados deste estudo revelaram que tanto a relação esforço / recompensa e o excesso de compromisso foram significativamente associados com sintomas depressivos entre médicos do sexo masculino e feminino. Houve uma diferença de gênero no papel mediador de PsyCap na associação profissional sintomas de estresse-depressão, ou seja, para os médicos do sexo masculino, o PsyCap não mediou a associação entre estresse ocupacional e os sintomas depressivos, já para as médicas o erro e a percepção de excesso de compromissos foi negativamente associado ao PsyCap, além de associação negativa, entre PsyCap e os sintomas depressivos (LIU et al., 2012).

Sendo assim, os resultados encontrados no estudo de Liu et al. (2012) sugerem que o PsyCap mediou significativamente as associações da relação esforço/recompensa e excesso de compromissos com os sintomas depressivos. A proporção da mediação PsyCap foi de 19,07% para relação esforço / recompensa, e de 24,29% para excesso de compromisso. A conclusão dos autores neste estudo foi a de que o PsyCap poderia ser um recurso positivo para combater os sintomas depressivos em médicos chineses, além de um recurso para a redução de estresse ocupacional. Desta forma, o desenvolvimento do PsyCap poderia ser incluído na prevenção da depressão e estratégias de tratamento, especialmente para os médicos do sexo feminino.

1.4 OBJETIVOS HIPÓTESES E MODELO CONCEITUAL

1.4.1 Objetivo Geral

- O estudo tem como objetivo geral analisar as relações entre capital psicológico, percepção de suporte social e adesão ao tratamento.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Apresentar, interpretar e discutir os escores médios de capital psicológico.
- Apresentar, interpretar e discutir os escores médios da percepção de suporte social.
- Apresentar, interpretar e discutir os escores médios da adesão ao tratamento.
- Apresentar, interpretar e discutir os índices de correlação entre capital psicológico, percepção de suporte social e adesão ao tratamento.

1.4.3 Hipóteses

- H1: Percepção de suporte social impacta positiva e significativamente na adesão ao tratamento.
- H2: Capital psicológico modera a relação entre percepção de suporte social e adesão ao tratamento.

1.4.4 Modelo conceitual

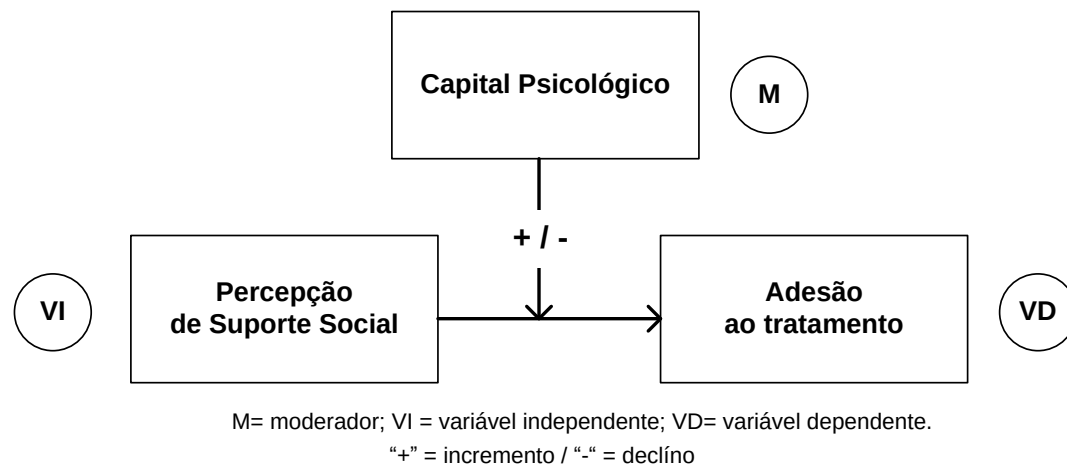


Figura 6 Modelo Conceitual de relações entre capital psicológico, percepção de suporte social e adesão ao tratamento.
 Fonte: desenvolvido pelo autor.

É importante destacar que:

O símbolo + sugere incremento / aumento.

O Símbolo - sugere Declínio/ redução.

Isso quer dizer que existe a possibilidade do capital psicológico aumentar ou reduzir a relação entre as variáveis: percepção de suporte social e adesão ao tratamento.

2. MÉTODO

Este capítulo apresenta o método utilizado no desenvolvimento deste estudo, tais como, a descrição da amostra, os instrumentos e procedimentos de coleta de dados utilizados, análise dos dados e aspectos éticos.

2.1 PARTICIPANTES

Os participantes deste estudo foram escolhidos por conveniência. Os indivíduos foram convidados a participar a partir de banco de dados e de redes sociais do pesquisador responsável. Foram considerados elegíveis para responder aos questionários deste estudo, os participantes que eram maiores de idade e que declararam ter recebido algum tipo de orientação de saúde, nos últimos seis meses.

A definição da quantidade de participantes se deu em relação ao número de variáveis investigadas. Desta forma foram seguidas as recomendações de Tabachnick e Fidell (2001) que sugerem que, uma amostra significativa, deve ser estimada através da fórmula $n > 50 + 8k$, onde k corresponde ao número de variáveis antecedentes ou preditoras. Como este estudo contou com duas variáveis (percepção de suporte social e capital psicológico), resultou-se o seguinte cálculo: $n > 50 + 8 \times 2 = n > 66$. Sendo assim, para uma amostra significativa, este estudo necessitaria de uma amostra mínima de 66 participantes.

A amostra deste estudo foi concluída com 102 participantes, ultrapassando assim, a quantidade exigida pelo cálculo citado acima. Dentre os participantes do estudo, 69,9% eram do sexo feminino, com idade média de 38,25 anos ($DP=13,35$), variando de 18 a 74 anos. Em relação à escolaridade, houve maior concentração de participantes com nível superior completo (23,0%), seguido de nível médio (21%) e especialização (19%) conforme apresenta a Tabela 1.

Tabela 1- Dados sociodemográficos dos participantes (n=102)

Variáveis	Níveis	f	%	Média	DP
Idade	(média em anos)	-	-	38,16	13,32
Gênero	Masculino	30	30		
	Feminino	72	69		
Escolaridade	Fundamental	14	14		
	Nível Médio	21	21		
	Superior incompleto	13	13		
	Superior completo	23	23		
	Especialização	19	19		
	Mestrado	7	7		
	Doutorado	3	3		

2.2 INSTRUMENTOS

Os dados foram coletados por meio de questionários autoaplicáveis, a partir de instrumentos de medidas que avaliam cada uma das variáveis deste estudo:

Questionário MBG (MARTÍN-BAYARRE-GRAU) – Instrumento de medida unifatorial, composto por doze itens, originalmente desenvolvido por Alfonso; Vea e Ábalo (2008) que se basearam na definição operacional da Organização Mundial da Saúde Who (2003) de adesão ao tratamento. Foi adaptado e validado para o Brasil pelos autores Matta, Luiza e Azeredo (2010), e apresenta índice de precisão ($\alpha=0,78$).

O nível de adesão ao tratamento, deste instrumento, é calculado pela somatória dos pontos atribuídos pelo respondente a cada item por meio de uma escala de cinco pontos, assim distribuída: sempre (4 pontos), quase sempre (3 pontos), às vezes (2 pontos), quase nunca (1 ponto) e nunca (0 ponto). A pontuação mais elevada significa maior adesão. Assim, os entrevistados são classificados em “aderidos totais” se obtiverem de 38 a 48 pontos, “aderidos parciais” se obtiverem de 18 a 37 pontos e “não aderidos”, se obtiverem de 0 a 17 pontos.

