



2015

UC/FPCE

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Impacto das Variáveis Familiares na Adesão aos Tratamentos na
Malária, numa Amostra da Província da Huíla**

Arnadete Beatriz Mateus Elondo Manuel
(e-mail: arnadeth.elondo@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia, na área de Psicologia
Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Sistémica,
Saúde, e Família, sob a orientação da Dr^a Luciana Sotero e da
Dr.^a Gabriela Jorge

Impacto das Variáveis Familiares na Adesão aos Tratamentos na Malária numa Amostra da Província da Huíla

Resumo: A malária é uma das doenças crónicas mais incidentes no mundo, sendo reconhecida como um problema de saúde pública. A adesão ao tratamento é um conjunto de ações que incluem a toma de medicamentos, ter seguimento em consultas e adotar uma vida saudável. Este estudo pretende então analisar o impacto das variáveis familiares na adesão aos tratamentos na malária. Para o efeito, utilizou-se um questionário sociodemográfico e a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT). O instrumento revelou uma boa consistência interna, sendo o coeficiente do alfa de *Cronbach* de .79. Esta investigação foi desenvolvida numa amostra constituída por 50 indivíduos com malária. Os resultados deste estudo revelaram que não parece haver um impacto significativo das variáveis familiares nos resultados da MAT. Em conclusão, e apesar do cariz exploratório desta investigação, julga-se pertinente desenvolver estudos futuros acerca do impacto de outras variáveis familiares na adesão aos tratamentos, dado que estes se constituem um aspeto importante da intervenção e compreensão desta problemática.

Palavras-Chave: Adesão ao tratamento; Malária; Variáveis Familiares; Angola

Impact of Family Variables in Treatment Adherence in Malaria in a Sample of Huila Province

Abstrat: Malaria is a chronic disease more incidents in the world and is recognized as a public health problem. Adherence to treatment is a set of actions that include taking medications, have follow-up consultations and adopt a healthier lifestyle. This study will then examine the impact of family variables on treatment adherence in malaria. For this goal, we used a sociodemographic questionnaire and the Accession measure to treatment (MAT). The instrument showed good internal consistency, and the Cronbach alpha coefficient de .79. This research was developed in a sample of 50 individuals with malaria. The results of this study revealed that there seems to be a significant impact of family variables in the results of the MAT. In conclusion, despite the exploratory nature of this investigation, it is thought appropriate to develop future studies on the impact of other family variables on treatment adherence, as these constitute an important aspect of the intervention and understanding of this issue.

Keywords: Treatment adherence; malaria; Family variables; Angola

Agradecimentos

É oportuno endereçar os meus sinceros agradecimentos, em primeiro lugar a Deus por me conceder saúde e chegar ao fim deste projeto.

Aos professores da Universidade de Coimbra, em particular os professores da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, nomeadamente à Professora Doutora Ana Paula Relvas e ao Professor Doutor José Tomás, pelo profissionalismo e disponibilidade.

À directora do Instituto Superior Politécnico Tundavala, Professora Doutora Margarida Ventura.

À Dr.^a Luciana Sotero e à Dr.^a Gabriela Jorge pela orientação e apoio, o seu profissionalismo faz-me terminar este projeto com um sentimento de satisfação.

Ao Programa Nacional da Luta Contra a Malária, em Benguela pelo apoio, particularmente o Dr. Mawete.

Agradeço ao Dr. Jorge Crisóstomo por me ter dispensado para realizar este mestrado e ao Dr. Mário Jorge.

Aos meus colegas que de um modo incansável, desde o estágio até ao fim do trabalho da tese, me proporcionaram todo o apoio científico levantando questões, discutindo sempre os principais problemas e ajudando a perspetivar novas experiências. Especialmente ao Sérgio, à Adimilda, à Teresa, o Kupessala, à Amélia, à Elsa o Kawidima Sachidele e ao Daniel.

Às colegas, em Coimbra, que na reta final prestaram apoio e dispensaram tempo para ajudar a fazer os últimos acertos deste trabalho, Tânia e Dulcineia.

À minha família e aos meus filhos que estiveram sempre comigo nesta longa caminhada, transmitindo-me sempre o seu carinho e palavras motivadoras.

Ao meu querido Esposo, José Manuel pelo apoio incondicional, nesta caminhada e pelo amor e pelo carinho.

Agradeço a todos os que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste trabalho, endereço o meu muito obrigado.

