



UC/FPCE\_2014

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**O impacto das variáveis sociodemográficas e familiares nas crenças e na adesão ao tratamento: Estudo exploratório, numa amostra de doentes crónicos Angolanos**

Manuela C. A. da Cunha (e-mail: [cunhalfredo1980@hotmail.com](mailto:cunhalfredo1980@hotmail.com))

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

### **O Impacto das Variáveis Sociodemográficas e Familiares nas Crenças e na Adesão ao Tratamento: Estudo exploratório numa amostra de doentes crónicos Angolanos**

**Resumo:** O presente estudo tem como objetivo principal estudar o impacto das variáveis sociodemográficas e familiares nas crenças e na adesão ao tratamento, numa amostra de doentes crónicos Angolanos. Para o efeito averiguou-se a consistência interna dos itens do Questionário de Crenças sobre a Doença (*Brief IPQ*) e da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT). Os dois instrumentos revelaram boa consistência interna, sendo que o alpha de Cronbach foi de 0.77 para o *Brief IPQ* e 0.71 para a MAT. Esta investigação teve uma amostra constituída por 100 sujeitos com tuberculose. Os resultados deste estudo revelaram que as variáveis sociodemográficas não apresentam um impacto significativo nas crenças sobre a doença e na adesão ao tratamento, com excessão da variável sexo que parece ter um impacto estatisticamente significativo nas crenças sobre a doença, apresentando os homens crenças mais ameaçadoras do que as mulheres. Relativamente às variáveis familiares, a composição do agregado familiar parece também influenciar significativamente, quer as crenças, quer a adesão ao tratamento. Este estudo é de cariz exploratório, portanto, almeja-se que sejam feitos novos estudos com o *Brief IPQ* e a MAT.

**Palavras-chave:** crenças; adesão; doença crónica, variáveis sociodemográficas, variáveis familiares.

### **The Impact of Sociodemographic Variables and the Family Beliefs and Adherence to Treatment: An exploratory study in a sample of chronically ill Angolans**

**Abstract:** The present study aims to study the impact of sociodemographic and family variables in the beliefs and treatment adherence in a sample of chronically ill Angolans. For this purpose examined whether the internal consistency of the questionnaire items Beliefs about Disease (*Brief IPQ*) and the Measure of Treatment Adherence (MAT). Both instruments showed good internal consistency, with Cronbach's alpha was 0.77 for the *Brief IPQ* and 0.71 for MAT. This research had a sample of 100 subjects with tuberculosis. The results of this study revealed that sociodemographic variables did not have a significant impact on beliefs about illness and treatment adherence, with the exception of the gender variable that appears to have a statistically significant impact on beliefs about the disease, with men more threatening than beliefs women. With regard to family variables, household composition also appears to significantly influence either the beliefs or adherence to treatment. This study is exploratory in nature, therefore we aim that new studies with the *Brief IPQ* and the MAT are made.

**Keywords:** beliefs; membership; chronic illness, sociodemographic variables, family variables

## **Agradecimentos**

Primeiramente agradeço a Deus, mentor de todo o meu sucesso e vitórias. Agradeço aos meus pais por toda ajuda moral e financeira que me deram, nos momentos em que precisei. Às minhas irmãs pela disponibilidade e carinho em cuidar dos meus filhos, quando me dedicava a esta obra. Ao Dr. Kiala Manuel que muito me encorajou nos momentos de desânimo. Agradeço grandemente aos colegas Daniel, Delfina e Idalina, pela força que me deram nos momentos difíceis desta caminhada. À colega Ester Gamboa (querida madrinha), sem ela, esta obra com certeza não seria concluída. Às minhas professoras que incansavelmente transmitiram-me os conhecimentos que adquiri no decurso do mestrado (Dras. Isabel, Luciana, Relvas e Sofia). Agradeço de forma muito especial os meus filhos Emilton e Alexandra, e dedico a eles esta obra, pois tiveram de abdicar de muita coisa para que eu concluísse esta etapa, amo-vos bastante, vocês são a minha força para viver e continuar a lutar. Não podia deixar de agradecer novamente à Dra. Luciana Sotero pela paciência, dedicação e contributo como orientadora desta dissertação.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta obra fosse realidade o meu muito, muito obrigada.

## Índice

Introdução	4
<b>I –Enquadramento teórico</b>	5
1.As crenças sobre a doença	5
1.1-Avaliação das crenças sobre a doença	6
2-Adesão aos tratamentos	7
2.1- Avaliação da adesão aos tratamentos	8
<b>II-Objetivos</b>	9
2.1-Objetivo geral	9
2.2-Objetivos específicos	9
<b>III-Metodologia</b>	9
3.1- Procedimentos de recolha da amostra	9
3.2- Caraterização da amostra	10
3.3- Instrumentos	11
3.4- Análise estatística	12
<b>IV-Resultados</b>	13
4.1-Estatísticas descritivas dos itens do <i>Brief IPQ</i>	13
4.1-Estatísticas descritivas da MAT	13
4.3-Estudos de precisão	14
4.3.1-Consistência interna do <i>Brief IPQ</i>	14
4.3.2-Consistência interna da MAT	15
4.4-Impacto das variáveis sociodemográficas e familiares no <i>Brief IPQ</i> e na MAT	15
4.4.1-Impacto das variáveis sociodemográficas no resultado total do <i>Brief IPQ</i>	15
4.4.2-Impacto das variáveis familiares no resultado total do <i>Brief IPQ</i>	17
4.4.3-Impacto das variáveis sociodemográficas no resultado total da MAT	17
4.4.4-Impacto das variáveis familiares no resultado total da MAT	19
<b>V-Discussão</b>	20
Conclusão	22
Bibliografia	23
Anexos	26

## Introdução

Identificar as percepções sobre a doença pode possibilitar intervenções psicológicas mais efetivas e desta forma favorecer a aquisição de comportamentos mais funcionais diante da ameaça à saúde (Nogueira, 2012). Deste modo, e tendo em conta a necessidade de avaliar as representações cognitivas e emocionais da doença, foi criado o *Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ)*; Broadbent et al., 2006, cit. por Nogueira, 2012).

Da mesma forma foi criada a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) para avaliar a adesão aos tratamentos (Morisky, Green & Levine, 1986, cit. por Delgado & Lima, 2001).

O presente estudo integra então um conjunto de investigações sobre a condição de doente crónico e pretende verificar o impacto de variáveis sociodemográficas (nomeadamente, idade, sexo, estado civil, área de residência, etnia, nível de escolaridade e o nível socioeconómico) e de variáveis familiares (designadamente, etapa do ciclo vital e composição familiar) nas crenças e na adesão aos tratamentos no contexto Angolano.

A presente investigação está estruturada em sete partes: (1) Enquadramento teórico; (2) Objetivos; (3) Metodologia; (4) Resultados; (5) Discussão; (6) Conclusão, e por fim (7) Referências. No primeiro ponto, referente ao enquadramento, será feita uma a revisão da literatura sobre o Brief IPQ e a MAT. Na seção objetivos, faremos menção ao objetivo geral da investigação, para além dos objetivos específicos. Na metodologia, será feita a caracterização dos procedimentos de selecção da amostra em estudo, a descrição da amostra recolhida e a apresentação dos instrumentos que foram utilizados, bem como é feita a descrição das análises estatísticas realizadas. Em seguida serão apresentados os resultados obtidos e posteriormente discutidos. Por fim, na última seção da tese, serão apresentadas as considerações finais em jeito de conclusão e listadas as referências bibliográficas utilizadas.