Para os cálculos do presente estudo a variável adesão ao tratamento foi tratada como uma variável intervalar e não ordinal, como sugerem pesquisadores Matta, Luiza e Azeredo (2010), que a validaram o instrumento para o Brasil. Assim sendo, foram calculados escores médios somando-se as respostas dos doze itens da escala, dividindo a somatória por doze. Tal procedimento foi aplicado porque os objetivos e as hipóteses, do estudo, exigiam variáveis de natureza intervalar, visando à aplicação das análises de correlação e regressão linear.

Portanto, não foram aplicados os procedimentos de interpretação de adesão ao tratamento, conforme sugerem os autores, Matta, Luiza e Azeredo (2010), que apontam para uma metodologia de criação de três categorias, transformando a medição dos dados em uma escala ordinal. Dessa forma, as respostas foram recodificadas para uma escala intervalar de cinco pontos, da seguinte forma: 5= sempre; 4 = quase sempre; 3 = às vezes; 2 = quase nunca 1 = nunca.

Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS) – este instrumento de medida foi construído e validado, no Brasil, por Siqueira (2008). A escala é composta por vinte e nove itens organizados para formar dois fatores: um fator denominado por suporte prático (19 itens com $\alpha = 0.91$) e o outro denominado por suporte emocional (10 itens e $\alpha = 0.92$). As respostas são distribuídas em uma escala de quatro pontos, considerando respectivamente: 1 = nunca; 2 = poucas vezes; 3 = muitas vezes; 4 = sempre.

Escala de Capital Psicológico (ECP-18) – este instrumento de medida foi originalmente construído e validado, no Brasil, por Siqueira et. al. (não publicado). Caracteriza-se por uma escala multifatorial composta por quatro fatores, a saber: eficácia (5 itens com $\alpha = 0.81$); resiliência (4 itens com $\alpha = .077$); otimismo (3 itens com $\alpha = 0.84$) e esperança (6 itens com $\alpha = 0.86$). A ECP-18 possui índice ($\alpha = 0,92$) de confiabilidade. As respostas foram são distribuídas em uma escala de cinco pontos, considerando respectivamente, 1= discordo totalmente; 2= discordo; 3= nem discordo, nem concordo; 4= concordo; 5= concordo totalmente.

Dados sociodemográficos: foram coletadas informações acerca da idade, gênero e formação acadêmica. Todos os participantes, deste estudo, informaram ter recebido nos últimos seis meses, alguma orientação sobre sua saúde.

2.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O convite para participar do estudo e ter acesso aos questionários foi enviado através de correio eletrônico (*e-mail*) e nas redes sociais de contatos do pesquisador responsável. Os questionários para serem preenchidos foram disponibilizados, através de um *link eletrônico*, no site *www.surveymonkey.com*.

Para a inclusão na amostra, foi necessária a livre concordância dos participantes em contribuir com o estudo, respondendo ao questionário *online*, autoaplicável, por meio da aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Somente os participantes que aceitaram o TCLE tiveram acesso ao questionário *online*, autoaplicável. Os participantes que não atenderam aos requisitos deste estudo, a saber, ser maior de idade, estar em tratamento médico e concordar com o TCLE, foram automaticamente redirecionados a uma mensagem de agradecimento, encerrando, desta forma, sua participação na pesquisa. Além disso, em todo o processo de preenchimento do questionário online autoaplicável, os participantes tiveram a opção de desistir da participação nesta pesquisa, clicando em um botão constituído pelos dizeres “sair desta pesquisa”, disponibilizado no canto superior direito de todas as páginas eletrônicas.

Do total dos participantes convidados, 129 visitaram o link eletrônico disponível na página da internet, *www.surveymonkey.com*. Do total de visitantes apenas um se recusou a participar da pesquisa, após a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Dentre os visitantes que aceitaram participar da pesquisa, 18 deles, afirmaram não estar seguindo nenhum tratamento médico ou não ter recebido nenhuma recomendação de saúde nos últimos seis meses, e por isso, tiveram que ser excluídas da amostra deste estudo. Outras três pessoas também foram excluídas por não atenderem ao critério de inclusão de idade (maior de 18 anos). Apenas duas pessoas acabaram desistindo de participar durante o preenchimento dos questionários. As informações respondidas pelos participantes que não completaram a pesquisa foram excluídas da base de dados juntamente com três

“*outliers*” identificados. Sendo assim, a amostra final foi composta por 102 participantes, conforme ilustra a Figura 7, a seguir.

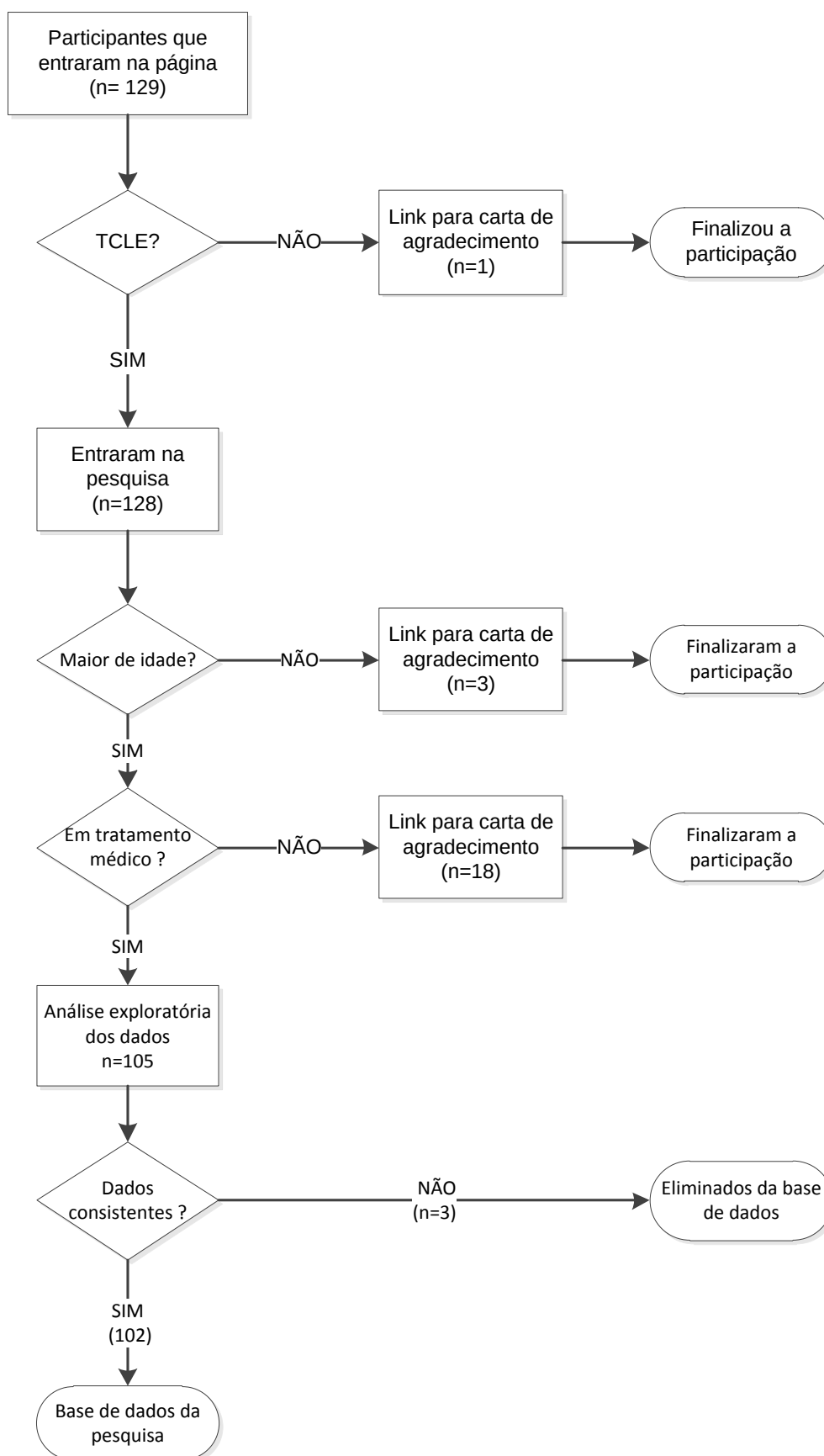


Figura 7 Fluxo da preparação da base de dados da pesquisa.
Fonte: desenvolvido pelo autor.