Índice

Introdução	1
I. Enquadramento conceptual	2
1.1. Malária.....	2
1.1.1 Etiologia.....	2
1.1.2 Epidemiologia.....	2
1.1.3 Manifestações da doença.....	3
1.1.4 Tratamento.....	4
1.2 Adesão ao Tratamento.....	4
1.3 Influência das variáveis familiares na adesão ao tratamento.....	6
II. Objetivos	7
III. Metodologia	7
3.1. Procedimentos de recolha da amostra.....	7
3.2. Caracterização da amostra.....	7
3.3. Instrumentos.....	10
3.3.1. Questionário de dados sociodemográficos.....	10
3.3.2. Medidas de Adesão ao Tratamento – MAT.....	10
3.4. Análise estatística.....	10
IV. Resultados	11
4.1. Estudo de precisão: Consistência Interna da MAT.....	11
4.2. Estatística Descritiva dos itens da MAT.....	11
4.3. Influência das variáveis familiares no resultado da MAT.....	12
V. Discussão	14
VI. Conclusões	16
VII. Bibliografia	17
VIII. Anexos	18

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra: variáveis sociodemográficas e familiares.....	9
Tabela 2. Consistência interna dos itens e do total da MAT.....	11
Tabela 3. Estatística descritiva dos itens da MAT.....	12
Tabela 4. Influência da composição do agregado familiar na MAT (Teste <i>t-student</i>).....	12
Tabela 5. Impacto da etapa do ciclo vital da família na MAT (ANOVA).....	13

Introdução

A malária é considerada uma das doenças crónicas mais incidentes no mundo, sendo reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um problema de saúde pública que atinge cerca de 90 países (Almeida et al., 2013). A mesma fonte refere que em 2009, 225 milhões de pessoas contraíram malária no mundo, com 781 mil evoluindo para óbito nesse ano. De acordo com a OMS, 90% das mortes ocorrem na África Subsariana, onde a doença é a principal causa de morte em crianças menores de 5 anos de idade (Kumar, Abbas, & Fausto, 2005).

No contexto angolano, a malária representa a primeira causa de morte e absentismo laboral, sendo as suas principais vítimas as crianças menores de 5 anos e as mulheres grávidas, tendo um impacto negativo sobre a saúde das populações, tornando-as também mais pobres (Fortes, Monteiro, Nascimento, & Campos, 2009).

A adesão ao tratamento é entendida como uma implicação ativa e de colaboração voluntária do paciente no curso de um comportamento aceitado de mútuo acordo, com fim de produzir o resultado terapêutico desejado. Visto ainda em sentido geral, como o processo através do qual o paciente leva cabo as indicações do médico, tendo em conta as características da sua enfermidade, do regime terapêutico que segue, da relação que estabelece com o profissional de saúde e das suas características psicológicas e sociais (Alfonso, Agramonte & Vera, 2003).

Na sequência do trabalho de Longuenda (2014) sobre crenças acerca da doença e a adesão ao tratamento em doentes angolanos com malária residentes no Lubango e, mais especificamente, no impacto de certas variáveis sociodemográficas (sexo, estado civil, nível socioeconómico, escolaridade) na adesão ao tratamento desses doentes, este estudo pretende estudar a influência das variáveis familiares, e composição etapa do ciclo vital, na adesão ao tratamento (e.g., composição do agregado familiar) com a adesão ao tratamento, recorrendo, para tal, à amostra do estudo mencionado. Este trabalho assume-me importante atendendo à grande expressão desta doença em Angola.

O trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma: inicia-se com o enquadramento teórico onde abordamos a temática malária, adesão ao tratamento e a influência das variáveis familiares na malária. Seguem-se os objectivos do estudo, a metodologia onde são descritos os processos de amostragem, instrumentos utilizados e tratamento estatístico dos dados, seguidos da apresentação e discussão dos resultados e das conclusões. Por fim, são referenciadas as obras que serviram de apoio a esta pesquisa.

I- Enquadramento conceptual

1.1. A Malária

A palavra malária surgiu no século XVII, no italiano medieval, com o significado de “mau ar” – naquele tempo, o agente etiológico não tinha sido descoberto e a doença era associada ao mau cheiro vindo dos pântanos (Cox, 2002 cit in Rocha, 2008). De acordo com Stanhope e Lancaster (2013), a doença é provocada pelo parasita *plasmodium*, transmitido pelo sangue. A malária é uma doença potencialmente fatal caracterizada por ciclos reguladores, de febre e calafrios. A transmissão dá-se através da picada da fêmea do mosquito *Anófeles*, infetada por *plasmódio* (Stanhope & Lancaster, 2013). No entanto, também pode ser transmitida pela partilha de seringas, transfusão de sangue ou até mesmo da mãe para o feto, na gravidez (Tauil, 2002). Nos últimos dois anos, segundo o Ministério de Saúde (2013), verificou-se uma redução gradual na incidência da doença na ordem de 400 mil casos no território nacional.

1.1.1. Etiologia

Quando se dá a transmissão, por picada de mosquito, a espécie absorve o sangue humano para o desenvolvimento ovular, libertando as formas infectantes de esporozoítos, que se encontram nas glândulas salivares, para a corrente sanguínea, onde mais tarde se instalam no fígado humano, local onde se desenvolve a malária (Kumar et al., 2005; Rocha, 2008).

