



UC/FPCE_2014

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**As Crenças sobre a doença e Adesão ao Tratamento
em doentes Angolanos com Malária**

Daniel Maria Longuenda (e-mail: longuendaniel@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, na Área de
Psicologia Clínica e da Saúde, Subárea de Especialização em
Sistémica, Saúde e Família sob a orientação da Dra. Luciana Sotero.

As crenças sobre a doença e adesão ao tratamento em doentes Angolanos com Malária.

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo principal analisar as crenças sobre a doença e a adesão ao tratamento em doentes Angolanos com Malária, residentes no Lubango. Adicionalmente, pretende-se também analisar a consistência interna dos instrumentos Crenças sobre a doença (IPQ) -Versão Breve e Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) e averiguar se a adesão ao tratamento e as Crenças sobre a doença variam de acordo com as seguintes variáveis sociodemográficas: sexo, estado civil, nível socioeconómico e nível de escolaridade. Esta investigação envolveu uma amostra clínica constituída por 50 sujeitos diagnosticados com Malária. As variáveis sexo, estado civil, nível socioeconómico e nível de escolaridade não parecem influenciar significativamente a adesão ao tratamento da malária nem as crenças sobre a doença. Por se tratar de um estudo exploratório, espera-se que sejam feitas novas e futuras investigações com a MAT em vários pontos do território Angolano, com a Malária e outras patologias.

Palavras chave: Crenças; Malária; Medidas de adesão ao tratamento (MAT); Doentes Angolanos.

The Beliefs about the Disease and Treatment Adherence in Angolans patients with Malaria.

Abstract: This paper aims to analyze the beliefs about the disease and treatment adherence in patients with Malaria Angolans residing in Lubango. Additionally, it also intends to analyze the internal consistency of the instruments Beliefs about disease (IPQ) and Quick-Release Measure Adherence to Treatment (MAT) and ascertain whether treatment adherence and beliefs about the disease vary according to the following sociodemographic variables: gender, marital status, socioeconomic status and education level. This research involved a clinical sample included 50 subjects diagnosed with Malaria. The variables sex, marital status, socioeconomic status and education level do not seem to significantly influence adherence to malaria treatment or beliefs about the disease. Because this was an exploratory study, it is expected that new and future investigations with the MAT are made at various points in Angolan territory, with malaria and other diseases.

Keywords: Beliefs; malaria; Measures of adherence to treatment (MAT); Patients Angolan.

Agradecimentos

Agradeço a Deus todo poderoso que a cada minuto da minha vida tem sido mediador, protetor. A Ele toda honra e glória seja dada.

À Dr.^a Luciana Sotero que tem sido como uma mãe em nos ajudar com o seu contributo valioso, desde a fase do estágio até a preparação desta tese.

À Doutora Sofia Major que tem sido incansável na orientação, desde as aulas até a elaboração do presente trabalho.

A todas as professoras de Coimbra que conseguiram contagiar-nos com o seu saber, não me esquecendo da Doutora Margarida Vilaça que tanto contributo deu para o êxito deste trabalho.

À minha predileta esposa e filhos, que de forma direta ou indireta, que nos momentos difíceis estiveram sempre ao meu lado para contagiar-me com seu amor e carinho.

Aos pais e colegas que deram um apoio moral muito valioso, com grande destaque a colega Idalina e João Kupessala, sem me esquecer do grande irmão que tudo fez para o êxito deste trabalho, Mauricio Calessi Júlio. A todos, o meu muito obrigado, que Deus vos abençoe grandemente.

Índice

Introdução	1
I. Enquadramento Teórico	2
1.1. Conceito de Malária	2
1.2. Sinais e Sintomas	3
1.3. Evolução	3
1.4. Tratamento	4
2. Crenças sobre a Malária	5
3. Adesão ao Tratamento	5
II. Objetivos	6
2.1. Objetivo Geral	6
III. Metodologia	7
3.1. Seleção e recolha da amostra	7
3.2. Caracterização da Amostra	7
3.3. Instrumentos	8
3.4. Análises estatísticas	10
IV. Resultados	10
4.1. Estudos de Precisão: consistência interna da MAT	10
4.2. Impacto das variáveis sociodemográficas no resultado total da MAT	10
4.3. Estudos de Precisão: consistência interna das Crenças sobre a doença (IPQ).....	11
4.4. Impacto das variáveis sociodemográficas no resultado total do IPQ.....	12
V. Discussão	13
VI. Conclusões	15
VII. Bibliografia	16
VIII. Anexos	18

Introdução

A malária constitui uma grave dificuldade de saúde pública em diversos países de clima tropical e um dos problemas mais difíceis de ser controlado devido à carência de políticas públicas para o controle dessa endemia, principalmente em regiões onde esta doença é mais infecciosa pela sua vasta difusão e pelo difícil controlo (Franco et al, 2007).

Embora se verifiquem avanços com o aumento da cobertura das ações integradas de controlo da malária, nomeadamente a gestão adequada de casos, o tratamento intermitente e preventivo na grávida, a distribuição de redes mosquiteiras, as ações de controlo vetorial integrado e a pesquisa operacional, a malária continua a ser a principal causa de morbilidade e de mortalidade em Angola com diferentes níveis de endemicidade, afetando crianças, adultos e grávidas (Ministério da Saúde, 2014).

O continente Africano apresenta uma taxa elevada de episódios de malária e uma proporção de cerca de 1 milhão de mortes por malária, sendo que as crianças menores de cinco anos de idade apresentam uma larga percentagem destas mortes (Baptista, 2012). Dos 225 milhões de casos de malária, cerca de 781.000 resultam em óbitos, 90% dos quais no continente Africano (WHO, 2010 cit. por Bartolose, 2011).

A malária produzida pelo *Plasmodium falciparum* prevalece em áreas onde as condições de vida são difíceis (Silva, 2003).

Apesar das políticas públicas dos serviços de saúde serem elaboradas e planeadas, o comportamento dos governos deve basear-se na análise de intervenções responsáveis por mudanças clínicas e dos fatores de risco da doença (Nazaré, 2005).

Dada a importância deste tema, bem como a falta de estudos sobre a Malária com doentes Angolanos, propomos aqui estudar esta doença, especificamente com doentes residentes no Lubango.

I. Enquadramento teórico

1.1- Conceito de Malária

A malária é uma das doenças crónicas mais incidentes no mundo, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um problema de saúde pública que atinge cerca de 90 países, sendo considerada uma importante causa de mortalidade em crianças e adultos, especialmente em países tropicais e em desenvolvimento (Oliveira et al., 2013). Em 2009, 225 milhões de pessoas contraíram malária no mundo e 781 mil casos resultaram em óbito. (Oliveira et al., 2013).

A palavra Malária é oriunda do Italiano medieval, no século XVII, “mau aire” que significa “mau ar”, pois naquela época o agente etiológico ainda não tinha sido descoberto e a doença associava-se ao mau cheiro vindo dos pântanos. Entretanto, o primeiro sintoma com características iguais à malária foi descoberto na China em 2700 a.C. (Cox, 2002 cit. por Nazaré, 2008).