2.3.1 Aspectos éticos

Este estudo foi submetido ao Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP), Plataforma Brasil, via internet, no site do Ministério da Saúde De acordo com a Resolução nº196, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Além disso, este estudo também foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Metodista de São Paulo (CEP UMESP) tendo sido aprovado, em 21 de junho de 2012, sob o parecer número 41990, com o respectivo código de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE), a saber: 03186512.5.0000.5508 (ANEXO - B). Todos os participantes que aceitaram participar deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (ANEXO - A).

2.4PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados representados por indicadores numéricos foram transformados em uma base de dados no servidor *surveymonkey* e exportados para o devido tratamento no software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0. Inicialmente, foram realizadas análises exploratórias para a identificação de “*outliers*” e possíveis inconsistências dos dados informados pelos participantes. Após a identificação de casos omissos ou extremos (*outliers*), foram realizadas as análises iniciais de estatística descritiva e de dados multivariados.

2.4.1 Verificação dos pressupostos da regressão múltipla

As condições requeridas na regressão múltipla de acordo com Dancey e Reidy (2006), envolvem: (a) número suficiente de participantes; (b) variável critério com distribuição normal; (c) variáveis que devem ter um relacionamento linear com a variável critério; (d) valores atípicos talvez precisam ser eliminados e (e) multicolinearidade, variáveis explicativas com altas correlações em relação à variável critério. Visando atender estes pressupostos as verificações estatísticas realizadas demonstraram que: (a) o número mínimo de participantes foi alcançado de acordo com as recomendações de Tabachnick e Fidell (2001), através do cálculo $N \geq 50 + 8K$, onde “K” foi considerado o número de variáveis explicativas (percepção de suporte emocional e capital psicológico); (b) as variáveis foram checadas quanto a sua distribuição, através de análise exploratória; (c) as variáveis testadas “adesão ao tratamento” e “percepção de suporte prático” possuíam valores lineares; (d) os casos de *outliers* (3) foram eliminados na primeira fase de tratamento da base de dados e finalmente (f) não foram identificados casos de multicolinearidade.

Para melhor visualização do leitor, o Quadro 3, a seguir, apresenta como o plano de análise dos dados foi realizado. No capítulo subsequente serão apresentados, interpretados e discutidos os resultados alcançados pelo presente estudo.

Quadro 3
Resumo do plano de análise de dados

Descrição	Hipóteses	Escala	Técnica de análise
Objetivo geral			
Analisar as relações entre capital psicológico, percepção de suporte social e adesão ao tratamento.		Escala ECP-18 formada por 4 fatores e composta de 18 itens.	Correlações entre as variáveis (r de Pearson).
		Escala EPSS formada por 2 fatores e composta de 29 itens.	
		Escala MBG unifatorial composta por 12 itens.	
Objetivos específicos			
Testar hipóteses acerca do papel moderador do capital psicológico sobre a relação entre percepção de suporte social e adesão ao tratamento.	H1: Percepção de suporte social impacta positiva e significativamente na adesão ao tratamento.	Escala ECP-18 formada por 4 fatores e composta de 18 itens.	Regressão linear múltipla pelo método “enter”.
		Escala EPSS formada por 2 fatores e composta de 29 itens.	
	H2: Capital psicológico modera a relação entre percepção de suporte social e adesão ao tratamento.	Escala MBG unifatorial composta por 12 itens.	
Apresentar, interpretar e discutir os escores médios de capital psicológico.		Escala ECP-18 formada por 4 fatores e composta de 18 itens.	Análise estatística descritiva. Média e Desvio-padrão.
Apresentar, interpretar e discutir os escores médios da percepção de suporte social.		Escala EPSS formada por 2 fatores e composta de 29 itens.	Análise estatística descritiva. Média e Desvio-padrão.
Apresentar, interpretar e discutir os escores médios da adesão ao tratamento.		Escala MBG unifatorial composta por 12 itens.	Análise estatística descritiva. Média e Desvio-padrão.

Fonte: desenvolvido pelo autor.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados, sua interpretação e discussão estão organizados em duas seções. A primeira corresponde às análises descritivas (médias, desvio-padrão, índices de precisão e correlação) que têm como objetivo satisfazer os objetivos específicos do estudo. Na segunda parte serão apresentadas as estatísticas multivariadas obtidas através de modelos de regressão linear múltipla hierárquica, pelo método “*enter*”, com o objetivo de testar as duas hipóteses formuladas no projeto de pesquisa.

3.1 ANÁLISES DESCRITIVAS

A Tabela 2 descreve as médias, o desvio-padrão, escalas de respostas, os coeficientes de correlação (r de Pearson) das variáveis e os índices de confiabilidade (α de Cronbach) das escalas utilizadas no estudo.

Tabela 2 - Sumário das estatísticas descritivas, coeficientes de correlação (*r* de Pearson) entre as variáveis do estudo e índices de confiabilidade (n=102)

Variável	Média	DP	Escala de respostas	Valor de t	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. AT	3,52	0,64	1-5	8,291	(0,80) α								
2. PSS	2,78	0,57	1-4	-	0,188	(0,95) α							
3. PSP	2,68	0,58	1-4	-	0,204*	0,972**	(0,93) α						
4. PSE	2,97	0,64	1-4	-	0,134	0,914**	0,793**	(0,92) α					
5. CP	4,08	0,48	1-5	22,634	0,068	0,004	-0,015	0,035	(0,92) α				
6. CPEf	4,17	0,54	1-5	21,975	0,024	-0,007	-0,032	0,038	0,882**	(0,83) α			
7. CPR	3,65	0,72	1-5	9,137	0,006	-0,003	-0,015	0,018	0,777**	0,540**	(0,85) α		
8. CPO	4,22	0,61	1-5	20,279	0,104	0,079	0,067	0,091	0,727**	0,551**	0,440**	(0,80) α	
9. CPE	4,21	0,52	1-5	23,671	0,121	-0,030	-0,031	-0,025	0,881**	0,783**	0,532**	0,534**	(0,90) α

**p<0,01; *p<0,05; AT= Adesão ao tratamento; PSS= Percepção de suporte social; PSP= Percepção de suporte prático; PSE= percepção de suporte emocional; CP= capital psicológico; CPEf= Capital psicológico dimensão eficácia; CPR = Capital psicológico, dimensão resiliência; CPO= Capital psicológico, dimensão otimismo; CPE= Capital psicológico, dimensão esperança; DP= Desvio-padrão Índices de confiabilidade (α) das escalas entre parênteses, na linha diagonal.

3.1.1 Suporte social

Na Tabela 2, observa-se que as médias variaram entre 2,68 no suporte prático (DP=0,58) e entre 2,96 no suporte emocional (DP=0,64). Estes valores são significativamente distintos entre si ($t = -7,420$; $p < 0,01$). Pode-se reconhecer que os escores médios sobre percepção de suporte social revelados pelo estudo colocam os participantes no grupo de pessoas que tendem a acreditar que recebem mais suporte emocional do que prático de sua rede social.