Existem quatro espécies do género *plasmódios* responsáveis pelo aparecimento da doença em seres humanos: *plasmódio vivax* (período de incubação entre 10 a 21 dias); *plasmódio falciparum* (período de incubação entre 7 a 20 dias); *psamódio malariae* (período de incubação entre 21 a 42 dias); *plasmodium ovale* (período de incubação entre 10 a 21 dias), sendo que começam a surgir também infeções com o parasita da “malária macaco”, *plasmódio Knowlesi*. Em Angola, o *plasmódio falciparum* é a espécie mais vulgar e frequentemente a responsável pela malária e consequentes mortes (Fortes et al., 2009). Esta doença pode ser diagnosticada, de maneira confiável, apenas por técnicas moleculares (Braunwald et al., 2013).

1.1.2. Epidemiologia

A malária ocorre na maioria das regiões tropicais do mundo. Enquanto o *plasmódio falciparum* predomina em África, principalmente na Nova Guiné e Hispaniola (isto é, República Dominicana e Haiti), a espécie *vivax* é mais comum na América Central. A prevalência dessas duas espécies é aproximadamente igual na América do Sul e no subcontinente indiano. Já a espécie *malariae* encontra-se na maioria das áreas endémicas, especialmente por toda África subsaariana- O *plasmódio ovale* é relativamente incomum fora da África, sendo responsável por 1% dos casos isolados (Braunwald et al., 2013).

Em Angola, a malária afeta todo o país e todas as faixas etárias (Fortes et al., 2009). No entanto, as crianças menores de 5 anos e as mulheres grávidas são os

grupos mais vulneráveis, conforme já foi referido. A demanda nas unidades periféricas por síndrome febril suspeito de malária é de 55%, e as taxas de letalidade por casos graves e/complicados nos hospitais podem apresentar variações de 15 a 35% (Fortes et al., 2009). Em particular nas províncias do Cunene, Huila, Cuando Cubango e Namibe, a doença agrava-se durante a estação das chuvas, isto é, principalmente nos meses de janeiro e maio (Longuenda, 2014). A malária tem um impacto negativo sobre estas populações, bem como sobre o desenvolvimento social das mesmas, tornando-as mais pobres (OMS, 2013). Recentemente está a ser implementado um projeto de cooperação (Angola & Cuba, 2010-PNCM) na luta anti larvar e controlo de roedores, com formação de equipas em todos os níveis, até comunitários (Cuamba et al., 2006). A malária ainda constitui um problema. Nos últimos anos, as autoridades angolanas registaram uma diminuição de número de casos e houve melhorias na prevenção e tratamento. Pode ter contribuído para tal: o aumento gradual da distribuição de redes mosquiteiras pelo país e o acesso gratuito a novos medicamentos para tratamento da doença transmitida do mosquito anófeles (Fortes, 2013). De acordo com Rocha (2008), vários estudos têm demonstrado que a transmissão da malária geralmente está associada aos seguintes fatores de risco:

a) Biológico, pela presença de alta densidade de mosquitos que provocam uma forma mais agressiva de malária como: o *plasmodium falciparum* e o *plasmodium vivax* e outros que provocam reações menos agressivas como o *plasmodium malarie* e o *plasmodium ovalem*;

b) Geográficos, pela prevalência de baixa atitude, alta temperatura em unidade relativa do ar e alto índice pluviométrico;

c) Ecológico, como a cobertura florestal favorável à proliferação de vetor, os desmantelamentos e a construção de hidrelétricas;

d) Sociais, com população residindo em casas com paredes em apenas uma das laterais e trabalhando dentro da mata e suas proximidades.

1.1.3. Manifestações da Doença

As manifestações da doença são iguais em todas as espécies da malária, sendo, inicialmente, semelhantes aos sintomas da gripe. Os sintomas caracterizam-se por episódios de calafrios, dor de cabeça, febre, dores articulares, vômitos, anemia hemolítica, icterícia hemolítica, hemoglobina na urina, lesões na retina e convulsões (Ferreira, 1996)

A malária é classificada como: malária não-complicada e malária grave ou complicada. A malária não complicada é evidenciada pela febre intermitente, calafrio, cefaleias e sudorese. O paciente pode apresentar os seguintes sintomas: astenia, náuseas vômitos, palidez, diarreia, dor abdominal, dor nas articulações, lombalgia, dispneia, tosse, tonturas e icterícias (Ministério de Saúde, 2006). Na investigação realizada por Baptista (2012), a febre é um sintoma característico, o qual pode ocorrer no período de 48 horas, durante o dia fica apirético nas 24 horas seguintes dependendo da espécie do plasmodium, pode-se verificar hepatomegalia, esplenomegalia, icterícia e anemia leve.