## I – Enquadramento teórico

### 1-As crenças sobre a doença

Uma melhor compreensão das crenças que as pessoas possuem sobre as doenças crónicas poderá ajudar a desenvolver intervenções centradas nas interações destas com os diversos contextos que as rodeiam, nomeadamente prestadores de cuidados, família, escola e amigos, contribuindo consequentemente para uma maior adaptação à vivência diária da doença (Wallander 1988).

O conceito de crenças é muito antigo e é abordado em disciplinas como antropologia, sociologia, psicologia, educação, e principalmente na filosofia. No vasto campo do saber científico existem inúmeras definições de crenças, devido à diversidade de autores, e essa é uma das razões pelas quais se torna num conceito difícil de se investigar. Segundo Pajares (1992), as crenças têm sido descritas como um conceito complexo e confuso. Assim, dois famosos filósofos americanos, Charles S. Peirce e John Dewey, já tentavam definir crenças há vários anos atrás. Charles S. Peirce (1877, 1958) definiu o conceito de crenças como sendo o conjunto de ideias que se instalam na mente das pessoas, como por exemplo, hábitos, costumes, tradições, maneiras populares de pensar. Por sua vez, o conceito de crenças apresentado por John Dewey (1933) mostra a natureza dinâmica das crenças e a sua inter-relação com o conhecimento. Para este autor, as crenças cobrem todos os assuntos para os quais ainda não dispomos de conhecimento certo, dando-nos confiança suficiente para agirmos, bem como os assuntos que aceitamos como verdadeiros, como conhecimento, mas que podem ser questionados no futuro. Para Leventhal e Nerenz (1985) as crenças são representações importantes na medida em que fornecem uma base para interpretar sintomas e atribuir-lhes um significado. Deste modo, o que as pessoas pensam acerca da sua doença poderá influenciar a forma como a enfrentam e como lidam com ela. Dando continuidade à definição do conceito de crenças, as crenças não são somente um conceito cognitivo, mas também social, pois derivam das nossas experiências e problemas, da interação com o contexto. É a capacidade que temos de refletir e pensar sobre o que nos cerca. Deste modo, os indivíduos parecem ter crenças consistentes sobre a doença e as mesmas podem ser usadas para atribuir sentido à sua doença e ajudar a perceber qualquer sintoma em desenvolvimento (Barcelos 1995; Miller & Ginsberg, 1995; Riley, 1997).

As crenças ou representações da doença foram assim incorporadas num modelo de comportamento de doença, com vista a analisar a representação cognitiva da doença por parte do paciente e o seu consequente comportamento de *coping* (Leventhal et al., 1980, 1984). Ao associar esta abordagem das representações de doença, aos modelos de resolução de problemas, foi formulado o Modelo de Auto-regulação de Doença. Este modelo assume que as pessoas são ativas no processamento de informação e que, perante uma ameaça à saúde, elaboram representações de doença e reagem emocionalmente à doença (Leventhal et al., 1980, 1984)

Em suma podemos concluir que a existência dessas diversas definições sugere diferentes agendas e, conseqüentemente, distintas maneiras de investigar as crenças.

### 1.1-Avaliação das crenças sobre a doença

Tendo em conta que as crenças que o sujeito tem sobre a doença têm uma grande influência sobre a aceitação da enfermidade, as crenças são avaliadas como positivas quando concorrem para uma maior qualidade de vida e não positivas quando influenciam negativamente a vida da pessoa doente (Leventhal & Nerenz, 1985).

No vasto campo de investigação da Psicologia existe uma grande diversidade de instrumentos que avaliam as crenças sobre a doença, tendo em conta diferentes categorias, tais como, dor lombar, doenças cardiovasculares, doenças mentais. A título de exemplo pode-se referir como instrumento que avalia as crenças sobre a doença, o Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (ICDM) da autoria de Loureiro (2008), o qual avalia as crenças que as pessoas possuem acerca das doenças mentais (Aguar, 2010), entre outros.

No presente estudo foi utilizado o *Brief Illness Perception Questionnaire-Brief* IPQ (Broadbent et al., 2006, citado por Nogueira, 2012). O Questionário de Crenças sobre a Doença, na sua Versão-breve, foi desenvolvido para rapidamente aceder às representações cognitivas e emocionais acerca de uma determinada doença, sendo constituído por nove itens que permitem avaliar as representações emocionais (cinco itens), cognitivas (dois itens) e de compreensão da doença (um item).

As representações cognitivas são importantes na medida em que fornecem uma base para interpretar sintomas e atribuir-lhes um significado. Quando uma pessoa experiencia sintomas físicos, uma pesquisa cognitiva é iniciada, na qual o indivíduo tenta dar um significado a esses mesmos sintomas, comparando-os com outros sintomas já experienciados ou conhecidos (Leventhal & Nerenz, 1985). A compreensão da doença é determinada por um longo processo de adaptação à doença, desde a percepção dos primeiros sintomas até o encontro de um novo ponto de equilíbrio, o sujeito procura um significado para o que lhe está acontecer.

Foi feito por Couto e António de Jesus (1998) um estudo com o objetivo de estudar a relação entre crenças, atitudes e comportamento das grávidas. Neste estudo chegaram-se às seguintes conclusões: 1) o aumento da escolaridade parece levar a uma alteração das atitudes dos jovens em relação às crenças; 2) existe uma relação significativa entre a atitude das grávidas em relação às crenças e as suas habilitações literárias; 3) o conhecimento das crenças por parte das grávidas é um fator influenciador de alguns comportamentos, independentemente da atitude que se tem perante as mesmas; 4) a atitude das grávidas em relação às crenças influencia o seu comportamento; 7) as grávidas residentes em zonas urbanas têm crenças mais ameaçadoras e estas alteram os seus comportamentos

significativamente, contrariamente às que vivem em zonas rurais.

Sintetizando, as crenças que o doente crónico tem sobre a sua doença têm uma grande influência na aceitação da mesma, visto que esta depende de inúmeros fatores internos e externos, tais como o sistema de saúde, a família, os profissionais de saúde e o próprio sujeito, os quais devem promover a adaptação a um novo estilo de vida diante da doença crónica.

## **2. A Adesão aos Tratamentos**

Numerosos são os estudos que procuram analisar os determinantes da adesão e muitos são os fatores que têm demonstrado estar relacionados com esta variável. A adesão ao tratamento tem uma natureza multifatorial, uma vez que é influenciada por variáveis que atuam a partir de fontes diversas, que podem ser agrupadas num conjunto de componentes (Leventhal & Cameron, 1987).

A definição do conceito de adesão varia entre os autores, mas, de uma forma geral, é compreendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% do seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento (Gimenes, Zanetti, & Haas, 2009). Deste modo, a adesão ao tratamento é considerada como o comportamento do paciente relacionado com a saúde, sendo mais que o simples ato de utilizar os medicamentos prescritos (Lima, Meiners & Soler, 2010).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adesão aos tratamentos diz respeito ao grau em que o comportamento de uma pessoa doente, como por exemplo, tomar a medicação recomendada, seguir o regime alimentar indicado pelo profissional de saúde e primar por um estilo de vida saudável, corresponde às recomendações acordadas por um profissional de saúde (Lima, Meiners & Soler, 2010).