Suporte social é definido por Cobb (1976) como as informações que levam a pessoa a acreditar que ela é cuidada, amada, estimada e membro de uma rede de obrigações mútuas. Neste sentido os resultados podem ser avaliados de forma positiva, uma vez que a alta percepção de suporte social sugere efeitos ineficazes

(BOLGER; AMAREL, 2007). Essa percepção pode desenvolver um sistema de “amortização”, que pode aliviar as repostas dos indivíduos ao estresse, reduzindo a importância percebida e auxiliando, a busca de soluções, ao mesmo tempo em que, alivia o sistema neuroendócrino do indivíduo de possíveis sobrecargas (COBB, 1976; BERKMAN, 1995; DIMATTEO, 2004).

3.1.2 Capital psicológico

Em relação ao capital psicológico, as médias variaram de 3,64 (DP=0,71) para autoeficácia e 4,21 (DP=0,67) para a variável otimismo. Ressalta-se que todas as médias obtidas são significativamente superiores ao ponto médio da escala de respostas do instrumento utilizado para mensurar a variável, capital psicológico, conforme valores contidos sobre a prova t apresentados na Tabela 1.

Estes resultados sugerem que os participantes deste estudo possuem capital psicológico geral elevado tendo sido observado valores significativamente acima do ponto médio da escala de respostas. Pode-se sugerir que possuem confiança para empregar os esforços necessários para ter sucesso em tarefas desafiadoras, são otimistas em relação ao momento presente e em relação ao futuro, avançam na direção de seus objetivos, e, quando necessário redirecionam os seus esforços e superam dificuldades e problemas pessoais para obter sucesso na vida.

Em relação à autoeficácia a média foi de 4,17 (DP = 0,54) aproximando-se do ponto 4 da escala de respostas. Este resultado sugere que os participantes sentem que podem resolver seus problemas, encontrar formas de atingir seus objetivos, cumprir com suas obrigações e encontrar formas de realizar seus sonhos. Estudos têm levado a discussão desta variável (autoeficácia) como uma das possíveis determinantes para o comportamento de adesão ao tratamento (TIERNEY et al., 2011).

A resiliência, na escala de capital psicológico, obteve uma média de 3,64 (DP = 0,71) sugerindo que os participantes deste estudo nem sempre sentem que possuem capacidades para enfrentar os problemas que ocorrem em suas vidas, tais como, perdas pessoais, mudanças, intrigas e inveja de outras pessoas. A resiliência no capital psicológico é entendida como a capacidade de adaptação positiva em situações de risco significativo e adicionalmente ir além do esperado (LUTHANS; YOUSSEF; AVOLIO, 2007)

A média de otimismo foi de 4,21 (DP = 0,61), aproximando-se do ponto 4 da escala de respostas. Sugere assim que os participantes acreditam que coisas boas vão ocorrer com eles no futuro, como por exemplo, dias melhores. Essa percepção pode estar associada à interpretação positiva dos eventos do dia a dia bem como às conquistas obtidas na vida pessoal.

Esperança, apresentou média de 4,20 (DP = 0,52) aproximando-se também do ponto 4 da escala de respostas. Este resultado indica que os participantes deste estudo acreditam que possuem energia e experiência para serem bem-sucedidos em suas vidas, possuem criatividade para crescer além de formas de demonstrar suas competências e realizar seus planos para o futuro. Ponto este que parece ser compatível com a média de idade dos participantes, 38, 16 anos (DP=13,32). Nesta dimensão, pode-se assumir que os participantes pensam que são capazes de estabelecer objetivos desafiadores, mas realísticos em relação aos seus objetivos de vida. Larson e Luthans, (2006) definem a esperança como a capacidade do indivíduo de se planejar para o futuro e procurar formas alternativas de pensar quando enfrenta obstáculos.

3.1.3 Adesão ao tratamento

A média obtida por meio da escala de adesão ao tratamento foi de 3,52 (DP = 0,63), sendo significativamente superior ($t= 8,291$; $p<0,01$) ao ponto médio da escala de respostas (valor = 3). Assim, pode-se reconhecer que os participantes deste estudo revelaram não aderir totalmente ao tratamento sugerido pelo profissional de saúde, resultados estes, que corroboram outros estudos relacionados ao comportamento de saúde (HAYNES et al., 2008).

O Quadro 4 apresenta, de forma sintética, um resumo dos resultados qualitativos das variáveis mensuradas estatisticamente neste estudo.

Quadro 4
Resumo da visão geral dos resultados

Variável	Significado para os participantes deste estudo
Suporte Social	Tendem a perceber que possuem suporte social.
Suporte prático	Tendem a perceber que possuem suporte prático.
Suporte emocional	Percebem que possuem suporte emocional.
Capital psicológico	Concordam que estão em uma fase positiva na vida.
Eficácia	Concordam que podem resolver os seus problemas.
Resiliência	Concordam que podem superar dificuldades e se manter em seus objetivos de vida.
Otimismo	Acreditam em dias melhores e percebem, com maior ênfase, os fatos positivos.
Esperança	Concordam que possuem energia para estabelecer objetivos desafiadores e segui-los.
Adesão ao tratamento	Aderem parcialmente aos tratamentos de saúde.

Fonte: desenvolvido pelo autor.

3.2 RELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS DO ESTUDO

Na sequência, são apresentados os resultados dos índices de correlação entre as variáveis do estudo apresentados na Tabela 2. Os níveis das correlações entre as variáveis serão interpretados de acordo, com as definições de Callegari-jacques (2003), a saber: correlação nula (0); correlação fraca (0 a 0,3); correlação regular (0,3 a 0,6); correlação forte (0,6 a 0,9) e correlação plena ou perfeita (1).

Na Tabela 2 estão contidos 36 índices de correlação dentre os quais 14 revelaram-se estatisticamente significativos. Concernentes ao objetivo deste estudo, apenas um índice está entre os significativos, ou seja, a correlação entre suporte prático e adesão ao tratamento ($r=0,204$; $p<0,05$). Assim sendo, pode-se afirmar ao nível de 5% de significância que a medida em que cresce a percepção de suporte social prático, cresce a adesão ao tratamento. Este resultado corrobora com relatos na literatura, relativos ao tema, sugerindo assim, uma relação entre a percepção de suporte social e a adesão ao tratamento (DIMATTEO, 2004; MOLLOY et al., 2008).

Os resultados revelam que o capital psicológico não demonstra correlações estatisticamente significativas com adesão ao tratamento e tampouco com a percepção de suporte social. Assim sendo, os resultados deste estudo, apontam que os níveis de adesão ao tratamento relatado pelos participantes independem de seu capital psicológico. Da mesma forma, o nível de capital psicológico não apresenta nenhuma relação com as crenças dos participantes, acerca da oferta de suporte emocional e suporte prático, que advém de suas redes sociais.

É interessante observar, conforme citado anteriormente, que a pesquisa realizada por Liu et. al., (2012), para verificar o impacto do capital psicológico na relação entre estresse ocupacional e sintomas depressivos embora tenha objetivos diferentes do presente estudo. Destaca-se assim, que os pesquisadores Liu et. al., (2012), sugerem a capacidade de o capital psicológico moderar parcialmente estas relações, significativamente entre as mulheres.