A malária complicada, também denominada como malária grave, é uma doença causada por um protozoário da classe *Sporozoa*, família *Plasmodiidae*, gênero *Plasmodium* e espécie *Plasmodium falciparum*, que se caracteriza pela

ocorrência de alterações da consciência, crises convulsivas, estado de coma, insuficiência renal, hipoglicemia, anemia severa ou grave, edema pulmonar ou ainda por distúrbios hidroeletrólíticos (Gomes et al. 2011; Ribeiro et al., 2013; Rocha, 2008). A malária cerebral ou neuropaludismo é a forma relativamente mais comum de malária complicada que acomete o sistema nervoso central (SNC) e se define pela presença de convulsões e coma, representando a principal causa de morte em cerca de 10-50% por malária complicada (Gomes et al., 2011). Próximo de 7% de crianças que sobrevivem ao neuropaludismo têm como consequências problemas neurológicos permanentes (Holding, 1999). É consensual entre vários autores que a malária complicada provocada pelo *falciparum* ocorre com maior incidência no continente africano, mais concretamente nos países localizados a sul do deserto do Saara (Fortes et al., 2006; Gaspar, 2008; Gomes et al. 2011) e de Língua Oficial Portuguesa, atingindo essencialmente indivíduos em idade activos do sexo masculino (Castro, Cardoso, Queirós & Gonçalves, 2004).

1.1.4. Tratamento

A OMS (2010, *cit in* Souza, 2012) recomenda que, antes do tratamento, se confirme o diagnóstico dos pacientes com suspeita de malária por meio de exames parasitológicos por microscópios ou de testes rápidos de diagnósticos (*rapid diagnostic test- RDts*).

Segundo Kremsner & Krishna (2004), o fator principal para diminuir a mortalidade e a morbidade relacionada com a malária é a tomada de decisão para o tratamento adequado de um paciente, o qual deve ser informado sobre a gravidade da doença, a espécie do *plasmódio*, sendo que também é importante atender à idade do paciente, histórico de exposição anterior à infeção e a suscetibilidade dos parasitas.

No país angolano, recomenda-se, a partir dos estudos já realizados, a toma dos seguintes medicamentos de primeira linha: Coartem e Lumefantrina e Artemether nos casos de malária simples e o cloridrato de Quinino endovenoso e como alternativo o Artemeter intramuscular, nos casos de malária complicada (Fortes et al., 2009). O Coartem é considerado um medicamento eficaz de acordo com o Ministério de Saúde, que aprovou novos testes (Bioline) para o combate da malária no organismo humano com 90% de sensibilidade (Ministério de Saúde, 2014). Em 1997, foi descoberta uma vacina, mas os resultados foram inconsistentes. Em agosto de 2013, anunciou-se uma vacina em estudo com uma eficácia de 100% (OMS, *cit in* Sousa, 2012).

1.2. Adesão ao tratamento

Para a OMS (2010, *cit in* Souza, 2012) a adesão ao tratamento é um conjunto de ações que incluem a toma de medicamentos, ter seguimento em consultas, e adotar uma vida saudável. Segundo Delgado e Lima (2001), podemos definir adesão aos tratamentos como "o grau de concordância entre as recomendações do prestador de cuidados de saúde e o comportamento do paciente relativamente ao regime terapêutico proposto" (p. 82).

No ponto de vista de Ribeiro (2005), a adesão é o termo cúmplice, que quer dizer obediência, é um conceito médico em que o utente assume o papel de decidir o

que é ou não adequado, dando instruções que apenas vai cumprir.

Segundo Gusmão e colaboradores (2009), a adesão varia de acordo com a fonte utilizada mas, de modo geral, significa o grau de concordância entre a orientação recebida (em relação à frequência de consultas, aos cuidados, à terapia não medicamentosa e medicamentos) e a conduta do paciente. O grau de adesão também pode ser avaliado e tem como extremo o abandono do seguimento. De acordo com Silveira e Ribeiro (2005), a adesão ao tratamento prescrito é um processo no qual os sujeitos estão em contato com uma variedade de fatores que influenciam a sua continuidade ou a descontinuidade. Inclui fatores terapêuticos e educativos relacionados com os pacientes, como o conhecimento e a aceitação das suas condições de saúde, adaptação ativa a estas condições, identificação de fatores de risco no estilo de vida, cultivo de hábitos e atitudes promotoras de boa qualidade de vida e desenvolvimento da consciência para o autocuidado, bem como o conhecimento da doença e do tratamento. Estão também incluídos fatores relacionados com o profissional, com a promoção de ações de saúde centradas na pessoa, orientação, informação, adequação dos esquemas terapêuticos ao estilo de vida do paciente, esclarecimentos, suporte social e emocional.