Segundo Gusmão (2006), ao falarmos sobre o conceito de adesão, não devemos deixar de considerar a vontade do indivíduo em participar e colaborar no seu próprio tratamento, o que certos autores não consideram. A adesão engloba outros comportamentos, inerentes à saúde, que vão para além do simples cumprimento da prescrição médica, envolvendo ainda elementos referentes ao sistema de saúde, fatores socioeconómicos, aspetos inerentes ao tratamento, ao paciente e à própria doença. A compreensão dos aspetos sócio-culturais que norteiam a adesão pode auxiliar na definição do que recomendar ao doente, na comunicação entre o paciente e o profissional e num maior seguimento à terapia proposta (Costa et al., 2007).

Para Gusmão e Mion (2006), a adesão é um processo complexo do comportamento, sendo fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e também pelos cuidados de assistência médica. Pensarmos que o paciente é o único responsável por seguir o seu tratamento é enganador, pois sabemos que o comportamento e a capacidade de a pessoa aderir ao seu tratamento são influenciados por muitos outros fatores. A



dificuldade do paciente em usar a medicação prescrita, seguir a dieta ou modificar o seu estilo de vida, de acordo com as orientações da equipa multidisciplinar, é um problema sempre presente na prática clínica (Gimenes, Zanetti, & Haas, 2009). Estima-se que apenas 1/3 dos pacientes têm uma adesão adequada ao tratamento. Vários estudos de adesão em doenças crónicas têm demonstrado que os pacientes frequentemente param de tomar as suas medicações, ou até mesmo nem começam a tomá-las, pois consideram-nas ineficazes, ou experimentam efeitos colaterais desagradáveis (Gimenes et al., 2009).

Resumindo são vários os fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento: 1) ligados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconómico); 2) inerentes à doença (cronicidade, ausência de sintomas e de complicações); 3) concernentes às crenças de saúde (perceção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e auto-estima); 4) ligados ao tratamento, e que englobam a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), e, finalmente, 5) relacionados com a instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera e tempo de atendimento) e com o relacionamento com a equipa de saúde. Diante de tais fatores, pode perceber-se a variedade e complexidade de elementos que contribuem para que a pessoa em condição crónica de doença, apresente dificuldades para a adesão ao tratamento. Melhorar a adesão ao tratamento é prevenir complicações e o agravamento da doença, proporcionando qualidade de vida aos pacientes (Lima, Meiners & Soler, 2010).

### **2.1-Avaliação da Adesão aos Tratamentos**

A adesão é avaliada tendo em conta o relato do doente e classificada em: 1) adesão plena, quando se faz o uso correto de todas as medicações; 2) adesão parcial, em que se faz o uso de pelo menos uma das medicações, e 3) não adesão, quando se regista a não utilização das medicações prescritas (Costa et al., 2007). Na construção da medida de adesão aos tratamentos estão patentes vários aspetos, tais como, a responsabilidade com a medicação; o controlo das horas da medicação; respeito pela prescrição médica, e o controlo da continuidade da medicação.

Foi feito um estudo para avaliar as razões da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial, os resultados revelaram que 30% dos indivíduos não tomavam a medicação por esquecimento, 16% referiram outras prioridades, 11% optaram por tomar a dose menor do que a prescrita, 9% alegaram falta de informações e 7% fatores emocionais. Esse mesmo estudo mostrou que 27% dos indivíduos avaliados não souberam dar uma razão para a baixa adesão ao tratamento. Procurou-se ainda nesse mesmo estudo identificar os fatores que contribuíam para que não tomassem os medicamentos, tendo sido encontrados os seguintes resultados: 89% dos indivíduos referiram baixa adesão devido ao alto custo; 67% por terem de tomar a medicação várias vezes ao dia e 54% devido aos efeitos indesejáveis. Em relação à doença, 50% referiram desconhecimento da gravidade

e 36% ausência de sintomas. Quanto aos conhecimentos e crenças, 83% só tomavam o medicamento quando a pressão estava alta, 80% referiram não cuidar da saúde, 75% esqueciam-se de tomar os medicamentos, 70% desconheciam a cronicidade e as complicações da doença. Finalmente, quanto à relação médico-paciente, 51% citaram falta de convencimento para tratar a doença e 20% relacionamento inadequado. A eficácia da terapêutica depende assim da adesão do sujeito ao tratamento, o que implicará a adoção de um novo estilo de vida (Oliveira et al., 2013).

## **II - Objetivos**

No âmbito dos estudos de validação do *Brief* IPQ e da MAT para a população Angolana, a presente investigação tem como objetivo geral analisar o impacto de variáveis sociodemográficas, nomeadamente do sexo, faixa etária, estado civil, nível académico, nível socioeconómico, área de residência, etnia, e de variáveis familiares como a etapa do ciclo vital da família e a composição do agregado familiar, nas crenças e na adesão aos tratamentos numa amostra de doentes crónicos Angolanos. Para concretizar este objetivo geral foram definidos os seguintes objetivos específicos: 1- Analisar o funcionamento dos itens do Questionário de Crenças sobre a Doença (Versão Breve) e da Medida de Adesão aos Tratamentos; 2- Averiguar a consistência interna dos itens do Questionário de Crenças sobre a Doença (Versão Breve) e da Medida de Adesão aos Tratamentos.

## **III - Metodologia**

Na metodologia pretende-se fazer a caracterização dos procedimentos de seleção e recolha da amostra, descrever a amostra recolhida no estudo, apresentar os instrumentos que foram utilizados, bem como fazer a descrição das análises estatísticas realizadas.

### **3.1- Procedimentos de recolha da amostra**

No estudo presente tiveram-se em consideração alguns critérios de inclusão para constituição da amostra, nomeadamente: a) ter 18 anos ou mais; b) ser Angolano; c) ter uma doença crónica diagnosticada, nomeadamente tuberculose.

Foi estipulado um número de 100 sujeitos para constituição da amostra. A seleção da amostra foi feita no período de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014, tendo como participantes os sujeitos com doença crónica que já estão em tratamento.

As variáveis faixa etária, estado civil, nível de escolaridade e composição do agregado familiar, foram agrupadas em categorias para facilitar a análise estatística de dados. A faixa etária ficou agrupada da

seguinte forma: 18-20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70 e com mais de 71 anos; o Estado civil em três categorias: Solteiro, Casado/União de facto e Viúvo; a variável nível de escolaridade ficou também agrupada nas seguintes categorias: Ensino primário (4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup>), 1<sup>o</sup> Ciclo (7<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup> e 9<sup>a</sup>), 2<sup>o</sup> Ciclo (10<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup> e 12<sup>a</sup>), Ensino Superior (Licenciados, Mestres) e Sem Escolaridade; finalmente, a variável composição do agregado familiar ficou organizada em três categorias: categoria 1-5, categoria 6-10 e mais de 10 elementos no agregado familiar. Para determinar o nível socioeconómico (NSE) da amostra, procedeu-se posteriormente à análise estatística de algumas variáveis para definir o nível socioeconómico (NSE), tais como a área de residência, o tipo de habitação, as características da habitação, os electrodomésticos e o conforto, bem como a fonte de rendimento da família. As pontuações de 2 a 10 correspondiam ao nível socioeconómico baixo, de 11 a 15 ao nível socioeconómico médio e de 16 a 20 ao nível socioeconómico elevado.