Não tendo sido observados índices de correlação significativos entre capital psicológico e as variáveis de adesão ao tratamento e percepção de suporte social, foram apenas calculadas as análises de impacto da relação entre percepção de suporte social prático sobre a adesão ao tratamento. Os resultados obtidos sugerem que existem evidências para se considerar como verdadeira a hipótese H1 (percepção de suporte social prático impacta positiva e significativamente na adesão ao tratamento). A variável percepção de suporte social prático apresentou capacidade de explicar 5,90% da variância do critério ($R^2=0,059$; $F=(1, 102)= 6,321$; $p<0,05$). Uma vez que os limites de confiança foram estabelecidos de forma estreita, pode-se concluir que existe 95% de confiança, de que a percepção de suporte social prático possui um impacto positivo na adesão ao tratamento, explicando a variação adicional, cerca de 6%, na amostra estudada.

Consoante os resultados, pode-se afirmar que a variância de adesão ao tratamento é explicada, em parte pela percepção de suporte social prático. Entretanto, deve-se ressaltar a esta descoberta grande parcela de explicação ou de identificação de quais fatores seriam responsáveis pela variância de adesão ao tratamento. Tal suposição está embasada na proposta da Organização Mundial da Saúde Who (2003), de que existem cinco categorias de fatores responsáveis por induzir o paciente a seguir corretamente as prescrições de um profissional de saúde.

4 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo analisar as relações entre capital psicológico, percepção de suporte social e adesão ao tratamento, apresentando, interpretando e discutindo o impacto oferecido pela percepção de suporte social e a moderação exercida pelo capital psicológico como uma terceira variável, testando um conjunto de hipóteses das relações de interdependência entre as variáveis.

A suposição contida em H1: (percepção de suporte social impacta positiva e significativamente na adesão ao tratamento) foi confirmada. A segunda suposição H2: (capital psicológico modera a relação entre percepção de suporte social e adesão ao tratamento) foi prematuramente refutada por não demonstrar correlação positiva com nenhuma variável de percepção de suporte social bem como de adesão ao tratamento. Estes resultados sugerem a não interdependência entre o capital psicológico, adesão ao tratamento e percepção de suporte social.

Os resultados deste estudo são, em parte, consistentes com a literatura que indica relações significativas entre adesão ao tratamento e percepção de suporte social. No entanto, a não identificação de uma possível moderação oferecida pelo capital psicológico deve ser avaliada com cautela, pois, a princípio, pode não excluir sua importância no contexto de proteção da saúde. Deve-se ressaltar que este estudo deu início às investigações de associação entre estados psicológicos positivos como o capital psicológico e os cuidados com a saúde das pessoas. Isto se torna relevante a partir da premissa de que os estados psicológicos positivos podem ser desenvolvidos, tornando-se assim, um tema relevante para as ações de promoção da saúde no campo da psicologia.

Algumas limitações podem ser apontadas neste estudo. A investigação do capital psicológico é relativamente nova, sendo a sua aplicação na área da saúde ainda mais incipiente. Pode-se afirmar que o presente estudo foi um dos primeiros verificando o papel moderador de capital psicológico na percepção de suporte social e adesão ao tratamento. No que se refere ao conceito de “estar em tratamento” é válido ressaltar a possibilidade de, que muitos potenciais participantes, não

seguiram as recomendações de seus médicos por terem entendido que não estavam em tratamento ou talvez não tenham se sentido a vontade para responder os instrumentos.

Sugere-se como agenda de pesquisa a realização de estudos longitudinais para avaliar o comportamento destas variáveis, ao longo do tempo, para melhor entendimento de seu papel na saúde, especialmente na prevenção e recuperação. A associação de um marcador biológico, como a variação do cortisol, no caso do estresse e outros marcadores, no caso de medicamentos para a verificação da adesão, poderá adicionar uma variável importante para validar a mensuração da adesão ao tratamento. A possibilidade de se testar outras variáveis da psicologia positiva além daquelas que compõem o constructo do capital psicológico podem auxiliar na procura de possíveis associações que possam oferecer respostas de como estas relações influenciam a saúde das pessoas.

Sendo assim, os resultados encontrados neste estudo, oferecem uma importante contribuição no sentido de abrir o caminho para novos estudos que possam identificar o papel de variáveis psicológicas na adesão ao tratamento de saúde, revelando um caminho para enfrentar essa questão de base na saúde humana. Fica evidenciada a necessidade de entender os pacientes a partir de uma abordagem biopsicossocial, em que psicologia da saúde possa de forma determinante contribuir para as práticas de adesão ao tratamento, através da identificação das variáveis passíveis de serem desenvolvidas pelos pacientes, seja por meio de programas de promoção da saúde ou de prevenção de doenças.

REFERÊNCIAS

AGUILERA, A.; MUÑOZ, R. F. Text messaging as an adjunct to CBT in low-income populations: A usability and feasibility pilot study. **Professional Psychology: Research and Practice**; v. 42, n. 6, p. 472-478, 2011.

ALFONSO, L. M.; VEA, H. D. B.; ÁBALO, J. A. G. Validación del cuestionario MBG (Martin-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. **Revista Cubana de Salud Pública**, Cidade de la Habana, v. 34, n. 1, mar. 2008. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 04 jan. 2012.

AVEY, J. B. et al. Impact of positive psychological capital on employee well-being over time. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 15, n. 1, p. 17-28, jan. 2010.

AVEY, J. B. et al. Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors, and performance. **Human Resource Development Quarterly**, v. 22, n. 2, p. 127-152, 2011.

AVEY, J. M., LUTHANS, F., JENSEN, S. M. Psychological Capital: A Positive Resource for Combating Employee Stress and Turnover. **Human Resource Management**, v. 48, n.5, p. 677-693, 2009.

BERKMAN, L. F. The role of social relations in health promotion. **Psychosomatic Medicine**, v. 57, n. 3, p. 245-254, 1995.

BERKMAN, L. F.; GLASS, T.; BRISSETTE, I. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. **Social Science & Medicine**, v. 51, p. 843-857, 2000.

BLACKWELL, B. Treatment adherence. **British Journal of Psychiatry**, v. 129, p. 513-531, 1976.

BLANK, T. O. et al. Aging, health, and GLBTQ family and community life. **Journal of GLBT Family Studies**, v. 5, n. 1-2, p. 9-34, 2009.

BOING, A. C.; BOING, A. F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 14, n. 2, p. 84-88, 2007.

BOLGER, N.; AMAREL, D. Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 92, n. 3, p. 458-475, 2007.

CALLEGARI-JACQUES. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CAPLAN, G. **Support systems and community mental health**. New York: Behavioral Publications, 1974.

CHEUNG, F.; TANG, C. S.; TANG, S. Psychological capital as a moderator between emotional labor, burnout, and job satisfaction among school teachers in China. **International Journal of Stress Management**, v. 18, n. 4, p. 348-371, 2011.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic medicine**, v. 38, n. 5, p. 300-14, 1976.

COHEN, S. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. **Health psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association**, v. 7, n. 3, p. 269-297, Jan. 1988.

_____. Social relationships and health: Berkman & Syme (1979). **Advances in mind-body medicine**, v. 17, n. 1, p. 5-7, jan 2001.

COHEN, S. et al. **Social support measurement and intervention: a guide for health and social scientists**. New York: Oxford University Press, 2000.

CRESWELL, J. D. et al. Affirmation of personal values buffers neuroendocrine and psychological stress responses. **Psychological science**, v. 16, n. 11, p. 846-51, Nov. 2005.

DAINESE, S. M. et al. Protective factors in midlife: how do people stay healthy? **GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry**, v. 24, n. 1, p. 19-29, 2011.