Outro aspeto que se deve ter em conta é a motivação do paciente pela saúde, as características dos seus processos cognitivos, especialmente a memória e das redes de apoio social com que conta para incrementar a execução das prescrições terapêuticas, a incentivar o doente a manter o regime médico e a executar as ações necessárias para voltar à vida normal. (Moreta, 2010). Este incentivo pode provir da família, dos amigos ou de grupos de auto-ajuda (Moreta, 2010). Assim como a adesão ao tratamento influencia a qualidade de vida dos doentes, e a qualidade dos serviços de saúde, também esta é afetada por uma multiplicidade de fatores intrínsecos ou extrínsecos ao doente. Esses fatores determinam a atitude do doente perante o tratamento proposto (Páscoa, 2010). Bugalho e Carneiro (2004) referem que a adesão ao tratamento é um problema de etiologia multifatorial, e que ocorre em todas as situações em que existe autoadministração de um tratamento, muitas vezes independentemente do tipo de doença, qualidade e/ou acessibilidade aos recursos de saúde. Deste modo, o nível de adesão está dependente de um conjunto de fatores que afetam o indivíduo, contribuindo para uma menor adesão às recomendações de tratamento em relação à sua doença (Cabral & Silva, 2010).

De acordo com a OMS, a não-adesão é considerada como um “problema mundial de magnitude impressionante”; nos países desenvolvidos, a taxa de adesão ao tratamento nos doentes crónicos é 50%, sendo mais baixa nos países em desenvolvimento (OMS, 2003). Por sua vez, DiMatteo (2004 *cit. in.* OE, 2009) a partir de uma investigação quantitativa sobre adesão, verificou que em média 24% dos doentes não aderem às recomendações do tratamento por motivos variados. Assim a adesão torna-se um problema a ser tido em causa, procurando obter-se cuidados de saúde de qualidade e uma contenção de custos e maior efetividade nos recursos existentes (Remor, 2002). Para Reis (2012), a adesão ao tratamento resulta de uma decisão racional assumida pelo indivíduo e que é fortemente influenciada pelas crenças das pessoas em relação às consequências de cumprir ou não esse tratamento. Estas crenças podem ser normativas ou transmitidas pela família e amigos, ou ainda relativas aos conhecimentos do mesmo sobre a doença. Tem-se verificado ainda que os indivíduos são mais propensos à adesão aos regimes

terapêuticos quando reconhecem que têm responsabilidades na sua saúde e que os seus comportamentos lhe poderão trazer benefícios (Margalho et al., 2007). Assim, considera-se importante a motivação inicial, sendo considerada como um dos mais fortes preditores de adesão (Ventura, 2006).

1.3. Influência das variáveis familiares na adesão ao tratamento

O aparecimento de uma doença, em alguns membros da família pode representar um sério problema, tanto no seu funcionamento como na sua composição. Pode mesmo conduzir a uma crise, dada a desorganização que se produz, pondo em risco o bem-estar e o funcionamento do sistema familiar, bem como o próprio doente. Para se adaptar a esta nova situação, a família põe em marcha mecanismos de adaptação que lhe permitem seguir funcionando. As mudanças não seguem um caminho específico e são influenciadas pelas próprias características familiares, tais como: a etapa do ciclo vital, o momento da vida do paciente, o grau de solidez da família, o nível socioeconómico, a história familiar, entre outros (Fernandez, 2002).

Segundo Danello (2006), a preocupação da família com o doente contribui para cumprir com as doses, horários e lidar com possíveis reações adversas. Ou seja, o apoio social e a família ajudam a converter as intenções em ações. Em relação às variáveis sociodemográficas, ou seja, aos fatores inerentes ao doente, como sexo, idade, grau de escolaridade, estado civil e classe social apresentam efeitos diversos sobre a adesão (Machado, 2009, *cit in* Antunes 2011).

O apoio e a colaboração da família são vitais para assegurar um bom ambiente para o doente e o trabalho terapêutico. Com uma atmosfera familiar adversa, repleta de expressões de angústia, dúvidas e culpa, qualquer trabalho terapêutico está dificultado. Esta colaboração também é necessária para potenciar a capacidade da família para: a) antecipar e resolver os problemas da situação do doente, b) manter expectativas razoáveis para o funcionamento do doente, e c) facilitar o cumprimento do plano terapêutico. A colaboração da família é ainda importante para vigiar o estado patológico do paciente (Jamil, 2011). Para Gonzalez (2011), os pacientes que têm um apoio social e familiar adequado apresentam menos problemas na aceitação da doença e no cumprimento do tratamento. Deste modo, o apoio social, especificamente o familiar, constitui-se como um fator de proteção que permite estabelecer melhores prognósticos nos perfis de adesão aos tratamentos. A mudança de comportamentos ao nível da adesão, não só depende do doente, como também do apoio que recebe. Neste sentido, Gonzalez (2011) descreve a família como a principal fonte de apoio social, dando apoio instrumental, afetivo e emocional, pelo que a sua influência é importante durante o curso do processo terapêutico.