Vários são os autores que deram um grande contributo para se saber um pouco mais sobre esta doença e segundo a OMS, a malária é uma doença infecciosa crónica causada por protozoários parasita do género *Anopheles* (Fêmea), comparada com a sida, pois afeta mais de 500 milhões de pessoas todos os anos e mata 3 milhões de pessoas por ano, sendo o principal parasita e uma das mais frequentes causas de morte em crianças (Nazaré, 2005). Trata-se de uma doença que mata um milhão de crianças com menos de 5 anos a cada ano, sendo uma criança africana a cada 30 segundos (Nazaré, 2005).

A doença causa danos cerebrais graves e tem uma repercussão negativa, principalmente nas crianças, fazendo com que, quando ela se encontra em fase escolar, tenha muitas dificuldades de aprendizagem. A Malária, tal como qualquer outra doença, se for tratada, levará a melhorias mas se não for tratada, pode causar à morte (Nazaré, 2008).

De acordo com Tauil, (2002, cit. por Nazaré, 2008). O contágio por malária pode ocorrer ainda por transfusão de sangue contaminado com o plasmódio, por partilha de seringas em pessoas que usam drogas, por acidente com agulhas e lancetas infetadas e por transmissão neonatal.

Hoje em dia a enfermidade está restringida a países africanos situados no sul do deserto do Saara, países do Sudeste Asiático e países da América Latina, especialmente aqueles situados na Bacia Amazónica (Ministério da Saúde, 2005; Tauil, 2002, cit. por Nazaré, 2008).

Noventa por cento dos casos ocorrem na África Tropical e atingem principalmente crianças menores de cinco anos de idade (Coura & cols, 2006; OPAS, 2005, cit. por Nazaré, 2008).

As condições precárias de vida (habitações inadequadas e próximas dos rios), a exploração florestal e mineral descontrolada, e o deslocamento populacional desordenado, são as razões pelas quais África é considerada um dos continentes de risco de transmissão da malária (Nazaré, 2008).

São especialmente vulneráveis as pessoas que viajam para locais onde a enfermidade é frequente e vivem em zonas livres de paludismo, dando que têm muita probabilidade de serem infetados. Se o número de infetados for elevado, reduz em 1,3% as taxas de crescimento económico de países onde a enfermidade é frequente (Gala, 2013).

Em suma, esta é uma doença infecciosa, de progresso crónico, com sinais episódicos de carácter agudo, que assola milhões de pessoas nas zonas tropicais e subtropicais do mundo inteiro (Francisco, 2009).

1.2- Sinais e Sintomas

Os sintomas básicos da malária são inespecíficos, e semelhantes aos da maioria das doenças virais. As manifestações clínicas mudam de acordo com a espécie de mosquito e o estado imunológico do hospedeiro. As principais manifestações sintomáticas são: dor de cabeça, dores musculares, náuseas e tonturas, seguidos de uma sensação de frio, acompanhada de tremor, febre, suor e um aumento da temperatura. No caso de complicações, podem ocorrer dores no abdômem, forte sonolência, redução da consciência e até coma (Francisco, 2009).

Segundo Ribeiro e colaboradores (2013), na fase inicial, os doentes podem ser facilmente tratados, com uma recuperação rápida e completa. Se o tratamento for tardio ou incompleto, principalmente no caso de infecção pelo *P. falciparum*, pode evoluir para malária grave e causar rapidamente uma morte eminente.

Baptista (2012), afirma que “o quadro de febre pode ocorrer num período de 48 horas (febre num determinado dia, apirexia nas 24 horas seguintes) ou de 72 horas (febre num determinado dia, apirexia nas 48 horas seguintes), dependendo da espécie de plasmódio” (p.2).

O quadro crítico da malária apresenta uma percentagem de mortalidade de 15% a 35%, mesmo com tratamento eficaz. Sem tratamento é ainda mais fatal. As manifestações mais comuns no adulto são: malária cerebral (coma), acidose metabólica, insuficiência renal, icterícia grave, lesão pulmonar aguda (Ribeiro et al., 2013).

A morte por malária grave ocorre frequentemente nos primeiros momentos depois da admissão, pelo que é importante assegurar um tratamento antimalárico eficaz o mais rápido possível (Ribeiro et al., 2013).

1.3- Evolução

No seguimento da picada do mosquito infetado, o plasmódio penetra nos capilares e linfáticos da pele, invade de seguida os hepatócitos, onde se desenvolvem por meio de um processo de reprodução assexuada, após um período mais ou menos de 7 dias (Ribeiro et al., 2013).

O contágio por malária pode ser dividido em natural e induzido. A transmissão natural é quando o *Plasmódio* é introduzido no corpo humano através da picada de uma *fêmea de Anopheles* infetada, que absorve o sangue humano necessário para o seu desenvolvimento ovular e esta transporta os esporozóitos nas suas glândulas salivares que vão desenvolver-se quando injetados no organismo humano (Andrade, 1986, cit. por Baptista, 2012). O contágio induzido ocorre quando há uma negligência humana, por exemplo na transfusão de sangue, antes ou durante o parto, acidentes de trabalho em hospitais e laboratórios (Barata, 1989, cit. por Baptista, 2012).

As alterações ambientais são tidas em consideração para a transmissão do plasmodium, pois de acordo com Oesterholt e colaboradores (2006, cit. por Silva, 2010) comprovaram que o número de mosquitos transmissores do plasmodium (vetores), sobe entre 2 a 4 semanas após as muitas chuvas que se abatem em diferentes regiões.

Várias outras associações entre alterações climáticas e malária foram encontradas, como o aumento significativo das chuvas mensais (Hay et al., 2003, cit. por Silva, 2010). Epidemias de malária, às vezes, são também oriundas do aumento da temperatura mínima (Abeku et al., 2003, cit. por Silva, 2010).

Em Angola a doença é endémica nas 18 províncias do país, mas a transmissão mais elevada regista-se nas províncias de Cabinda, Uíge, Malange, Kuanza Norte, Lunda Norte e Luanda Sul (Gayeta, 2011).

Contudo ocorrem ainda surtos epidémicos nas províncias do Namibe, Cunene, Huíla e Kuando Kubango – situação que se agrava durante a estação das chuvas, com um pico entre os meses de janeiro e maio (Gayeta, 2011).

De um modo geral, podemos afirmar que a intensidade de transmissão, varia de ano para ano e de região para região, a depender da precipitação, altitude e temperaturas (Garcia, Bandeira & Lise, 2009, cit. por Baptista, 2012).

1.4 - Tratamento

No momento inicial, o tratamento é feito quando o doente é submetido ao exame da gota espessa e o resultado der positivo numa das espécies de *Plasmodium*. No tratamento medicamentoso das infeções por *P. vivax* devem ser ingeridos a cloroquina de 150 mg e a primaquina de 15 mg. Se o agente infeccioso for *P. falciparum*, o tratamento depende da ingestão de Coartem (Ministério da Saúde, 2006, cit. por Nazaré, 2008).