### 3.2-Caraterização da amostra

A amostra desta investigação é composta por 100 sujeitos, dos quais 44 (44%) são do sexo masculino e 56 (56%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 92 anos de idade, sendo a faixa etária mais representativa dos 21 aos 30 anos (52%), seguida da faixa dos 31 aos 40 anos com 21% de representatividade. A média das idades da amostra total é de 29,92 ( $DP=11.16$ ). Com relação ao estado civil, a maior parte dos sujeitos são solteiros (52%), seguidos dos sujeitos casados e em união de facto (22%). Tendo em conta a área de residência, 76% dos sujeitos residem nos arredores da cidade ou bairros e 18% residem no centro da cidade. Relativamente aos grupos étnicos, os Umbundos têm uma maior representatividade (49%), seguidos dos Nhanecas (31%). O segundo ciclo de escolaridade é a categoria com maior representatividade (26%), seguida do primeiro ciclo e ensino superior com 14% e 11%, respetivamente. A maior parte da população da amostra tem um nível socioeconómico médio (76%). Tendo em conta as etapas do ciclo vital da família, 53% são famílias com filhos adultos, 15% são famílias com filhos adolescentes e em igual percentagem encontram-se as famílias com filhos pequenos. No que diz respeito à composição do agregado familiar, 54% das famílias estão dentro da categoria 1-5, seguida da categoria 6-10 com 38% (cf., Tabela 1).

Tabela 1.  
*Caracterização da Amostra: Variáveis Sociodemográficas e Familiares*

<b>Variáveis sociodemográficas</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
Sexo	Masculino	56	56
	Feminino	44	44
Estado civil	Solteiro	52	52
	Casado/União de fato	43	43
	Viúvo	5	5
Faixa etária	18-20	17	17
	21-30	52	52
	31-40	21	21
	41-50	5	5
	51-60	3	3
	61-70	1	1
	+ de 70	1	1
Área de residência	Centro da cidade	18	18
	Arredores da cidade	76	76
	Aldeia/Quimbo	1	1
	Comuna/Sede	4	4
	Outros	1	1
Etnia	Nhaneca	31	31
	Umbundo	49	49
	Quimbundo	1	1
	Nganguela	6	6
	Cuanhama	2	2
	Outros	11	11
Nível de escolaridade	Ensino Primário	9	9
	1º Ciclo	34	34
	2º Ciclo	45	45
	Superior	11	11
	Sem escolaridade	1	1
Nível socioeconómico	Baixo	17	17
	Médio	76	76
	Elevado	7	7
<b>Variáveis familiares</b> Agregado familiar	1-5	53	53
	6-10	38	38
	+ de 10	9	9
<b>Etapa do ciclo vital</b>	Formação do casal	2	2
	Filhos pequenos	15	15
	Filhos na escola	10	10
	Filhos adolescentes	15	15
	Filhos adultos	53	53
	Outros	5	5

### 3.3-Instrumentos

Antes da aplicação dos instrumentos, os doentes que aceitaram participar no estudo leram e assinaram o Consentimento Informado, o qual assegurava o anonimato e a confidencialidade das respostas, bem como dava

O impacto das variáveis sociodemográficas e familiares nas crenças e na adesão ao tratamento: Estudo exploratório, numa amostra de doentes crónicos Angolanos.

Manuela C.A. da Cunha (e-mail:cunhalfredo1980@hotmail.com) 2014

conhecimento dos objetivos do estudo, do carácter voluntário da sua participação e esclarecia ainda que os dados teriam apenas uma finalidade estatística. Para recolha de informação preencheram os seguintes instrumentos: Questionário de Dados Sociodemográficos, Questionário de Crenças sobre a Doença e Medida de Adesão aos Tratamentos.

**Questionário de dados sociodemográficos:** foi construído para a recolha de dados importantes para a caracterização da amostra, como sendo: sexo, idade, estado civil, área de residência, etnia, nível de escolaridade e nível socioeconómico. Este questionário, também foi utilizado para recolher informações sobre a família, tais como: a etapa do ciclo vital e a composição do agregado familiar.

**Questionário de Crenças sobre a Doença (*Brief Illness Perception Questionnaire*)** foi criado para avaliar as representações cognitivas e emocionais que o sujeito tem acerca da doença. O instrumento cota os itens numa escala de zero a dez (à exceção do item 9, o qual não foi utilizado no presente estudo), apresentando três itens invertidos, nomeadamente os itens 3, 4 e 7. A pontuação total do questionário é calculada através da soma dos oito itens. Trata-se de uma escala composta por várias dimensões, onde cada uma é apenas composta por um item, não podendo por isso ser calculada a consistência interna de cada uma das dimensões, mas apenas do resultado total da escala. Com relação à interpretação da cotação deste questionário, quanto maior for a pontuação, mais ameaçadoras são as crenças que a pessoa possui sobre a doença.

**Medida de Adesão ao Tratamentos (MAT):** No concernente à cotação e constituição deste instrumento, é importante referir que é constituído por sete itens, com seis níveis de resposta (desde 1-*sempre* a 6-*Nunca*) e não cota nenhum item de forma invertida. Na escala de Likert o nível de adesão obtém-se somando os valores de cada item e dividindo pelo número de itens. Na interpretação da sua cotação, os valores mais baixos indicam pior adesão aos tratamentos, enquanto os valores mais elevados correspondem a uma melhor adesão aos tratamentos.

### 3.4-Análises estatísticas

Os dados obtidos foram inseridos numa base de dados, utilizando-se para o seu tratamento estatístico o *Statistical Package for de Social Sciences* (SPSS, 2010, versão 17.0). Seguidamente, procederam-se às seguintes análises estatísticas: a) estatística descritiva dos itens do Questionário de Crenças sobre a Doença e da Medida de Adesão ao Tratamento; b) análise da consistência interna (alfa de cronbach) de ambos os questionários; c) análise do impacto das variáveis sociodemográficas e familiares no resultado total do *Brief IPQ* e da MAT, através do *test t de student* para amostras independentes, no caso da variável sexo, e ANOVAS para as restantes

variáveis sociodemográficas e familiares. No caso de existirem diferenças estatisticamente significativas na ANOVA, procedeu-se posteriormente ao teste de comparações múltiplas *Bonferroni*.

#### IV – Resultados

##### 4.1- Estatísticas Descritivas dos itens do Brief IPQ

Para se obter uma caracterização do funcionamento dos itens do *Brief IPQ*, procedeu-se ao estudo das estatísticas descritivas de tendência central e de dispersão de cada um dos 8 itens do referido instrumento. Neste sentido, na Tabela 2 pode-se observar a média, o desvio-padrão, a moda, a amplitude, a curtose e a assimetria para cada um dos itens do *Brief IPQ*. Verifica-se assim que todos os itens pontuam segundo toda a amplitude da escala de cotação (0-10), exceto o item 4 (0-5). O item que apresenta uma média mais elevada ( $M = 9.92$ ;  $DP = 4.30$ ) corresponde ao item 6 “Qual o grau de preocupação com a sua doença?”. Ao contrário, o item que obteve uma média mais baixa ( $M = 0.29$ ;  $DP = 0.87$ ) foi o item 4 “Até que ponto pensa que o seu tratamento pode ajudar a sua doença?”.