II – Objetivos

Na continuidade e com vista ao aprofundamento da investigação desenvolvida por Longuenda (2014), sobre o papel das crenças na adesão ao tratamento em doentes Angolanos com malária, a presente investigação tem como objetivo geral analisar o impacto das variáveis familiares na adesão aos tratamentos na malária. Para concretizar este objetivo geral foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- 1) Analisar a consistência interna dos itens da Medida de Adesão aos Tratamentos;
- 2) Analisar o funcionamento dos itens da Medida de Adesão aos Tratamentos (estatística descritiva: média, moda, desvio padrão, assimetria, curtose e amplitude);
- 3) Averiguar se a adesão ao tratamento na malária varia de acordo com variáveis familiares, nomeadamente com a etapa do ciclo vital e com a composição familiar.

III – Metodologia

Na metodologia pretende-se descrever os procedimentos de seleção e recolha da amostra, caracterizar a amostra do estudo, apresentar os instrumentos que foram utilizados, bem como indicar as análises estatísticas efetuadas.

3.1. Procedimentos de recolha da amostra

No estudo feito foram tidos em conta alguns critérios de seleção para constituição da amostra, nomeadamente: a) ter 18 anos ou mais, b) ser Angolano, c) ter um diagnóstico de malária.

A amostra de conveniência 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.

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 (1^a, 2^a, 3^a, 4^a, 5^a e 6^a classe), 1^o Ciclo (7^a, 8^a, e 9^a classe), 2^o Ciclo (10^a, 11^a e 12^a classe) e Ensino Superior (Licenciados e Mestres). Finalmente, a variável composição do agregado familiar ficou organizada em duas categorias: 1-5 e 6-10 elementos do agregado familiar.

3.2. Caracterização da Amostra

Relativamente à caracterização da amostra, 32 sujeitos (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 ($DP=9.32$). 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 Aldeias ou Quimbos. Quanto aos grupos étnicos, 58% são Umbundos e 24% Nhanecas. No que tange ao nível de escolaridade, 18% têm o 12º ano e 12% têm o nível Superior.

Para determinar o nível socioeconómico (NSE) da amostra, procedeu-se à análise de algumas variáveis, tais como: a existência de casa de banho, algumas características de conforto, como os eletrodomésticos, e principal a fonte de rendimento da família, estabelecendo-se a seguinte pontuação: resultado total entre 1 a 10 correspondente a uma família com baixo NSE, 11 a 12 para uma família com NSE médio e 16 a 20, nos casos de famílias com NSE elevado. Desta forma, a maior parte da amostra é do nível socioeconómico médio (56%).

Relativamente à caracterização familiar, constatou-se que para esta amostra 36% são famílias com filhos adultos e 24% são famílias com filhos pequenos. No que respeita à composição do agregado familiar, 70% dos sujeitos vivem em famílias compostas por 1 a 5 pessoas e 30% vivem em famílias compostas por mais de 6 a 10 pessoas.

Tabela 1.
Caracterização da Amostra: Variáveis Sociodemográficas e Familiares

Variáveis		<i>N</i>	%
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 familiar Agregado familiar	1-5	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

3.3. Instrumentos

Para a obtenção dos dados foi solicitado o Consentimento Informado (cf. Anexo 1) como exigência ética da pesquisa, dado que é o necessário que os participantes dêem o seu consentimento para participar do estudo. Depois de obtido o consentimento, utilizou-se um Questionário de Dados Sociodemográficos e a Medida de Adesão aos tratamentos (MAT).

3.3.1. Questionário de Dados Sociodemográficos

Foi construído para a recolha de dados importantes para a caracterização sociodemográfica da amostra, como sendo: sexo, idade, estado civil, área de residência, etnia, nível de escolaridade nível e socioeconómico. Este questionário, também foi utilizado para obter informações sobre a família, tais como: a etapa do ciclo vital e a composição do agregado familiar (cf. Anexo 2).

3.3.2. Medidas de Adesão ao Tratamentos (MAT)

A MAT é um instrumento constituído por sete itens (cf. Anexo 3), cuja graduação de respostas na escala de *Likert* varia de 1 (*sempre*) a 6 (nunca). Não existe nenhum item de forma invertida. Este instrumento pretende medir o grau de adesão aos tratamentos. A soma dos valores obtidos em cada item corresponde à adesão ao tratamento. Com relação à interpretação da cotação, os valores mais baixos indicam pior adesão aos tratamentos, enquanto os valores mais elevados correspondem a uma melhor adesão aos tratamentos. Assim, entende-se que quanto maior a pontuação (resultado), maior o nível de adesão ao tratamento. No presente estudo foi utilizada a versão adaptada por Delgado e Lima (2001).