A dosagem da medicação deve considerar o peso e a idade do paciente, permitindo garantir a eficácia e baixa toxicidade no tratamento (Nazaré, 2008).

Em Angola foi provada a ineficácia do Coartem e o Ministério da Saúde aposta num novo teste chamado Bioline, o qual tem uma eficácia comprovada de combate da malária no organismo humano com cerca de 90 por cento de sensibilidade (Gayeta, 2011).

O tratamento imediato e apropriado, reduz a mortalidade, elimina a fonte de infeção para o mosquito e, reduz a contágio da doença. É importante ainda que se tenha conhecimento do ciclo biológico do parasita no homem, isto porque há remédios que reagem com maior especificidade em certas formas evolutivas do plasmódio, além dos remédios que apresentam maior eficácia conforme a espécie que está parasitando o homem. (Ministério da Saúde, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001, cit. por Nazaré, 2008), ainda não se encontrou uma vacina eficiente para o tratamento e cura da malária. Nos anos de 1980 a 1990, foram identificados antígenos plasmodiais que constituem uma fonte de potenciais candidatos ao desenvolvimento de vacinas contra a malária. No entanto, uma vacina eficaz ainda não se encontra disponível, deste modo o tratamento da malária é medicamentoso associado às orientações para o controle de cura e de prevenção. De acordo com Araújo (2014), é importantíssimo completar a dosagem prescrita pelo médico para combater a doença e no máximo deve fazer-se um tratamento de pelo menos 7 dias.

Para se reduzir os índices de mortalidade por malária em Angola, deve-se reforçar a divulgação da informação sobre as medidas de prevenção da doença no seio das populações, especialmente aquelas que residem no meio rural. O pleno cumprimento destas medidas, tais como a remoção do lixo próximo as residências e o uso de mosquiteiro, podem contribuir para a redução das mortes (Peres, 2010, cit. por Baptista, 2012).

O Ministério da Saúde Angolano pretende mudar a sua política de prevenção e tratamento apostando em fármacos como Duacatecsimi e investir milhões de dólares na compra de redes mosquiteiras para controlar a malária em Angola (Gayeta, 2011).

2. Crenças sobre a malária

Segundo Machado, (1995, cit. por Beatriz & Regina, 2009), perceber a doença como um valor, facilita enfrentar os stressores tais como: a alteração na aparência física, o desconforto e a dependência, implicando a superar as dificuldades que o acompanham e adotar atitudes focalizadas na resolução do problema, como seguir o tratamento recomendado e mudar hábitos de vida. Ter uma visão positiva da doença, encarando-a como um facto natural da vida, é resultante de experiências anteriores bem-sucedidas e traz benefícios ao paciente e à família, reduzindo o stress emocional que o acompanha.

De acordo com Trentini e Silva (1992, cit. por Beatriz & Regina, 2009) para uma atitude positiva do cidadão em relação à saúde, são elementos fundamentais: o sistema de valores, crenças e atitudes que orientam o comportamento do ser humano, esperando comprometer-se a preservar a vida.

A crença de que a saúde é essencial ou um bem maior é verificada em vários estudos, sendo sentida como um valor relativo na vida do ser humano e que o impulsiona para atitudes corretas em busca de um viver saudável e ético (Ostrowski & Olbrzymek, 2002, cit. por Beatriz & Regina, 2009).

Muitas populações, especialmente em zonas rurais (onde os serviços de saúde são raros), utilizam plantas medicinais para tratar certas doenças, por estas estarem ao seu alcance (nas suas casas ou comunidades), sendo muitas vezes o único tratamento de que dispõem. No caso da malária, há estudos que referem o uso de plantas medicinais por comunidades em que a doença é endémica (Almeida, 2010).

Foram realizados vários estudos exploratórios sobre o: tratamento complementar da malária e plantas medicinais utilizadas pelos doentes e as suas perceções. Os resultados destes estudos mostram que as populações investigadas, para tratar a malária, utilizam plantas medicinais isoladas ou juntamente com a medicação alopática e acreditam que os anti maláricos extirpam o vírus da malária e as plantas medicinais desintoxicam o fígado, resultando na melhoria do paciente (Almeida, 2010).

A medicina tradicional Chinesa, utiliza a erva Artemisina há mais de 2000 anos para o tratamento da malária. Este fármaco descreve o uso de folhas secas desta planta como um medicamento para tratar febres, incluindo a malária (Francisco, 2009).

Hoje muitos acreditam que quando alguém é assolado pela malária, especialmente na fase crónica é porque essa pessoa está enfeitada ou seja, que alguém encomendou um feitiço e que essa pessoa melhora ao vingar-se contra o sujeito que o encomendou, recorrendo ao Quimbandeiro, de modo a procurar outro feitiço a fim de matar o suposto sujeito que o encomendou (Werner, 2012). Este dado é particularmente relevante por se acreditar que as crenças de acordo as quais as pessoas tendem a viver, afetam diretamente a forma como elas enfrentam a doença e o seu tratamento (Peres, et al., 2003).

3. Adesão ao tratamento

No contexto da área de saúde, o termo adesão pode significar obediência do paciente a todas as prescrições médicas, tanto que uma das definições de adesão mais divulgadas foi formulada por (Haynes, 1979 cit. por Glasgow, et al., 1985), na qual enfatiza a vastidão em que o

comportamento do paciente ou do seu cuidador se adaptam as orientações dos profissionais (Enfermeiros e Médicos).

A adesão ao tratamento refere-se ainda a um conjunto de ações que incluem tomar medicamentos, cumprir com as consultas e adotar hábitos saudáveis de vida (OMS, 2003). Além disso, tem sido evidenciada a necessidade da participação de uma equipa multiprofissional como estabelecadora de acordos com o paciente para a realização do tratamento. Assim, uma definição de adesão foi proposta pela OMS, correspondendo “à extensão com a qual o comportamento de uma pessoa, tomando medicação, seguindo uma dieta, e/ou executando mudanças no estilo de vida, corresponde às orientações que foram recomendadas em comum acordo com a equipa de saúde” (p.13).

Apesar de que a eficiência terapêutica dos anti palúdicos estar comprovada, ainda se registam frequentes falhas no tratamento e um dos motivos é a falta de adesão onde as consequências incluem: 1) o desenvolvimento de resistência às drogas anti maláricas; 2) a permanência das pessoas como fonte de transmissão; 3) o controle inadequado da doença, 4) e o aumento dos custos na saúde (Oliveira, et al., 2013).

As consequências da falta de adesão ao tratamento são grandes na vida das pessoas, famílias e sociedade, comprometendo ainda as ações dos serviços dos profissionais de saúde e do governo no sentido do controlo e combate da enfermidade (Oliveira, et al., 2013).