Quanto à Moda, os valores variam entre 0 a 10, sendo o valor mais frequente o 0. Relativamente à assimetria (grau de desvio da assimetria) todos apresentam valores positivos, com exceção do item 1 “Qual o grau em que a doença afeta a sua vida? (assimetria = -1,34). Quanto aos valores da curtose (grau de achatamento da distribuição), o item que se encontra mais afastado do valor 0 é o item 4 (curtose = 12.68).

Tabela 2.

*Estatísticas Descritivas dos itens do Brief IPQ*

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Moda</i>	<i>Desvio- Padrão</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>	<i>Amplitude</i>
1	5.31	10	3.62	-0.33	-1.34	0-10
2	1.97	0	2.79	1.33	0.83	0-10
3	1.80	0	2.80	1.52	1.25	0-10
4	0.29	0	0.87	3.46	12.67	0-5
5	3.62	0	3.59	0.54	-1.12	0-10
6	5.92	10	4.29	0.02	0.64	0-10
7	2.45	0	2.93	0.97	-0.16	0-10
8	4.38	0	3.83	0.18	-1.47	0-10

##### 4.2- Estatísticas Descritivas dos itens da MAT

Relativamente à MAT, procedeu-se igualmente ao estudo das estatísticas descritivas de tendência central e de dispersão para cada um dos sete itens que compõe a escala. Neste sentido, na Tabela 3 pode-se observar a média, a moda, o desvio-padrão, a assimetria, a curtose e a amplitude de cada um dos itens da MAT. Observa-se que apenas um item pontua em toda a amplitude da escala de cotação (1-6), designadamente o item 3, três itens pontuam entre 2 a 6 na escala de resposta, nomeadamente os itens 1, 2 e 7, e

O impacto das variáveis sociodemográficas e familiares nas crenças e na adesão ao tratamento: Estudo exploratório, numa amostra de doentes crónicos Angolanos.  
Manuela C.A. da Cunha (e-mail:cunhalfredo1980@hotmail.com) 2014

igualmente três itens pontuam entre 4-6, ou seja, os itens 4, 5 e 6. O item que apresenta uma média mais elevada ( $M = 5.96$ ;  $DP = 0.24$ ) é o item 4 “Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença?”. Ao contrário, o item 2 foi aquele que obteve uma média mais baixa ( $M = 4.99$ ;  $DP = 0.90$ ) “Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?”. Quanto à Moda, todos os valores pontuaram 6, exceto o item 2 cuja moda é ligeiramente inferior - 5. Tendo em conta a assimetria (grau de desvio da assimetria) todos os itens apresentam valores negativos. Quanto aos valores da curtose (grau de achatamento da distribuição), os itens que se encontram mais afastados do valor 0 são os itens 3 (curtose = 20.81), 4 (curtose = 47.66) e o 7 (curtose = 12.68).

Tabela 3.  
*Estatísticas Descritivas dos itens do MAT*

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Moda</i>	<i>Desvio- Padrão</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>	<i>Amplitude</i>
1	5.37	6	0.85	-1.30	1.52	2-6
2	4.99	5	0.90	-.65	0.01	2-6
3	5.76	6	0.71	-4.06	20.80	1-6
4	5.96	6	0.24	-6.69	47.66	4-6
5	5.80	6	0.49	-2.49	-5.41	4-6
6	5.72	6	0.57	-1.94	2.73	4-6
7	5.77	6	0.65	-3.33	12.68	2-6

### 4.3 Estudos de Precisão

#### 4.3.1 Consistência Interna *Brief IPQ*

Com o objetivo de medir a correlação existente entre os diferentes itens no mesmo teste utilizou-se a consistência interna (Almeida & Freire, 2008). Neste sentido, os itens do *Brief IPQ* foram analisados através do coeficiente alfa de Cronbach. O valor do alfa de Cronbach para o total do *Brief IPQ* é de 0.77, o que em termos de consistência interna é revelador de um valor aceitável ou razoável, situado acima do valor de 0.70 estimado por Pestana e Gageiro (2005). De forma a analisar a contribuição de cada um dos itens para o valor da consistência interna total dos itens do *Brief 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 através das correlações item-total corrigidas e do valor do alfa de Cronbach se o item for eliminado, que a exclusão de qualquer item do *Brief IPQ* não altera significativamente o valor do alfa de Cronbach para a escala total, como é o caso dos itens 3 e 7 que apenas alteram o valor do alfa de 0.77 para 0.78.

Tendo em conta o valor do alfa de Cronbach para o total do *Brief IPQ* (0.77) e, atendendo ao valor de referência sugerido por Pestana e Gageiro (>.70; 2005), apoiamos em termos de viabilidade a utilização deste

instrumento numa amostra angolana.

#### 4.3.2 Consistência Interna MAT

Tal como no *Brief IPQ*, o mesmo procedimento foi realizado com a MAT para medir a correlação existente entre os diferentes itens no mesmo questionário. 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 0.71, ou seja, um valor considerado satisfatório porque é próximo do critério de 0.70 proposto por Pestana e Gageiro (2005). De forma a analisar a contribuição de cada um dos itens para o valor da consistência interna total dos itens 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 através das correlações item-total corrigidas e do valor do alfa de Cronbach se o item for eliminado, que a exclusão de qualquer item da MAT não altera significativamente o valor do alfa de Cronbach para a escala total, como é o caso dos itens 1 (0.69) e 4 (0.71).

Com relação ao valor do alfa de Cronbach para o total do MAT (0.71) e, atendendo ao valor de referência sugerido por Pestana e Gageiro (>.70; 2005), em termos de consistência interna, podemos afirmar que a MAT mede de forma razoável o constructo que pretende medir, o que indica que é aplicável a uma amostra Angolana.

#### 4.4- Impacto das Variáveis Sociodemográficas e Familiares no Questionário de Crenças sobre a Doença (*Brief IPQ*) e na Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

No presente trabalho, procedeu-se à realização do teste *t-student* para amostras independentes para a variável sexo e *ANOVAS* para as variáveis faixa etária, estado civil, área de residência, etnia, nível de escolaridade e NSE para analisar o impacto destas variáveis sociodemográficas no resultado total do *Brief IPQ* e da MAT. Utilizou-se também a *ANOVA* para as variáveis familiares: etapa do ciclo vital da família e composição do agregado familiar.

##### 4.4.1 Impacto das Variáveis Sociodemográficas no Resultado Total do *Brief IPQ*

Para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre sujeitos do **sexo** feminino e masculino no resultado total do *Brief IPQ*, recorreu-se ao teste-*t* para amostras independentes. Os resultados apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas,  $t(91) = 2.13$ ,  $p = .036$ , como se pode verificar na Tabela 4.

Tabela 4.