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 22.0). Seguidamente, procederam às seguintes análises estatísticas: a) análise da consistência interna (alfa de *cronbach*) da MAT, b) estatística descritiva dos itens da MAT, c) análise do impacto das variáveis familiares no resultado total da MAT, através do teste *t de student* para amostras independentes, no caso da composição do agregado familiar, e ANOVA para a etapa do ciclo vital da família.

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 a 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 da alfa de Cronbach para a escala total, sendo a maior variação a este nível verificada para o item 3 “Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se sentir melhor?” ($\alpha=.80$) e o item 5 “Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?” ($\alpha=.80$).

Tabela 2.

Consistência interna dos itens e do total do MAT

Itens	<i>r</i> item-total (corrigido)	Alfa de Cronbach (corrigido)
1	0.40	0.78
2	0.75	0.71
3	0.32	0.80
4	0.61	0.76
5	0.28	0.80
6	0.71	0.72
7	0.66	0.74

4.2 – Estatísticas Descritivas dos Itens da MAT

Para se obter uma caracterização do funcionamento dos itens da MAT, procedeu-se ao estudo das estatísticas descritivas de tendência central e de dispersão de cada um dos 7 itens do referido instrumento. Neste sentido, na tabela 3 pode observar-se a média, o desvio padrão, a moda, a amplitude, a curtose e a simetria para cada um dos itens da MAT. Verifica-se assim que nenhum dos itens pontua em toda a amplitude da escala e que todos os itens pontuam entre 4 e 6. O item que apresenta uma média mais elevada ($M=5.92$; $DP=0.34$) corresponde ao item 4 “Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior”? Ao contrário, o item que obteve uma média mais baixa ($M=5.60$; $DP=0.78$) foi o item 2 “Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?”.

Quanto à moda, o valor mais frequente foi o 6 (“Nunca”). Relativamente à assimetria (grau de desvio da assimetria), todos os itens apresentam valores negativos, com exceção do item 2 (assimetria=1.54). 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=22.60).

Tabela 3.

Estatística Descritiva dos Itens da MAT

Itens	Média	Moda	Desvio-padrão	Assimetria	Curtose	Amplitude
1	5.90	6	0.42	-4.24	17.29	4-6
2	5.60	6	0.78	1.54	0.51	4-6
3	5.86	6	0.50	-3.47	10.79	4-6
4	5.92	6	0.34	-4.64	22.60	4-6
5	5.88	6	0.44	-3.76	13.65	4-6
6	5.78	6	0.58	-2.54	5.14	4-6
7	5.86	6	0.50	-3.47	10.79	4-6

4.3 – Influência das Variáveis Familiares no Resultado da MAT

No presente trabalho, procedeu-se à realização da ANOVA para analisar a influência da etapa do ciclo vital na adesão ao tratamento dos sujeitos com malária. Relativamente à composição familiar, foi utilizado o *t-student* para amostras independentes, com o objetivo de averiguar o impacto desta variável na adesão ao tratamento de doentes com malária.

Na *tabela 4* pode observar-se que não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas no resultado total da MAT, relativamente à variável etapa do ciclo vital da família, $F(4,45) = 1.151$, $p = .345$.

Tabela 4.

Influência da Composição do Agregado Familiar na MAT (teste *t-Student*)

Variável		N	M	DP	t(47)	p
Agregado Familiar	1-5	27	5.86	.35	.63	.535
	6-10	23	5.80	.34		

Relativamente à variável composição do agregado familiar, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas $t(47) = 0.63$, $p = .54$, conforme é possível verificar no quadro 5.

Tabela 5.

Impacto da Etapa do Ciclo Vital da Família na MAT (ANOVA)

Variável		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Etapa ciclo vital	Família filhos pequenos	12	5.73	.51	1.15	.345
	Família filhos na escola	8	5.95	.11		
	Família filhos adolescentes	8	5.96	.10		
	Família filhos adultos	18	5.75	.38		
	Outros	4	5.96	.07		

V- Discussão

O presente trabalho pretende analisar o impacto das variáveis familiares na adesão ao tratamento da malária, em doentes que residem no Lubango. Mais especificamente, averiguar se a adesão ao tratamento varia de acordo com a composição do agregado familiar e a etapa do ciclo vital da família. Este trabalho procura ainda contribuir para a validação da Medida da Adesão ao Tratamento (MAT) para a população Angolana.

Primeiramente importa fazer referência às características da amostra, a qual é constituída maioritariamente por sujeitos do sexo masculino (64%), na faixa etária dos 18 aos 49 anos de idade, casados (46%), com o nível de escolaridade até ao 12º ano/2º ciclo (36%), residentes nos arredores da cidade (76%), pertencentes à etnia *Umbundus* (58%), e com um NSE médio (56%). Em relação à família, encontram-se essencialmente na última etapa do ciclo vital, ou seja, têm filhos adultos (36%), e o seu agregado é composto entre 1 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). Porém, os nossos resultados apontam a supremacia do género masculino, provavelmente por terem sido mais os jovens do sexo masculino a aderirem ao estudo realizado. O que é certo é que no contexto da província da Huíla existem mais indivíduos do sexo feminino, comparativamente aos do sexo masculino, apesar dos resultados do presente estudo demonstrarem o contrário. 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, os resultados do presente estudo reforçam e corroboram os dados apresentados pelo INE, na medida em que a maior parte dos sujeitos da amostra concluíram o ensino médio de escolaridade, sendo portanto na sua maioria técnicos médios.