Oliveira e colaboradores, (2013) apontam alguns fatores que estão na base para a não-adesão ao tratamento de várias doenças. Para estes autores estes fatores podem estar relacionados com o paciente (idade, sexo, estado civil, cor, status socioeconómico, conhecimento, crenças, motivações, nível de escolaridade); com a doença (gravidade, alívio dos sintomas); com o tratamento (complexidade, efeitos colaterais, custo elevado); com o serviço e a equipa de profissionais (localização, burocracia, rotatividade de profissionais, comunicação e abordagens inadequadas).

No caso específico da malária, vários estudos foram feitos e os mesmos evidenciaram que existem vários fatores que dificultam a continuação do tratamento da doença, tais como:

- A terapia medicamentosa oferece uma noção de como são administrados os remédios, efeitos colaterais, mecanismo de ação no organismo e as possíveis reações.
- O nível socioeconómico (rendimento, local de moradia, escolaridade, migração).
- Cultura, (défices cognitivos e sensitivos) Serviços e equipas de saúde (Pimentel et al., 2007, Pereira et al., 2011, cit. por Guimarães, 2012).

Muitos utentes, ao verificarem melhorias no seu quadro clínico e sintomático, param com a medicação, o que é um grande erro, pois às vezes o plasmódio não está morto, voltando a recuperar e a manifestar uma crise maior (Araújo, 2014)

II. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

O presente trabalho de investigação tem como objetivo geral analisar as crenças sobre a doença e a adesão ao tratamento em doentes Angolanos com malária residentes no Lubango, tendo como objetivos específicos:

- a) Analisar a consistência interna dos instrumentos Crenças sobre a Doença (IPQ) -Versão Breve e Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT);

b) Averiguar se a adesão ao tratamento (avaliada através da MAT) varia de acordo com variáveis sociodemográficas, nomeadamente: sexo, estado civil, nível socioeconómico e nível de escolaridade.

c) Averiguar se as crenças sobre a doença (avaliada através do IPQ) varia de acordo com variáveis sociodemográficas, nomeadamente: sexo, estado civil, nível socioeconómico e nível de escolaridade.

III. Metodologia

Pretendem-se neste ponto descrever os procedimentos de seleção da amostra recolhida no estudo, tal como os instrumentos utilizados e, descrever as análises estatísticas efetuadas.

3.1. Seleção e Recolha da amostra

Alguns critérios de seleção da amostra foram tidos em conta no presente trabalho, tais como: a) ter pelo menos 18 anos de idade ou mais; b) ser Angolano; c) ter sido diagnosticado com malária.

Algumas das variáveis avaliadas foram agrupadas em classes para facilitar o tratamento estatístico dos dados. Deste modo, a variável faixa etária ficou agrupada nas seguintes categorias: 18-20, 21-30, 31-40 e 41-50.

Também a variável estado civil foi associada em classes para ajudar o tratamento estatístico dos dados, associando-se em três categorias diferentes: Solteiro, Casado/União de Facto, e Separado/Divorciado Viúvo. A variável nível de escolaridade também foi agrupada em categorias, designadamente: Ensino primário (1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª e 6ª classe), 1º Ciclo (7ª, 8ª e 9ª classe), 2º Ciclo (10ª, 11ª e 12ª classe) e Ensino Superior (Licenciados e Mestres).

3.2. Caracterização da Amostra

A amostra foi recolhida no Hospital Central do Lubango entre os meses de dezembro de 2013 a abril de 2014 e contou com a participação de 50 pacientes diagnosticados com malária, dentre os quais 32 (64%) eram do sexo masculino e 18 (36%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e 49 anos com uma média de idade de 28.96 e ($DP= 9.34$). Quanto ao estado Civil, a maioria dos sujeitos são casados (46%) e solteiros (44%). Relativamente à área de residência, 76% dos sujeitos vivem nos arredores da Cidade ou Bairro enquanto 8% residem no Centro da cidade e Aldeia ou Quimbo. Quanto aos grupos étnicos, 58% são Umbundos e 24% Nhanecas. No que tange ao nível de escolaridade, 18% são do 12º ano e 12% do nível Superior.

Para determinar o nível socioeconómico (NSE) da amostra, procedeu-se à análise de algumas variáveis como a existência de casa de banho, algumas características de conforto com os eletrodomésticos, a principal fonte de rendimento da família e estabeleceu-se a seguinte pontuação: resultado total entre 1 a 10 correspondente a uma família com baixo NSE, 11 a 15 para uma família com NSE médio e de 16 a 20, nos casos de famílias com NSE elevado. Desta forma, a maior parte da amostra é do nível socioeconómico médio (56%).

Para caracterizar a família, notou-se que para esta amostra 36% são famílias com filhos adultos e 24% são famílias com filhos pequenos.

Quadro 1. Caracterização da Amostra: Variáveis Sociodemográficas e Familiares

Variáveis Sociodemográficas	N	%
Sexo	Feminino	18 36.0
	Masculino	32 64.0
Estado Civil	Solteiro	22 44.0
	Casado/União de facto	23 46.0
	Divorciado/Sep./Viúvo	2 10.0
Faixa etária	18-20	12 24.0
	21-30	21 42.0
	31-40	10 20.0
	41-50	7 14.0
Area de residência	Centro da cidade	4 8.0
	Aredores/Bairro	38 76.0
	Aldeia/Quimbo	4 8.0
	Comuna/Sede	3 6.0
	Outros	1 2.0
Etnia	Nhaneka	12 24.0
	Umbundus	29 58.0
	Kimbundus	0 0.0
	Nganguelas	5 10.0
	Outros	4 8.0
Nível de escolaridade	Ensino Primário	17 34.0
	1º Ciclo	9 18.0
	2º Ciclo	18 36.0
	Ensino superior	6 12.0
NSE	Baixo	19 38.0
	Médio	28 56.0
	Elevado	3 6.0
Variáveis familiares Agregado familiar	2-5	35 70.0
	6-10	15 30.0
Etapa do ciclo vital	Formação de casal	0 0.0
	Filhos pequenos	12 24.0
	Filhos na escola	8 16.0
	Filhos adolescentes	8 16.0
	Filhos adultos	18 36.0
	Outros	4 8.0

Relativamente a composição do agregado familiar, 70% dos sujeitos vivem em família compostas por 2 a 5 pessoas e 30% vivem em famílias compostas com mais de 6 pessoas.

3.3. Instrumentos

Com vista ao êxito da aplicação dos instrumentos, os participantes foram informados sobre o objetivo da investigação, cuja participação era individual e voluntária, com garantia absoluta do anonimato e

confidencialidade dos resultados seguido do consentimento informado. No momento do preenchimento dos instrumentos não houve comunicação entre os diversos doentes internados e pedi aos acompanhantes que saíssem por um instante enquanto aplicava o protocolo de avaliação.

Notou-se alguma dificuldade no preenchimento dos instrumentos por parte de alguns pacientes. Alguns porque estavam com o soro introduzido exatamente no braço com mais agilidades em escrever, outros porque não percebiam algumas informações que constavam nos instrumentos. Mas fui esclarecendo e os doentes conseguiram concluir o preenchimento dos questionários com sucesso.