DANCEY, C.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DIMATTEO, M. R. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. **Health psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association**, v. 23, n. 2, p. 207-218, Mar. 2004.

DUCKWORTH, A. L.; STEEN, T. A.; SELIGMAN, M. E. P. Positive psychology in clinical practice. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 1, p. 629-651, Jan. 2005.

FREDRICKSON, B. L. The role of positive emotions in positive psychology. **American Psychologist**, v. 56, n. 3, p. 218-226, 2001.

FREDRICKSON, B.; LOSADA, M. F. Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. **American Psychologist**, v. 60, n. 7, p. 678-686, 2005.

GUSMÃO, J.L. MION JR. D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

HASSAN, N. B. et al. Identification of psychosocial factors of noncompliance in hypertensive patients. **Journal of human hypertension**, v. 20, n. 1, p. 23-29, jan 2006.

HAYNES, R.; ACKLOO, E.; SAHOTA, N. Interventions for enhancing medication adherence. **The Cochrane Collaboration**, n. 1, p. 1-97, 2008.

HAYNES, R. B. R.; MCDONALD, H. H. P.; GARG, A. X. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. **JAMA: the Journal of the American Medical Association**, v. 288, n. 22, p. 2880-2883, 2002.

HO, P. M.; BRYSON, C. L.; RUMSFELD, J. S. Key issues in outcomes research medication adherence. **Circulation**, v. 119, n. 23, p. 3028-3035, 2009.

HOGUE, A. et al. Treatment adherence, competence, and outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 76, n. 4, p. 544-555, 2008.

HUBERTY, J. L. et al. Women bound to be active: one year follow-up to an innovative pilot intervention to increase physical activity and self-worth in women. **Women & Health**, v. 49, n. 6-7, p. 522-539, 2009.

JACKEVICIUS, C. A. Adherence with statin therapy acute coronary syndromes. **Survival**, v. 288, n. 4, 2002.

JIN, J. et al. Factors affecting therapeutic compliance: a review from the patient ' s perspective. **Therapeutics And Clinical Risk Management**, v. 4, n. 1, p. 269-286, 2008.

KAPLAN, B. H.; CASSEL, J. C.; GORE, S. Social support and health. **Medical care**, v. 15, n. 5, p. 47–58, 1977.

KUBZANSKY, L. D.; THURSTON, R. C. Emotional vitality and incident coronary heart disease. **Archives General Psychiatry**, v. 64, n. 12, p. 1393-1401, 2007.

LAKEY, B.; OREHEK, E. Relational regulation theory: a new approach to explain the link between perceived social support and mental health. **Psychological Review**, v. 118, n. 3, p. 482-495, 2011.

LARSON, M.; LUTHANS, F. Potential added value of psychological capital in predicting work attitudes. **Journal of Leadership & Organizational Studies**, v. 13, n. 2, p. 75-92, 2006.

LIU, L. et al. The mediating role of psychological capital on the association between occupational stress and depressive symptoms among Chinese physicians: a cross-sectional study. **BMC public health**, v. 12, n. 1, p. 219, Mar. 2012.

LUTHANS, F. The need for and meaning of positive organizational behavior. **Journal of Organizational Behavior**, v. 23, n. 6, p. 695-706, Sept. 2002.

LUTHANS, F., YOUSSEF, C. M. Human, Social, and Now Positive Psychological Capital Management: Investing in people for competitive advantage. **Organizational Dynamics**, v.33, n. 2, p. 143-160, 2004.

LUTHANS, F.; YOUSSEF, C. M.; AVOLIO, B. J. **Psychological capital**: developing the human competitive edge. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2007. p. 246.

LUTHANS, F. et al. The development and resulting performance impact of positive psychological capital. **Human Resource Development Quarterly**, v. 21, n. 1, p. 41-67, 2010.

LUTHANS, F. et al. Psychological capital development: toward a micro-intervention. **Journal of Organizational Behavior**, v. 27, n. 3, p. 387-393, May 2006.

LUTHANS, F. et al. Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. **Personnel Psychology**, v. 60, n. 3, p. 541-572, 2007.

LUTHANS, F.; VOGELGESANG, G. Developing the psychological capital of resiliency. **Human Resource Development Review**, v. 5, n. 1, p. 25-44, 2006.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011.

MANWARING, J. L. ET AL. Do adherence variables predict outcome in an online program for the prevention of eating disorders? **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 76, n. 2, p. 341-346, 2008.

MATTA, S. R.; LUIZA, V. L.; AZEREDO, T. B. **Adaptação transcultural de instrumento para medida da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e antidiabético** [arca.fiocruz.br](http://www.arca.fiocruz.br), 2010. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arcuca. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2487/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Matta_Samara_Ramalho.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2012.

MOLLOY, G. J. et al. Social networks and partner stress as predictors of adherence to medication, rehabilitation attendance, and quality of life following acute coronary syndrome. **Health Psychology**, v. 27, n. 1, p. 52-58, 2008.

MORISKY, D. E. et al. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. **The Journal of Clinical Hypertension**, v. 10, n. 5, p. 348-354, 2008.

MULVANEY, S. A.; ROTHMAN, R. L.; DIETRICH, M. S. *et al.* Using mobile phones to measure adolescent diabetes adherence. **Health Psychology**, v. 31, n. 1, p. 43-50, 2012.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **The New England Journal of Medicine**, v. 353, n. 5, p. 487-97, 2005.

PAGE, L. F. DONOHUE, R. Positive psychological capital: a preliminary exploration of the construct. **Monash University, Business and Economics**, Working Paper 51/04. Oct. 2004.

RAND, C. S. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. **Journal of Cardiology**, v. 72, n. 10, p. 68-74, 1993.

RESNICK, S. G.; ROSENHECK, R. A. Recovery and positive psychology: parallel themes and potential synergies. **Psychiatric Services**, (Washington, D.C.), v. 57, n. 1, p. 120-2, Jan. 2006

RODRIGUEZ, M. S.; COHEN, S. Social support. **Encyclopedia of Mental Health**, n. 3, p. 535-544, 1988.

ROY, R. **Social support, health, and illness: a complicated relationship**. [S.l.]: University of Toronto Press, 2011.

SACCO, W. P. et al. Adherence, body mass index, and depression in adults with type 2 diabetes: The mediational role of diabetes symptoms and self-efficacy. **Health Psychology**, v. 26, n. 6, p. 693-700, 2007.

SCHWARZER, R.; LUSZCZYNSKA, A.; ZIEGELMANN, J. P.; SCHOLZ, U.; LIPPKE, S. Social-cognitive predictors of physical exercise adherence: Three longitudinal studies in rehabilitation. **Health Psychology**, v. 27, n. 1, Suppl, p. S54-S63, 2008.

SELIGMAN, M. E. P. Positive health. **Applied Psychology: An International Review**, v. 57, n. Suppl 1, p. 3-18, 2008.

SELIGMAN, M. E. P. et al. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. **The American psychologist**, v. 60, n. 5, p. 410-421, 2005.

SELLIGMAN, M. E. P.; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive psychology an introduction. **The American Psychologist**, v. 55, n. 1, p. 5-14, Jan. 2000.

SIQUEIRA, M. M. M. Construção e validação da escala de percepção de suporte social. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 381-388, abr./jun. 2008.

SIQUEIRA, M. M. M. & Martins, M. C. F. (2012). Construção e validação da Escala da Capital Psicológico. No prelo.

SLADE, M. Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, n. 10, p. 26, Jan. 2010.

SLUZKI, C. E. Personal social networks and health: conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. **Families, Systems & Health: the Journal of Collaborative Family Healthcare**, v. 28, n. 1, p. 1-18, Mar. 2010.