*Diferenças no Brief IPQ: Variável sexo (teste t-student)*

Variável		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t(91)</i>	<i>P</i>
Sexo	Feminino	55	22.65	15.41	2.13	.036
	Masculino	44	29.43	16.02		



Conforme é possível verificar pela Tabela 5, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas no total do *Brief IPQ* relativamente às variáveis sociodemográficas: **faixa etária**,  $F(6,92) = 0.84$ ,  $p = .539$ ; estado **civil**,  $F(2,96) = 1.27$ ,  $p = .284$ ; **área de residência**,  $F(4,94) = 2.21$ ,  $p = .074$ ; **etnia**,  $F(5,93) = 1.59$ ,  $p = .170$ ; **nível de escolaridade**,  $F(4,94) = 0.73$ ,  $p = .573$  e, finalmente, **nível socioeconómico**  $F(2,96) = 0.86$ ,  $p = .426$ .

Tabela 5.

*Diferenças no Brief IPQ: Variáveis faixa etária, estado civil, área de residência, etnia, nível de escolaridade e NSE (ANOVA)*

Variável	N	M	DP	F	P	
Faixa etária	18-20	17	24.63	18.22	0.85	.539
	21-30	52	25.25	16.28		
	31-40	21	30.05	1.92		
	41-50	5	15.00	1.66		
	51-60	3	29.00	9.04		
	61-70	1	31.00	-		
	+ de 71	1	10.00	-		
Estado civil	Solteiro	52	24.63	16.41	1.27	.284
	Casado/União de fato	43	27.91	15.53		
	Viúvo	5	17.00	13.63		
Área de residência	Centro da cidade	18	18.61	17.30	2.21	.074
	Arredores da cidade	76	26.60	15.39		
	Aldeia/Quimbo	1	12.00	-		
	Comuna/Sede	4	40.00	8.41		
	Outros	1	39.00	-		
Etnia	Nhaneca	31	24.37	16.18	1.59	.170
	Umbundo	49	28.49	16.32		
	Quimbundo	1	36.00	-		
	Nganguela	6	24.00	9.84		
	Cuanhama	2	1.50	2.12		
	Outros	11	21.00	14.71		
Nível de escolaridade	Ensino primário (4 <sup>a</sup> ,5 <sup>a</sup> ,6 <sup>a</sup> )	9	28.22	13.00	0.73	.573
	1 <sup>o</sup> Ciclo (7 <sup>a</sup> ,8 <sup>a</sup> ,9 <sup>a</sup> )	34	25.76	17.40		
	2 <sup>o</sup> Ciclo (10 <sup>a</sup> ,11 <sup>a</sup> ,12 <sup>a</sup> )	45	24.05	15.81		
	Superior	11	31.18	14.50		
	Sem escolaridade	1	10.00	-		
NSE	Baixo	17	16,9	0.33	0.86	.426
	Médio	76	15,7	0.41		
	Elevado	7	17,5	0.51		

#### 4.4.2. Impacto das Variáveis Familiares no Resultado Total do *Brief IPQ*

Na Tabela 6 pode observar-se que não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas no resultado total do *Brief IPQ* relativamente à variável **etapa do ciclo vital da família**,  $F(5,93) = 0.432$ ,  $p = .826$ . Ao contrário, a variável **composição do agregado familiar** apresenta diferenças estatisticamente significativas  $F(2,96) = 0.413$ ,  $p = .019$  no total das crenças. Deste modo, é possível verificar que a composição do agregado familiar tem um impacto estatisticamente significativo nas crenças dos sujeitos sobre a doença. Ainda com relação à composição do agregado familiar o teste de *Bonferroni* permitiu identificar que as pessoas que têm no seu agregado mais de 10 pessoas têm uma média maior no *Brief IPQ* ( $M=39.7$ ,  $DP=12.0$ ), comparativamente aos sujeitos que vivem em agregados entre 1-5 elementos ( $M=23.7$ ,  $DP=16.4$ ) e os sujeitos que vivem em agregados entre 6-10 pessoas ( $M=25.0$ ,  $DP=14.7$ )

Tabela 6.

*Diferenças no total do Brief IPQ: Variáveis Etapa do ciclo vital e composição do agregado familiar (ANOVA)*

Variável		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Bonferroni</i>
Etapa ciclo vital	Formação do casal	2	30.0	4.24			
	Família filhos pequenos	15	26.7	14.6			
	Família filhos na escola	10	31.1	18.6			
	Família filhos adolescentes	15	22.4	14.8			
	Família filhos adultos	53	24.9	16.1			
	Outros	5	28.0	11.6			
Composição agregado familiar	1-5 pessoas	17	23.7	16.4	0.41*	.019	+ de 10 > 1-5 e 6-10
	6-10 pessoas	76	25.0	14.7			
	+ de 10	1	39.7	12.0			

\*  $p < .05$

#### 4.4.3 Impacto das Variáveis Sociodemográficas no Resultado Total da MAT.

Para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre sujeitos do **sexo** feminino e masculino no resultado total da MAT, recorreu-se ao teste-*t* para amostras independentes. Os resultados apontam para a inexistência de diferenças estatisticamente significativas,  $t(69) = -1.42$ ,  $p = .161$ , como se pode verificar na Tabela 7.

Tabela 7

*Diferenças no MAT: Variável sexo (teste t-student)*

Variável		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t(91)</i>	<i>P</i>
Sexo	Feminino	43	5,55	0.48	-1.42	.161
	Masculino	56	5,67	0.32		

O impacto das variáveis sociodemográficas e familiares nas crenças e na adesão ao tratamento: Estudo exploratório, numa amostra de doentes crónicos Angolanos. Manuela C.A. da Cunha (e-mail:cunhalfredo1980@hotmail.com) 2014

Conforme apresentado na Tabela 8, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas no total da MAT relativamente às variáveis sociodemográficas faixa **etária**,  $F(6,92) = 0.76$ ,  $p = .607$ ; estado **civil**,  $F(2,96) = 0.91$ ,  $p = .373$ ; **área de residência**,  $F(4,94) = 0.90$ ,  $p = .465$ ; **etnia**,  $F(5,93) = 0.73$ ,  $p = .603$ ; **nível de escolaridade**,  $F(4,94) = 0.764$ ,  $p = .551$  e finalmente **nível socioeconómico**  $F(2,96) = 0.11$ ,  $p = .333$ .

Tabela 8

*Diferenças no MAT: Variáveis faixa etária, estado civil, área de residência, etnia, nível de escolaridade e NSE (ANOVA)*

Variável		N	M	DP	F	P
Faixa etária	18-20	17	5.48	1.40	0.76	.607
	21-30	52	5.62	2.45		
	31-40	21	5.62	3.30		
	41-50	5	5.80	4.19		
	51-60	3	5.61	5.29		
	61-70	1	6.00	-		
	+ de 71	1	6.00	-		
Estado civil	Solteiro	52	5.57	0.49	0.91	.373
	Casado/União de fato	43	5.65	0.27		
	Viúvo	5	5.80	0.31		
Área de residência	Centro da cidade	18	5.53	0.61	0.90	.465
	Arredores da cidade	76	5.62	0.35		
	Aldeia/Quimbo	1	6.00	-		
	Comuna/Sede	4	5.89	0.21		
	Outros	1	5.42	-		
Etnia	Nhaneca	31	5.59	0.47	0.73	.603
	Umbundo	49	5.58	0.41		
	Quimbundo	1	5.28	-		
	Nganguela	6	5.73	0.23		
	Cuanhama	2	5.78	0.10		
	Outros	11	5.77	0.26		
Nível de escolaridade	Ensino Primário (4 <sup>a</sup> ,5 <sup>a</sup> ,6 <sup>a</sup> )	9	5.79	0.20	0.76	.551
	1 <sup>o</sup> Ciclo (7 <sup>a</sup> ,8 <sup>a</sup> ,9 <sup>a</sup> )	34	5.62	0.37		
	2 <sup>o</sup> Ciclo (10 <sup>a</sup> ,11 <sup>a</sup> ,12 <sup>a</sup> )	45	5.57	0.48		
	Superior	11	5.62	0.27		
	Sem escolaridade	1	6.00	-		