A aplicação dos instrumentos obedeceu a uma ordem estabelecida, começou-se pelo Consentimento informado, Questionário de dados Sociodemográficos e Familiares, Questionário de Crenças sobre a Doença (IPQ), com a inversão dos itens 2,3 e 7, Medida de Adesão ao tratamento (MAT).

Foi construída uma medida de adesão aos tratamentos medicamentosos (MAT) com sete itens. Os itens 1, 2, 3 e 4 foram adaptados de Morisky et al. (1986), o item 7 foi adaptado de Shea et al. (1992) e o item 6 foi adaptado de Ramalinho (1994). Cerca de metade dos inquiridos responderam às questões numa escala dicotómica (sim=0 ou não=1), os restantes responderam numa escala de Likert de seis pontos (que variava de sempre=1 a nunca=6). Em ambos os casos, os sete itens foram combinados numa nova variável cujo valor indica o nível de adesão aos tratamentos. Os resultados mais elevados corresponderá uma maior adesão ao tratamento.

A construção do **Questionário de Dados Sociodemográficos e Familiares** foi feita de maneira a permitir a recolha de informações que possibilitassem a caracterização da amostra, tais como: sexo, idade, estado civil, área de residência, etnia, nível de escolaridade e nível socioeconómico. Foram também recolhidas informações sobre a família, tais como a etapa do ciclo vital familiar e a composição familiar. O questionário foi ainda construído de forma a englobar variáveis relevantes para a realidade angolana, como a etnia.

O IPQ é uma escala de nove itens desenvolvida para rapidamente aceder às representações cognitivas e emocionais acerca de uma determinada doença. Os nove itens organizam-se em oito subescalas: Consequências, Duração, Controle Pessoal, Controle do Tratamento, Identidade, Preocupação, Compreensão, Resposta Emocional e Causas da doença. Os sujeitos responderam utilizando uma escala de 0 a 10, com exceção do item 9 (Causa – item não incluído neste estudo). As subescalas do instrumento são constituídas apenas por um item, não permitindo efetuar estudos de fidelidade ou validade. Foram invertidos os itens 2, 3 e 7. Valores mais elevados do IPQ revelam uma maior perceção de ameaça da doença.

A MAT foi então construída como uma medida de adesão aos tratamentos medicamentosos com sete itens. Os itens 1, 2, 3 e 4 foram adaptados de Morisky et al. (1986), o item 7 foi adaptado de Shea et al. (1992) e o item 6 foi adaptado de Ramalinho (1994). Os inquiridos responderam numa escala de Likert de seis pontos (que variava de sempre=1 a nunca=6). Posteriormente, os sete itens foram combinados numa nova variável cujo valor indica o nível de adesão aos tratamentos. A resultados mais elevados corresponderá uma maior adesão ao tratamento.

3.4. Análises Estatísticas

Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados e para o seu tratamento estatístico utilizou-se o *Statistical Package for de Social Sciences* (SPSS, 2010-versão 20.0). Posteriormente, procederam-se às seguintes análises estatísticas: a) análise da consistência interna (*alfa de Cronbach*) da MAT e do IPQ, b) teste *Mann-Whitney* e teste *Kruskal-Wallis* para amostras independentes para análise da influência de variáveis sociodemográficas (sexo, estado civil, nível socioeconómico e nível de escolaridade) na Medida de Adesão ao tratamento (MAT), c) teste *Mann-Whitney* e teste *Kruskal-Wallis* para amostras independentes para análise da influência de variáveis sociodemográficas (sexo, estado civil, nível socioeconómico e nível de escolaridade) nas Crenças sobre a Doença (IPQ).

IV - Resultados

4.1- Estudos de Precisão: consistência interna da MAT

Para medir a correlação existente entre os diferentes itens no mesmo teste utilizou-se o teste da consistência interna (Almeida & Freire, 2008). Neste sentido, os itens da MAT foram analisados através do coeficiente alfa de Cronbach. O valor do alfa de Cronbach para o total da MAT é de .79, um valor satisfatório próximo de bom, segundo Pestana e Gageiro (2005). De forma a analisar a contribuição de cada um dos itens para o valor da consistência interna total da MAT, realizou-se uma análise das correlações item-total corrigidas e do valor do alfa de Cronbach, caso se eliminasse um determinado item. Verificou-se que a exclusão de qualquer item da MAT não altera significativamente o valor do alfa de Cronbach para a escala total, sendo a maior variação a este nível verificada para o item 5 “alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior”? ($\alpha = .80$).

4.2. Impacto das variáveis sociodemográficas no resultado total da MAT

No presente trabalho, recorreu-se ao teste *Mann Whitney* para a variável sexo e *Kruskall Wallis* para as variáveis estado civil, nível socioeconómico e nível de escolaridade, com o objetivo de analisar a influência destas variáveis sociodemográficas no resultado total do MAT.

Os resultados indicam que os homens apresentam resultados mais elevados (*Mean Rank*=27.00), em comparação com o grupo de mulheres (*Mean Rank* =22.82). No entanto as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($U(2) = 240.00$; $p = .22$) (cf. Quadro 2)

Quadro 2

Influência da variável sexo na MAT (Mann- whitney)

Variável		<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	X^2	<i>p</i>
<i>Sexo</i>	Masculino	32	27.00	240.00	.22
	Feminino	18	22.82		

Como se observa no Quadro 3, os resultados indicam que os

divorciados apresentam resultados mais elevados (*Mean Rank* =32.50) na adesão ao tratamento comparativamente aos sujeitos casados (*Mean Rank* =26.76). Contudo estas diferenças não foram estatisticamente significativas ($X^2(4) = 5.019, p = 0.285$) (cf. Quadro 3).

Quadro 3
Influência da Variável Estado Civil na MAT (Kruskal Wallis)

Variável		<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	X^2	<i>p</i>
Estado Cível	Solteiro	22	25.09	5.019	.285
	Casado	23	26.76		
	Separado	1	1.50		
	Divorciado	1	32.50		
	Viuvo	3	24.50		

O Quadro 4 mostra que os sujeitos pertencentes a um NSE elevado apresentam resultados mais altos na adesão ao tratamento ($M = 32.50$), comparativamente aos sujeitos de um NSE baixo ($M = 26.61$). No entanto, estas diferenças não foram estatisticamente significativas ($X^2(2) = 1.752, p = 0.417$) (cf. Quadro 4).

Quadro 4
Influência da Variável NSE na MAT (teste Kruskal Wallis)

Variável		<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	X^2	<i>p</i>
NSE	Baixo	19	26.61	1.752	.417
	Médio	28	24.00		
	Elevado	3	32.50		

No Quadro 5 pode verificar-se que não foram encontradas diferenças, estatisticamente significativas, no resultado total da adesão ao tratamento em função da variável nível de escolaridade ($X^2(3) = 2.88, p = 0.411$) (cf. Quadro 5).