STRINGHINI, S.; BERKMAN, LISA; DUGRAVOT, A. *et al.* Socioeconomic Status, Structural and Functional Measures of Social Support, and Mortality: The British Whitehall II Cohort Study, 1985-2009. **American journal of epidemiology**, v. 175, n. 12, p. 1275-1283, 24 abr 2012.

TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. **Using multivariate statistics**. New York, USA: Harper & Row, 2001.

THOMAS, W. I.; ZNANIECKI, F. **The Polish peasant in Europe and America; monograph of an immigrant group**. New York: University of Illinois Press, 1995.

TIERNEY, S. et al.. What can we learn from patients with heart failure about exercise adherence? A systematic review of qualitative papers. **Health Psychology**, v. 30, n. 4, p. 401-410, 2011.

VELLIGAN, D. I. et al.. Strategies for addressing adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: Recommendations from the Expert Consensus Guidelines. **Journal of Psychiatric Practice**, v. 16, n. 5, p. 306-324, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003. **World Health**, p. 209, 2003.

WEBB, C. A.; DERUBEIS, R. J.; BARBER, J. P. Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 78, n. 2, p. 200-211, 2010.

WRIGHT, T. A. Positive organizational behavior: an idea whose time has truly come. **Journal of Organizational Behavior**, v. 24, n. 4, p. 437-442, Jun. 2003.

YARDLEY, L.; DONOVAN-HALL, M. Predicting adherence to exercise-based therapy in rehabilitation. **Rehabilitation Psychology**, v. 52, n. 1, p. 56-64, 2007.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O PAPEL MODERADOR DO CAPITAL PSICOLOGICO SOBRE A RELACAO DE SUPORTE SOCIAL E ADESAO AO TRATAMENTO

Sair deste questionário

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

11%

Esta investigação tem como objetivo fazer uma análise de como as características psicológicas de uma pessoa podem aumentar ou diminuir a influência de suas crenças de suporte social sobre a adesão ao tratamento.

O procedimento a ser adotado consiste na aplicação de um questionário contendo medidas de percepção de suporte social, adesão ao tratamento e capital psicológico.

A sua participação na pesquisa não representa risco à sua saúde, mesmo assim, você terá que dispor de seu tempo para responder ao instrumento e poderá se sentir incomodado ao responder alguma questão. A qualquer momento você poderá desistir desta pesquisa, bastando clicar no botão "sair desta pesquisa" no canto superior direito da tela. Como este estudo não inclui em seus procedimentos nenhum tipo de tratamento, não estão previstos acompanhamentos e ou assistência.

Durante o preenchimento do instrumento, caso se sinta emocionalmente incomodado, sugere-se que interrompa o preenchimento clicando o botão "sair desta pesquisa" no canto superior direito da tela.

A participação é voluntária, gratuita, não implica em custos, despesas ou danos, portanto não estão previstas formas de ressarcimento. Garantimos e nos responsabilizamos pelo total sigilo dos dados apresentados pelos participantes.

Agradecemos a sua participação e tempo aplicado nesta pesquisa.

Eu, Marcello Carlos Portela Bonino, e-mail pesquisa@portela.ppg.br, pesquisador responsável pelo estudo, me comprometo a zelar por todos os dados prestados neste documento assim como qualquer esclarecimento que seja necessário.

*** 1. Tendo sido devidamente esclarecido sobre todos os aspectos que envolvem o trabalho de pesquisa acima descrito, venho pelo presente termo declarar, conforme o que dispõe a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que concordo em participar, voluntariamente, como sujeito de pesquisa.**

Declaro ainda, estar ciente de que minha participação será gratuita e de que os resultados serão utilizados e publicados, a critério exclusivo dos pesquisadores, desde que preservada integralmente a identidade dos sujeitos participantes.

Desde já me reservo o direito de a qualquer momento, durante a realização da pesquisa, de desistir apenas clicado em "sair deste questionário" no canto direito superior da página.

☐ SIM (Consinto, de minha livre e espontânea vontade, em participar do estudo)
 ☐ NÃO (Não consinto)

ANEXO B- Parecer Consubstanciado do CEP-UMESP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Metodista de São Paulo-UMESP

PROJETO DE PESQUISA

Título: O papel moderador do capital psicológico sobre a relação entre percepção de suporte social e adesão ao tratamento.

Área Temática:

Pesquisador: Marcello Carlos Portela Bonino

Versão: 2

Instituição: Universidade Metodista de São Paulo - UMESP

CAAE: 03186512.5.0000.5508

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 41990

Data da 21/06/2012

Apresentação do Projeto:

"A psicologia positiva focaliza o estudo das emoções positivas, traços de caráter positivo e se destina a complementar, e não se distanciar ou substituir, o que já se sabe sobre o sofrimento humano, a fraqueza e as debilidades. Recentemente, baseado nos estudos da psicologia positiva, foi desenvolvido o conceito de capital psicológico (psycap), um construto de nível superior o qual pode ser definido como um estado de desenvolvimento psicológico positivo, caracterizado por: (1) possuir confiança (autoeficácia) para realizar os esforços necessários para como se comportar no momento atual e no futuro; (3) perseverança no direcionamento dos esforços para atingir seus objetivos (esperança); e, (4) quando confrontado com problemas e adversidades, resistir à pressão e superar os obstáculos (resiliência) para atingir os seus objetivos. A percepção de suporte social pode ser entendida como um conceito que se refere à crença do indivíduo de que possui acesso a recursos materiais e psicológicos através de suas redes sociais. O suporte social pode atuar de forma positiva na saúde, desde a proteção até sua recuperação. A adesão ao tratamento pode ser considerado como a extensão à qual o comportamento do paciente (em termos de tomar os medicamentos, seguir dietas ou alterar o estilo de vida) coincidem com as orientações médicas ou conselho médico. Este estudo tem como objetivo analisar as relações entre o capital psicológico, percepção de suporte social e adesão ao tratamento. Farão parte deste estudo 100 indivíduos escolhidos por conveniência, que responderão a um questionário autoaplicável contendo as medidas das variáveis do estudo. Os dados serão submetidos às análises descritivas e multivariadas do SPSS, versão 19.0."

Objetivo da Pesquisa:

Os autor declara como objetivo principal:

"Analisar as relações entre capital psicológico, percepção de suporte social e adesão ao tratamento" e como objetivos secundários:

- 1-Avaliar os indicadores psicométricos (fatores e índices de precisão) da Escala de Adesão ao Tratamento.
- 2- Apresentar, interpretar e discutir os escores médios de capital psicológico.
- 3- Apresentar, interpretar e discutir os escores médios da percepção de suporte social.
- 4- Apresentar, interpretar e os escores médios da adesão ao tratamento.
- 5- Testar hipóteses acerca do papel moderador do capital psicológico sobre a relação entre percepção de suporte social e adesão ao tratamento.

Todos os objetivos são adequados e estão alinhados com o título do projeto

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão adequadamente descritos no Sistema Plataforma Brasil e no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é apresentado de modo claro, contendo todas as informações e partes que caracterizam um projeto de pesquisa completo. Seu título é claro e adequado e Introdução e revisão teórica são pertinentes. A justificativa para a execução do projeto fica evidenciada pela demonstração dos problemas à saúde do paciente que não adere ao tratamento e ao sistema de saúde (público e privado) em função dos custos decorrentes das doenças que surgem como consequências da não aderência. Portanto, buscar identificar preditores e moderadores da aderência pode colaborar para com a saúde

dos pacientes e para com a eficiência geral do sistema de saúde.