NSE	Baixo	17	16.9	0.33	0.11	.333
	Médio	76	15.7	0.41		
	Elevado	7	17.5	0.51		

#### 4.4.4. Impacto das Variáveis Familiares no Resultado Total da MAT

Na Tabela 9 pode observar-se que não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas no resultado total da MAT relativamente à variável **etapa do ciclo vital da família**,  $F(5,93) = 0.432$ ,  $p = .826$ . Pelo contrário, a variável **composição do agregado familiar** apresenta diferenças estatisticamente significativas  $F(2,96) = 0.413$ ,  $p = .019$ .

Tabela 9.

*Diferenças no total da MAT: Variáveis Etapa do ciclo vital e composição do agregado familiar (ANOVA)*

Variável		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>Bonferroni</i>
Etapa ciclo vital	Formação do casal	2	5.79	0.10			
	Família filhos pequenos	15	5.70	0.24			
	Família filhos na escola	10	5.51	0.34			
	Família filhos adolescentes	15	5.65	0.35			
	Família filhos adultos	53	5.61	0.41			
	Outros	5	5.51	0.93			
Composição agregado familiar	1-5 pessoas	53	5.69	5.70			
	6-10 pessoas	38	5.60	5.60	4.47*	.014	+ de 10 < 1-5
	+ de 10	9	5.27	5.27			

\*  $p < .05$

Foi então possível verificar que a composição do agregado familiar tem um impacto estatisticamente significativo na adesão aos tratamentos. Através do teste de *Bonferroni* foi possível concluir que os sujeitos que vivem em agregados com mais de 10 elementos apresentam uma menor média no resultado total da MAT ( $M = 5.27$ ,  $DP = 5.27$ ), o que indica uma menor adesão aos tratamentos, comparativamente aos sujeitos que vivem em agregados entre 1-5 pessoas ( $M = 5.69$ ,  $DP = 5.60$ ).

## V- Discussão

O presente trabalho pretende contribuir para a validação do Questionário de Crenças sobre a Doença e da Medida de Adesão aos Tratamentos para a população Angolana e, mais especificamente, estudar o impacto de variáveis sociodemográficas e de variáveis familiares nas crenças e na adesão ao tratamento, numa amostra de doentes crónicos angolanos. Primeiramente no momento de discussão deve fazer-se referência às características mais pertinentes da amostra, considerando que a amostra é constituída maioritariamente pelo sexo feminino (56%), a faixa etária mais representativa é dos 21 aos 30 anos (52%), 52% dos sujeitos são solteiros, 76% da amostra reside nos arredores da cidade ou bairros, quanto à etnia 49% são Umbundos, 26% têm o segundo ciclo de escolaridade e 76% têm um nível socioeconómico médio. Com relação ao agregado familiar 53% das famílias têm filhos adultos e o seu agregado é composto entre 1 a 5 pessoas (61,3%). O Instituto Nacional de Estatística (2012) revelou estatísticas que indicam haver mais mulheres (1.703.232) do que homens (1596.980) em toda a extensão da Província da Huíla (3.334.456 hab.) e que, relativamente, ao nível de escolaridade há mais técnicos médios (18.853.00) do que técnicos superiores (1.033.00).

Relativamente aos resultados da estatística descritiva, para o Brief IPQ o item que apresentou uma média mais elevada foi o item 4 “Até que ponto pensa que o seu tratamento pode ajudar na sua doença?”, o que pode indicar que os sujeitos que compõe a presente amostra, podem apresentar crenças mais ameaçadoras com relação ao tratamento da doença, ou seja, provavelmente as pessoas duvidam da eficácia do tratamento para a sua doença. Por outro lado, o item que menor média obteve foi o item 6 “Qual o grau de preocupação com a sua doença?”, o que por sua vez pode significar que os sujeitos com doença crónica, não se preocupam ou preocupam-se pouco com o facto de serem doentes, neste caso em particular com o facto de terem tuberculose.

No concernente à MAT o item que teve uma média mais elevada foi o item 4 “Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após ter-se sentido pior?”, o que quer dizer, que os sujeitos quando apresentam sintomas da doença não deixam de tomar os medicamentos por sua iniciativa, ou seja, apresentam uma maior adesão nessas circunstâncias. Por outro lado o item que menor média teve foi o item 2, «Alguma vez foi descuidado com as horas da toma da medicação?», o que pode indicar a existência de diversos fatores que levam o sujeito com doença crónica a algumas vezes descuidar-se com relação aos horários para tomar a medicação. Estas ideias são corroboradas por Gusmão e Mion (2006), que postularam que o paciente não é o único responsável pelo seu tratamento, pois existem outros fatores que afetam o seu comportamento e a capacidade de aderir o tratamento.

No que diz respeito à consistência interna, o coeficiente do alfa de Cronbach obtido, considerando a totalidade dos itens do *Brief IPQ* e da MAT, pontuam entre 0.77 e 0.71, respetivamente. Os valores do alfa de

Cronbach apresentados pelos dois instrumentos (*Brief IPQ* e *MAT*), em termos de consistência interna, são valores satisfatórios situados acima de do valor estimado por Pestana e Gageiro (2005).

Referindo-se ao impacto das variáveis sociodemográficas e familiares, importa salientar que para a variável sexo os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas no resultado total do *Brief IPQ*, ao contrário da *MAT*. O que quer dizer que o facto de ser do sexo feminino ou masculino parece ter influência nas crenças que o sujeito tem sobre a doença. Em particular, este estudo revelou que os homens têm crenças mais ameaçadoras sobre a doença quando comparados com as mulheres. As restantes variáveis sociodemográficas (estado civil, faixa etária, área de residência e etnia) não parecem ter um impacto nas crenças sobre a doença, nem sobre a adesão ao tratamento. Estes resultados parecem assim indicar que o facto de se ser de baixo ou elevado nível socioeconómico, de nível académico superior ou do 1º Ciclo, ser Cuanhama ou Umbundo, ter 18 ou 90 anos, não parece ter influência nas crenças que o sujeito tem sobre a doença crónica, nem sobre a adesão ao tratamento. Apesar de não existir uma diferença estatisticamente significativa, os sujeitos com o NSE baixo apresentaram uma média mais elevada nas crenças em relação ao NSE médio e elevado. Tendo em conta a realidade cultural de Angola, as pessoas acreditam mais nas forças sobrenaturais do que na realidade social e nos profissionais de saúde. De uma maneira geral, as pessoas com um baixo nível socioeconómico em Angola, tendo poucos recursos ficam limitadas com relação à informação sobre a doença crónica e, conseqüentemente, ao acesso aos serviços de saúde, o que vai implicar o surgimento de crenças mais ameaçadoras e de uma menor adesão ao tratamento.