Quadro 5
Influência da Variável Nível de Escolaridade na MAT (Kruskal Wallis)

Variável		<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	X^2	<i>p</i>
Nível de Escolaridade	E. Primário	15	23.97	2.88	.411
	1º Ciclo	9	28.94		
	2º Ciclo	18	21.78		
	E. Superior	6	27.33		

4.3- Estudos de Precisão: consistência interna das Crenças sobre a doença (IPQ)

Para medir a correlação existente entre os diferentes itens no IPQ utilizou-se o teste da consistência interna (Almeida & Freire, 2008). Neste sentido, os itens do IPQ foram analisados através do coeficiente alfa de Cronbach. O valor do alfa de Cronbach para o total do IPQ é de .60, um

valor inferior ao considerado satisfatório (.70), segundo Pestana e Gageiro (2005). De forma a analisar a contribuição de cada um dos itens para o valor da consistência interna total do IPQ, realizou-se uma análise das correlações item-total corrigidas e do valor do alfa de Cronbach, caso se eliminasse um determinado item. Verificou-se que a exclusão de qualquer item do IPQ não aumenta significativamente o valor do *alfa de Cronbach* para a escala total, sendo a maior variação a este nível verificada para o item 4 Até que ponto pensa que o seu tratamento pode ajudar a sua doença? ($\alpha = .64$).

4.4. Impacto das variáveis sociodemográficas no resultado total do IPQ

No presente trabalho, recorreu-se ao teste *Mann Whitney* para a variável sexo e *Kruskall Wallis* para as variáveis estado civil, nível socioeconómico e nível de escolaridade, com o objetivo de analisar a influência destas variáveis sociodemográficas no resultado total do IPQ.

Os resultados indicam que os homens apresentam resultados mais baixos (*Mean Rank* = 23.86), em comparação com o grupo de mulheres (*Mean Rank* = 28.42). No entanto as diferenças observadas não são estatisticamente significativas [$U(48) = -1.064, p = 2.87$] (cf. Quadro 6).

Quadro 6

Influência da variável sexo no IPQ (Mann- whitney)

Variável		<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
<i>Sexo</i>	Feminino	18	28.42	-1.064	2.87
	Masculino	32	23.86		

Como se observa no Quadro 7, os resultados indicam que os separados apresentam resultados mais elevados (*Mean Rank* = 47.50) no IPQ. Contudo estas diferenças não foram estatisticamente significativas [$X^2(4) = 4.400, p = .355$] (cf. Quadro 7).

Quadro 7

Influência da Variável Estado Civil no IPQ (Kruskal Wallis)

Variável		<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	X^2	<i>p</i>
Estado Cível	Solteiro	22	24.18	4.400	.355
	Casado	23	26.46		
	Separado	1	47.50		
	Divorciado	1	6.00		
	Viuvo	3	27.00		

O Quadro 8 mostra que os sujeitos pertencentes a um NSE médio apresentam resultados mais altos no IPQ (*Mean Rank* = 26.93). No entanto, estas diferenças não foram estatisticamente significativas [$X^2(2) = 0.798, p = .671$] (cf. Quadro 8).

8
Influência da Variável NSE no IPQ (Kruskal Wallis)

Variável		<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	X^2	<i>p</i>
NSE	Baixo	19	24.21	.798	.671
	Médio	28	26.93		
	Elevado	3	20.33		

No Quadro 9 pode verificar-se que não foram encontradas diferenças, estatisticamente significativas, entre os diferentes graus de escolaridade, no que respeita ao resultado total do IPQ ($X^2(3) = 2.147, p = .543$) (cf. Quadro 9).

Quadro 9
Influência da Variável Nivel de Escolaridade no IPQ (Kruskal Wallis)

Variável		<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	X^2	<i>p</i>
Nível de Escolaridade	E. Primário	15	22.87	2.147	.543
	1º Ciclo	9	21.33		
	2º Ciclo	18	25.17		
	E. Superior	6	31.33		

V - Discussão

O presente trabalho pretende analisar as crenças sobre a doença e a adesão ao tratamento em doentes Angolanos com Malária, residentes no Lubango. Especificamente, procurámos analisar a consistência interna dos instrumentos Crenças sobre a Doença (IPQ) - Versão Breve e Medidas de Adesão ao Tratamento (MAT) e averiguar se estas variáveis (adesão ao tratamento e Crenças sobre a doença variam de acordo com variáveis sociodemográficas, nomeadamente: sexo, estado civil, nível socioeconómico e nível de escolaridade. Num primeiro momento, devemos fazer referência às características mais pertinentes da amostra, considerando que esta é constituída maioritariamente por sujeitos do sexo masculino (46%), na faixa etária dos 18 aos 49 anos de idade, casados (46%), com o nível de escolaridade até ao 12º ano/ 2º ciclo (18%), residentes nos arredores da cidade (76%), pertencentes à etnia Umbundo (58%) e com um NSE médio (56%). Em termos familiares, encontram-se essencialmente na última etapa do ciclo vital, ou seja, têm filhos adultos (36%), sendo o seu agregado composto por 2 a 5 pessoas (16%). O Instituto Nacional de Estatística (INE; 2012) revelou que existem mais mulheres (1.703.232) do que homens (1.596.980) em toda a extensão da Província da Huíla (3.334.456). Relativamente ao nível de escolaridade, o INE indica que há mais técnicos médios (18.853.00) do que técnicos superiores (1.033.00). Neste sentido, as características da amostra em estudo não representam a população da Província da Huíla, pelo que os resultados devem ser lidos à luz das características desta amostra.

No que diz respeito a consistência interna da MAT o coeficiente de alfa de Cronbach obtido, considerando a totalidade dos itens do MAT, é de .791, indicando assim uma boa consistência interna próxima do valor obtido nos estudos de Mendes (2011; .80) e nos estudos de Pereira (2011; .93). Estes últimos são indicadores de uma consistência interna elevada, acima do considerado aceitável (.70), segundo Pestana e Gageiro (2005). Relativamente à consistência interna do IPQ o coeficiente de alfa de Cronbach obtido, considerando a totalidade dos itens do IPQ, é de .60 o que revela uma fraca consistência interna.

Passando agora a discutir os resultados sobre o impacto das variáveis sociodemográficas, importa referir que as variáveis sexo, estado civil, NSE e nível de escolaridade não apresentam diferenças estatisticamente significativas na medida de adesão ao tratamento (MAT). Ou seja, tal significa que ser homem ou mulher, solteiro ou casado, ter 18 ou 50 anos de idade, ter o nível socioeconómico baixo ou elevado, ter o ensino primário ou superior não parece determinar de forma significativa os resultados da MAT. Ainda assim, verificamos que os sujeitos do sexo masculino, os sujeitos divorciados, os sujeitos com o primeiro ciclo de escolaridade e com NSE elevado, que participaram neste estudo, apresentam uma adesão superior ao tratamento. Estes resultados, ainda que não significativamente estatísticos, são relevantes, especialmente ao nível da prática clínica, na medida em que nos sugerem que será importante investirmos mais na adesão ao tratamento das mulheres, dos sujeitos casados, sujeitos com maior nível de escolaridade assim como sujeitos com NSE médio e baixo. De qualquer modo, estes resultados devem ser interpretados com cautela devido às limitações da amostra recolhidas e que foram anteriormente referidas.