O Método é apresentado em linguagem técnico-científica adequada, atende aos objetivos propostos, é coerente com título e objetivos. Os procedimentos de coleta eletrônica ficam evidenciados com clareza no projeto apresentado. Os instrumentos e material para avaliação das variáveis estão descritos com clareza. Claros também estão os procedimentos de análise dos dados.

O pesquisador declara que a pesquisa será realizada a partir da plataforma digital online www.surveymonkey.com e que os participantes serão selecionados dentre os integrantes de redes sociais do próprio pesquisador e que o banco foi desenvolvido a partir de contatos estabelecidos pelo pesquisador em sua rede social.

Aponta em seu projeto que: "Os participantes receberão um convite com o endereço da página de Internet da www.surveymonkey.com onde estará disposto o TCLE. Caso concordem com o TCLE e o preencham dando aceite, será aberta a página que dá acesso ao instrumento. Caso não concordem serão direcionados a uma carta de agradecimento e saem da pesquisa. Em qualquer momento do preenchimento do instrumento, os participantes podem desistir da pesquisa clicando em um botão com os dizeres "sair desta pesquisa". O preenchimento dos dados e ao clicar no aceite do TCLE serão considerados a assinatura eletrônica do participante."

As referências, cronograma e orçamento estão evidenciados e claros. O cronograma, embora apertado, é exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto e o TCLE foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após leitura e análise do projeto e exame criterioso de todos os itens que compõem os documentos do Protocolo de Pesquisa, incluindo os itens presentes no Roteiro de Checagem para o parecerista e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi constatado que nada consta do processo que fira os princípios e normas da ética em pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-UMESP considera o projeto de pesquisa APROVADO, lembrando que a condição de aprovação da pesquisa propriamente dita exige o que segue:

- ¿ Que sejam encaminhados ao CEP-UMESP relatórios anuais sobre o andamento da pesquisa (parciais e finais).
- ¿ Que sejam notificados ao CEP-UMESP eventos adversos que tenham ocorrido no curso da pesquisa e que sejam significativos do ponto de vista ético e metodológico.
- ¿ Que sejam notificadas eventuais emendas e modificações no protocolo de pesquisa.

SAO BERNARDO DO CAMPO, 23 de Junho de 2012

Assinado por:

Luciane Frizo Mendes

ANEXO C – Questionários**ESCALA DE PERCEPÇÃO DE SUPORTE SOCIAL - EPSS**

Gostaríamos de saber com que frequência você recebe apoio de outra pessoa quando precisa. Dê suas respostas anotando, nos parênteses que antecedem cada frase, o número (de 1 a 4), que melhor representa sua resposta, de acordo com a escala abaixo:

- 1= NUNCA**
2= POUCAS VEZES
3= MUITAS VEZES
4= SEMPRE

QUANDO PRECISO, POSSO CONTAR COM ALGUÉM QUE...

1. () Ajuda-me com minha medicação se estou doente
2. () Dá sugestões de lugares para eu me divertir
3. () Ajuda-me a resolver um problema prático
4. () Comemora comigo minhas alegrias e realizações
5. () Dá sugestões sobre cuidados com minha saúde
6. () Compreende minhas dificuldades
7. () Consola-me se estou triste
8. () Sugere fontes para eu me atualizar
9. () Conversa comigo sobre meus relacionamentos afetivos
10. () Dá atenção às minhas crises emocionais
11. () Dá sugestões sobre algo que quero comprar
12. () Empréstima-me algo de que preciso
13. () Dá sugestões sobre viagens que quero fazer
14. () Demonstra carinho por mim
15. () Empréstima-me dinheiro
16. () Esclarece minhas dúvidas
17. () Está ao meu lado em qualquer situação
18. () Dá sugestões sobre meu futuro
19. () Ajuda-me na execução de tarefas
20. () Faz-me sentir valorizado como pessoa
21. () Fornece-me alimentação quando preciso
22. () Leva-me a algum lugar que eu preciso ir
23. () Orienta minhas decisões
24. () Ouve com atenção meus problemas pessoais
25. () Dá sugestões sobre oportunidades de emprego para mim
26. () Preocupa-se comigo
27. () Substitui-me em tarefas que não posso realizar no momento
28. () Dá sugestões sobre profissionais para ajudar-me
29. () Toma conta de minha casa em minha ausência

ESCALA DE CAPITAL PSICOLÓGICO GERAÇ - ECP
--

INDIQUE PARA AS FRASES ABAIXO O QUANTO VOCÊ CONCORDA OU DISCORDA DELAS. Dê suas respostas anotando, nos parênteses que antecedem cada frase, aquele número (de 1 a 5), que melhor representa sua resposta.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem discordo, nem concordo	Concordo	Concordo totalmente

1. () Eu acredito que o amanhã será melhor.
2. () Eu espero ter energia suficiente para ser bem sucedido na vida.
3. () Eu posso resolver os meus problemas.
4. () Eu posso descobrir caminhos para atingir meus objetivos.
5. () Eu espero ter experiência suficiente para me sair bem na vida.
6. () Eu posso pensar em muitas maneiras de resolver um problema.
7. () Eu espero ter criatividade para crescer na vida.
8. () Eu espero realizar meus planos para o futuro.
9. () Eu posso encontrar muitas maneiras de realizar meus sonhos.
10. () Fico mais forte após enfrentar perdas na vida.
11. () Eu acredito que dias melhores virão.
12. () Eu espero ter conhecimento suficiente para crescer na vida.
13. () Fico mais forte após enfrentar mudanças na vida.
14. () Eu posso cumprir com minhas obrigações.
15. () Eu espero usar várias formas para mostrar minhas competências.
16. () Eu acredito que coisas boas acontecerão comigo.
17. () Fico mais forte após enfrentar intrigas em minha vida.
18. () Fico mais forte após enfrentar a inveja de outros

DADOS COMPLEMENTARES

1- SEXO: () MASCULINO () FEMININO

2- IDADE: ____ ANOS.

3 - ESCOLARIDADE (INDIQUE QUAL O NÍVEL MAIS ALTO ALCANÇADO):

- () FUNDAMENTAL
- () NÍVEL MÉDIO
- () SUPERIOR INCOMPLETO
- () SUPERIOR COMPLETO
- () ESPECIALIZAÇÃO
- () MESTRADO
- () DOUTORADO

4- TIPO DE EMPRESA

- () PÚBLICA
- () PRIVADA
- () ONG
- () OUTRAS

5- POSSUI CONVÊNIO MÉDICO?

- () SIM
() NÃO

ESCALA DE ADEÇÃO AO TRATAMENTO (MGB)

A seguir, há um conjunto de afirmações sobre cuidados com a saúde, você deverá escolher aquela que melhor represente a sua situação:

NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
-------	-------------	----------	--------------	--------

A seguir, há um conjunto de afirmações sobre cuidados com a saúde, você deverá escolher aquela que melhor represente a sua situação:

1. Eu tomo as medicações no horário estabelecido.
2. Eu tomo todas as doses indicadas.
- Eu sigo as regras da dieta.
4. Eu vou às consultas marcadas.
5. Eu realizo os exercícios físicos indicados.
6. Eu encaixo os horários do remédio nas atividades do meu dia a dia.
7. Eu e meu médico decidimos juntos o tratamento a ser seguido.
8. Eu cumpro o tratamento sem supervisão de minha família ou amigos.
9. Eu levo até o fim o tratamento sem grande esforço.
10. Eu faço uso de lembretes para realização do tratamento.
11. Eu e meu médico decidimos como cumprir o tratamento.
12. Eu tenho a possibilidade de dar a minha opinião no tratamento que o médico prescreveu.