O mesmo não acontece com a variável composição do agregado familiar que teve resultados estatisticamente significativos, tanto nos resultados do *Brief IPQ* como no *MAT*. Os resultados do *test Bonferroni* revelaram que os sujeitos que vivem em agregados com mais de dez pessoas, apresentaram uma média mais elevada no *Brief IPQ* em relação aos que vivem com um a cinco elementos e dos que vivem com seis a dez sujeitos, ou seja, os sujeitos que têm mais de dez pessoas no seu agregado têm crenças mais ameaçadoras, quando comparados com os sujeitos que têm um a cinco elementos no seu agregado e os que têm seis a dez elementos no agregado. Os resultados da *MAT* revelaram ainda que também os sujeitos que vivem no seu agregado com mais de dez elementos, apresentam uma menor adesão ao tratamento, em comparação com os sujeitos que vivem em agregados com uma a cinco pessoas.

## Conclusão

O presente trabalho visou investigar se as variáveis sociodemográficas e familiares tinham algum impacto nas crenças que os sujeitos Angolanos com doença crónica possuem sobre a doença e na sua adesão aos tratamentos. Também pretendíamos com esta investigação analisar o funcionamento dos itens do Questionário de Crenças sobre a Doença (*Brief IPQ*) e da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), bem como averiguar a consistência interna dos referidos instrumentos. Deste modo, esta investigação procurou contribuir para a validação do *Brief IPQ* e da MAT para que posteriormente possam vir a ser utilizados em Angola.

É pertinente realçar que independentemente deste estudo se ter pautado pelo rigor e precisão, encontramos algumas limitações na recolha da informação que podem comprometer os resultados apresentados e discutidos. A dificuldade dos sujeitos em responderem a alguns itens dos instrumentos, problemas do contexto, o baixo nível de escolaridade dos sujeitos e a indiferença dos mesmos diante de uma investigação tão pertinente para os doentes crónicos foram alguns dos motivos que dificultaram o desenvolvimento deste estudo. Outra limitação foi o facto de se utilizar uma amostra de conveniência, de uma só região (Lubango), e apenas com sujeitos com tuberculose, o que pode ter enviesado os resultados, no sentido de que a amostra selecionada não pode ser generalizada para o País todo, nem para outras doenças crónicas. A estratificação da amostra, bem como a aplicação do protocolo a sujeitos com diferentes doenças crónicas (e.g., diabetes, VIH, hipertensão arterial) poderia ter sido uma estratégia mais adequada no que diz respeito à recolha da amostra. O facto de alguns sujeitos não dominarem a língua portuguesa, mas sim a regional, foi mais uma das limitações encontradas no momento da recolha de dados.

É importante realçar que os objetivos desta investigação foram alcançados. Os resultados do presente estudo demonstraram ainda que os instrumentos que foram aplicados podem ser utilizados em amostras Angolanas pelo facto de terem sido obtidos valores de consistência interna satisfatórios. Sugere-se também que estudos futuros possam continuar a contribuir para a adaptação e validação do *Brief IPQ* e da MAT, recorrendo a amostras mais abrangentes e a diferentes contextos da doença crónica, tendo como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos Angolanos com doença crónica.

Outra conclusão importante do presente estudo diz respeito à pertinência das variáveis agregado familiar e sexo. Os resultados revelaram que as crenças sobre a doença de homens e mulheres são distintas, apresentando os homens crenças mais ameaçadoras e que as famílias com um maior número de elementos no seu agregado parecem ter também crenças mais ameaçadoras sobre a doença e ainda uma menor adesão aos tratamentos, o que nos dá pistas importantes sobre a intervenção médica e psicológica com estes sujeitos.

## Bibliografia

Aguiar, A.F.M. (2001). *Concepções de saúde e doença crónica. Um estudo utilizando a escrita como forma de comunicação* (Tese de Mestrado Integrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.

Costa, S.M., Sassi, R.A.M., Teixeira, T.P., Leivas, V.A., & Vaz, M.R.C (2007). Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e, fatores associados no município do rio grande. *Revista de Enfermagem*, 13, acessado em [http:// www.scielo.oces.mctes.pt](http://www.scielo.oces.mctes.pt).

Couto, A. (1998). O Modelo de Crenças de Saúde e a Teoria do Comportamento Planeado na Educação para a Saúde. Referência. *Revista de Educação em Enfermagem*. Coimbra. E.S.E. Dr Ângelo da Fonseca, vol.1, acessado em [http:// www.scielo.oces.mctes.pt](http://www.scielo.oces.mctes.pt)

Delgado, A.B & Lima, M. L. (2001). *Contributo para a validade concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos*. *Psicologia Saúde e Doença*, 2, acessado em <http://www.scielo.oces.mctes.pt>.

Gusmão J. L. e Mion Jr. D. (2006) Adesão ao tratamento – conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*. Vol.13 acessado em <http://www.scielo.oces.mctes.pt>.

Kurital, P.G. & Pimenta, M.A.C. (2004). Adesão ao tratamento da dor crónica e locus de controlo da saúde. *Revista da escola de enfermagem (USP)*, 38, acessado em doi: org/10.1590/S0080.

Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). *The Common Sense Representation of Illness Danger*. In S. Rachman (Ed.), *Medical Psychology*, 2, 7-30. New York: Acessado em [http:// www.Scielo.oces.mctes.pt](http://www.Scielo.oces.mctes.pt)

Leventhal, H., Nerenz, D.R., & Steele, D.J., (1984). *Illness representations and coping with health threats*. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.). *Handbook of psychology and health*, 4, New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers. Acessado em [http:// www.Scielo.oces.mctes.pt](http://www.Scielo.oces.mctes.pt)

Leventhal, H., & Cameron, L.(1987). *Behavioral theories and the problem of compliance*. *Patient Education and Counseling*, 10, acessado em



[http:// www.scielo.oces.mctes.pt](http://www.scielo.oces.mctes.pt).

Lima, T. M., Milward, M.M., & Soler, O. (2010). *Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima*, em Belém, Pará, *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 1. acedido em <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232010000200014>.

Magalhães, M.O., Costa, L. O.P., Ferreira, M.L. & Machado, L.A.C (2011). Testes climétricos de dois instrumentos que mensuram atitudes e crenças de profissionais de saúde sobre a dor lombar crónica. *Revista brasileira de fisioterapia*, 15. acedido em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552011000300012>.

Maneiro, C.S. D. (2011). *Considerações teóricas sobre crenças na avaliação da aprendizagem no ensino instrumental de língua estrangeira* Tese de mestrado. Universidade de Aveiro.

Mion, Jr. D. & Pierin, A. M.G. (1996). *Causas de baixa adesão ao tratamento e o perfil de pacientes hipertensos*. Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão, 5, 120.

Nogueira, G.S. (2012). *Adaptação e validação do Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ) para a cultura brasileira*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, B, Brasil.

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*, 12. acedido em <http://www.scielo.oces.mctes.pt>.

PAJARES, F. M.(1992) *Teachers' beliefs and educational research: cleaning up a messy construct*. *Review of Educational Research*, 62, acedido em <http:// Scholar.google.pt>

Wallander, J. L., (1988). Children with chronic physical disorders: Maternal reports of their psychological adjustment. *Journal of Pediatric Psychology*, 3(2), 197-212. acedido em <http://www.scielo.oces.mctes.pt>.