Quanto aos resultados sobre o impacto das variáveis sociodemográficas, importa referir que as variáveis sexo, estado civil, NSE e nível de escolaridade não apresentam diferenças estatisticamente significativas nas crenças sobre a doença. Tal como na MAT, ser homem ou mulher, solteiro ou casado, ter 18 ou 50 anos de idade, ter o nível socioeconómico baixo ou elevado, ter o ensino primário ou superior não parece determinar de forma significativa os resultados.

VI – Conclusões

A presente investigação serviu para analisar as crenças sobre a doença e a adesão ao tratamento em doentes Angolanos, com Malária, residentes no Lubango. Especificamente, pretendeu-se verificar se existiam ou não diferenças significativas na adesão ao tratamento e nas crenças de doentes Angolanos com Malária relativamente às variáveis sexo, estado civil, nível socioeconómico e nível de escolaridade. Para além de se averiguarem estes dados, este estudo apresenta os primeiros dados psicométricos do IPQ e da MAT com a população do Lubango (através da análise da consistência interna).

Este trabalho foi pautado pelo rigor e precisão, mas houve algumas dificuldades que podem comprometer a generalização dos resultados. Deste modo, é importante fazer referência a algumas limitações encontradas na recolha de informações sobre a MAT e o IPQ. Uma limitação foi o facto de se utilizar uma amostra de conveniência, ou seja, de uma só região (Lubango), o que pode ter enviesado os resultados, no sentido de que a amostra selecionada não pode ser generalizada para o país todo. De registar também o difícil acesso à aquisição de dados da população que vive em aldeias/ ou Quimbos, a qual nem sequer percebem Português, o que dificulta a perceção de alguns itens, especialmente do item 7 da MAT que fala sobre a interrupção da terapêutica.

Salientamos como uma vantagem do nosso estudo a amostra de 50 doentes diagnosticados com Malária, no sentido em que nos permitiu focalizarmo-nos nesta doença particular.

Apesar de não ser o único estudo com a MAT e IPQ a ser realizado em Angola, concretamente no Lubango, foi o primeiro estudo realizado com doentes com Malária.

Sugere-se que sejam feitos mais estudos, utilizando estes questionários, com base em amostras mais vastas e equilibradas e centradas na doença da malária, bem como noutras doenças. Especificamente, devem abranger-se mais províncias angolanas de Norte a Sul, principalmente as zonas mais periféricas, dando ênfase à variável etnia, por ser uma variável que descreve os diferentes grupos culturais em Angola (Umbundos, Nhanecas, Quimbundos, Cuanhamas, Nganguelas, entre outras).

Bibliografia

- Almeida, A. O. R., Almeida, H.R., & Capriata, R.S.A. (2010). *Uso de plantas medicinais para tratar a malária*. Cuiabá-MT, Brasil, 15 (3):454-9, pp. 456-457.
- Almeida, A. O. R., Capriata, R.S.A., Almeida, H. R., Guimarães, T.S. (2010). *Adesão e reações de usuários ao tratamento da malária: Implicações para a educação em saúde*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 19(3), 536-544.
- Araújo, M. (2014). *Ações de combate à malária é intensificado no Vale do Juruá*. MS, 2006.
- Baptista, E. (2012). *Qualidade de Vida e Resiliência Familiar na Malária: Estudo Exploratório numa Amostra Angolana em Contexto Militar*, (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Bartolose, R. M. (2011). *Estudo da infecção por plasmodium spp no município de Guapimirim, estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, p 45.
- Beatriz, H. M., Regina, C.K. (2009). Crenças sobre Saúde: Influência de portadores de doenças crônico-degenerativas em relação ao cuidado à saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*. 22/ 23(1, 2, 3), 125-126.
- Coura, J.R., Mutis, M.S. & Andrade, S. L. (2006). A new Challenge for malaria control in Brazil: asymptomatic Plasmodium infection – A Review. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro, 101(3), 229-237.
- Franco, W.M., Conceição, M.N.P. (2007). Malária em mulheres na idade reprodutiva: Análise dos aspetos clínicos-epidemiológicos na região de Itaituba *acedido em <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2012/v26n1/a3072.pd>*.
- Glasgow, R., Wilson, W. & McCaul, K. D. (1985). *Regimen adherence: A problematic construct in diabetes research*. *Diabetes Care*, 8, 300-301.
- Guimarães, T. S. (2012). *Conhecimento da malária e adesão ao tratamento, Cuiabá MT. Acessado em http://cpd1.ufmt.br/mestradoenfermagem/painel/teses/talsa_guimarAes_de_souza_30_03_2012_1337511179*.
- LA-SCALEA, M.A., SILVA, H.S.R.C., FERREIRA, E.I. (2007). Redução volta métrica de artemisinina e sua interação com grupo heme (hemina). *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 43(3), 371-383.
- Ministério da Saúde, (2006). *Ações de Controlo da Malária*, Brasília DF-p.33. Acessado em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_controle_malaria_manual.
- Ministério da Saúde, (2014). *Diretrizes e normas de conduta para o diagnóstico e tratamento da malária*, Angola, p 2.
- Nazaré, M. A. R. (2008). *Adesão ao tratamento da malária: um estudo em comunidade do entorno da usina hidrelétrica – Belém, Goiânia, Brasil*, 6-7.
- Nazaré, M.A.R., Elconora, A.P.F., Maria, J.S. (2005). Uma proposta de prevenção e controle da malária em pequenas comunidades, Trav.Angustura 3669, Marco, CEP 66095040, Belém PA. *Revista Paranaense de medicina-Brasil*. 19(4), 47-51
- Oliveira A. R., Bianchi, A. B., Souza, B. A., Capriata, R. F., Jesua, C. F., Graziella, R., Souza, G. T. (2013). *Estudos sobre adesão ao tratamento da malária*, vol 12.
- Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS] (2005). *Malária e Objetivos de desenvolvimento do Milenium*. 136ª Sessão do Comitê

Executivo. Buenos Aires, Argentina. Acessado em https://www.google.pt/?gfe_rd=cr&ei=Nqa6U7C9Mcje8gfRnYDoAQ&gws_rd=ssl#q=A%C3%A7%C3%B5es+de+controle+da+mal%C3%A1ria.

Peres, S.D., Mara, J.M., Atílio, L.V. (2003). Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública*, 37(5), 635-42.

Ribeiro, E., Oliveira, E., Melo, M., Xavier, B. (2013). *Malária grave secundária a co-infecção por Plasmodium falciparum e Plasmodium ovale.*, Serviço de Medicina Interna, Serviço de Medicina Intensiva Centro Hospitalar do Baixo Vouga E.P.E. (CHBV). Aveiro. Portugal, 74(1): 25-28.

Silva, M.N. (2010). *Impacto de alterações ambientais na transmissão da malária e perspetiva para o controle da doença em áreas de assentamento da Amazônia Brasileira*, AC-Brasil, 14(3):603-622, doi:10.4257/oeco.2010.1403.02, p, 607.

Werner, D. (2012) *Crenças Populares e Medicamentos caseiros*, Ika Farenzena 20100242.

Anexo

INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES

Nome da investigação: Estudo das Doenças Crónicas em Angola.

Esta investigação tem como *objetivo*: Estudar a relação entre crenças, adesão ao tratamento, funcionamento familiar e congruência em doentes crónicos angolanos.

A colaboração de todos os participantes é **VOLUNTÁRIA**, e será absolutamente garantido o anonimato e a confidencialidade dos resultados.

NO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS

A equipa deste projeto está imensamente grata pela sua disponibilidade e colaboração. O seu contributo é extremamente importante.

CONSENTIMENTO

Eu, _____,
declaro ter sido informado sobre esta investigação, bem como das garantias de anonimato e confidencialidade.

Assim, aceito responder ao protocolo que me foi apresentado.

_____ de _____ de 201 ____

(Assinatura)

Questionário sociodemográfico

Código: _____

Data: ____/____/____

Local de recolha de dados: _____

Dados de identificação do próprio

Sexo: Fem ____ Masc ____

Idade: _____ anos

Doença Crónica: _____

Data do Diagnóstica: ____/____/____

Nível de escolaridade (se for adulto, escrever o último ano concluído):

Profissão: _____

(Escrever a profissão exata referida pelo sujeito)

Estado Civil:

Solteiro(a) ____

Casado(a) ____

União de facto ____

Separado(a) ____

Divorciado(a) ____

Viúvo(a) ____

Recasado: Sim ____ Não ____

Etnia:

Nhaneca ____

Umbundo ____

Quimbundo ____

Nganguela ____

Cuanhama ____

Outras _____

Religião:

Católica _____

Evangélica _____

Adventista do 7º Dia _____

Tokuista _____

Igreja Universal do Reino de Deus _____

Kimbanguista _____

Testemunhas de Jeová _____

Outras _____

Dados de Identificação do Agregado Familiar**Composição agregado familiar**

Parentesco*	Idade	Sexo M/F	Estado Civil	Profissão**	Nível escolaridade

*Pai, mãe, filho(a), marido, mulher, irmã(o) da pessoa que está a completar o questionário.

**Incluir nesta ação: Estudante; Desempregado; Doméstica; Reformado (dizer que trabalho tinha antes da reforma e ano da reforma).

Outras pessoas que habitam com o agregado familiar

Quem (Parentesco)*	Idade	Profissão	Estado Civil	Motivo da permanência

*Por exemplo, avó(ô), tio(a), primo(a), padrinho, outros familiares, etc.

Área de residência

Centro da cidade _____

Arredores da cidade/Bairro _____

Aldeia/Quimbo _____

Comuna/Sede _____

Outro. Qual _____

Tipo de habitação

Apartamento _____

Vivenda _____

Pau-a-Pique/Cubata _____

Casa de adobe _____

Outro. Qual _____

Característica da habitação

Divisões	N	Observações*

*Exemplo: 2 filhos que partilham quarto; filhos dormem na sala; toda a família dorme na sala

Eletrodoméstico e Conforto (assinalar com X o que houver)

	N	Observações*
Água canalizada		
Gás		
Eletricidade		
Esgotos		
Frigorífico		
Fogão		
Televisão		
Rádio		
Computador		
Acesso a Internet		
Automóvel		
Motorizada		
Bicicleta		

*Exemplo: Eletricidade por gerador

Principal fonte de Rendimento da Família

Riqueza herdada ou adquirida _____

Lucros de empresas, investimentos, ordenados bem remunerados _____

Vencimento mensal fixo _____

Remuneração por semana, dia ou por tarefa _____

Apoio social público (do estado) ou privado (de instituições solidariedade) _____

*Nível socioeconómico	
*Etapa do ciclo vital	

*Campos a preencher pelo investigador, ao final da entrevista

Anexo 3

98|

A.B. DELGADO & M.L. LIMA

ANEXO*Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)*

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6

Anexo 4

Questionário de Crenças sobre a Doença - Versão Breve (IPQ).

Por favor, para cada uma das questões que se seguem, coloque círculo

Qual é o grau em que sua doença afecta a sua vida?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não afeta nada									Afec ta gravemente a minha vida	
Quanto tempo pensa que vai durar sua doença?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito pouco tempo									Para sempre	
Qual é o grau de controlo que sente sobre sua doença?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhum controlo									Tenho muitíssimo controlo	
Até que ponto pensa que o seu tratamento pode ajudar a sua doença?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não vai ajudar nada									Vai ajudar muitíssimo	
Qual é o grau em que sente sintomas da sua doença?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhum sintoma									Muitos sintomas graves	
Qual é o grau de preocupação com a sua doença?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada preocupado									Extremadamen te preocupado	
Até que ponto sente que compreende a sua doença?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não compreendo									Compreendo muito bem	
Até que ponto a sua doença o afeta emocionalmente?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não me afeta emocionalmente									Afeta-me muitíssimo emocionalmente	
Por favor, refira por ordem de decrescente (1,2,3), as três razões mais importantes que acredita terem causado a sua doença. As causas mais importantes para mim são:										
1. _____										
2. _____										
3. _____										

à volta do número que melhor corresponde à sua maneira de pensar

Anexo- 5

Ranks- MAT

	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Total_MAT	Masculino	32	27,00	864,00
	Feminino	18	22,83	411,00
	Total	50		

Ranks-MAT

	Nível socioeconómico	N	Mean Rank
Total_MAT	Baixo	19	26,61
	Médio	28	24,00
	Elevado	3	32,50
	Total	50	

U-MAT

	Total_MAT
Chi-Square	7,213
Df	11
Asymp. Sig.	,782

- a. Kruskal Wallis Test
b. Grouping Variable: Nível escolaridade

Classificações-Crenças sobre a doença (IPQ)

	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
TotalCrenças sobre a Doença	Masculino	32	23,86	763,50
	Feminino	18	28,42	511,50
	Total	50		

Classificações-IPQ

	Estado civil	N	Mean Rank
TotalCrenças sobre a Doença	Solteiro	22	24,18
	Casado	23	26,46
	Separado	1	47,50
	Divorciado	1	6,00
	Viúvo	3	27,00
	Total	50	

Classificações-IPQ

	Nível socioeconómico	N	Mean Rank
TotalCrenças sobre a Doença	Baixo	19	24,21
	Médio	28	26,93
	Elevado	3	20,33
	Total	50	