No que diz respeito à consistência interna da MAT, o coeficiente do alfa de *Cronbach* obtido, considerando a totalidade dos itens do MAT, é de .79, indicando assim uma boa consistência interna, próxima do valor obtido (.80) nos estudos de Mendes (2011) e nos estudos (.93) de Pereira (2011). Este resultado é indicador de uma boa consistência interna, sendo um valor satisfatório situado acima do valor estipulado por Pestana e Gageiro (2003). Assim, este resultado parece-nos satisfatório na medida em que a maioria dos itens da escala se mostraram compatíveis e adaptados ao contexto Angolano, em particular na província da Huíla. Contudo, a utilização de uma determinada escala requer para esse efeito estudos de validação da mesma para o contexto em que se pretende implementá-la, o que se verifica mediante a análise de consistência interna dos seus itens.

Relativamente à análise descritiva dos itens da MAT, importa salientar que 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 teve menor média 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 se descuidarem 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.

O presente estudo também nos permite concluir que a adesão ao tratamento na malária não varia de acordo com variáveis familiares, nomeadamente com a etapa do ciclo vital e com a composição familiar, dado que não foram encontradas diferenças significativas entre os diferentes grupos nessas variáveis. Ou seja, o facto do doente com malária viver numa família com mais ou menos elementos não parece ter qualquer influência na sua adesão ao tratamento. Tal como, o facto do doente com malária pertencer a uma ou outra etapa do ciclo vital, também não parece ter um impacto na adesão ao tratamento. Apesar disso, verificou-se que os doentes que pertencem à etapa da família com filhos pequenos apresentam uma adesão ligeiramente inferior, quando comparados com os doentes que se encontram noutras fases do ciclo vital da família. Estes resultados, ainda que não sejam estatisticamente significativos, são relevantes, especialmente para a prática clínica, na medida em que nos sugerem que será importante ter em atenção a adesão dos doentes com malária nessa fase específica do ciclo de vida da família. No que diz respeito à composição do agregado familiar, os resultados obtidos não corroboram o estudo realizado por Cunha (2014), em que se concluiu que os doentes crónicos que viviam em agregados maiores (nomeadamente, com mais de 10 elementos) apresentavam uma menor adesão ao tratamento, em comparação com os agregados com uma a cinco pessoas. Este dado é bastante sugestivo, sobretudo na província da Huíla, se considerarmos que os seus povos considerem uma família exemplar como aquela que consiga agregar o maior número possível de indivíduos. O que sugere, na cultura *Umbundo* valores de proximidade, pois acredita-se que quanto mais próximos/juntos estiverem os indivíduos da mesma família maior segurança para os seus membros. Esta concepção pode ser sustentada pela função que o suporte social desempenha na vida do indivíduo, tal como o reiteram alguns autores (Baptista, Baptista & Dias, 2001; Kashani, Canfield, Borduin, Soltys & Reid, 1994). Contudo, esta divergência de resultados pode ficar a dever-se à dimensão da amostra, dado que a amostra do estudo de Cunha (2014) era composta pelo dobro de sujeitos da presente amostra ($N=100$).

Concluindo, os resultados obtidos são bastante importantes na medida em que constituem indicadores acerca da adesão dos doentes Angolanos aos tratamentos da malária. De uma maneira geral, estes resultados devem ser interpretados com atenção devido às limitações da amostra recolhida (dimensão reduzida, amostra de conveniência). Apesar disso, são dados relevantes, especialmente ao nível da prática clínica, na medida em que nos sugerem que será importante investirmos mais na investigação sobre a adesão ao tratamento. Pois como referem vários autores, a adesão ao tratamento é um aspecto de particular relevância e que deve ser investigado (Almeida et al., 2013; Bugalho & Carneiro, 2004; Rocha, 2008).

VI. Conclusão

A malária constitui um problema importante de saúde pública, considerando que é a primeira causa de morbidade e mortalidade em Angola. Daí que os estudos desenvolvidos no sentido de verificar a influência de variáveis familiares na adesão ao tratamento da malária constituam um aspeto importante na intervenção nesta problemática. Pois, sabe-se que existem vários fatores que contribuem para que os pacientes adiram ou não aos tratamentos da malária.

O presente estudo permitiu concluir que a adesão ao tratamento na malária não varia de acordo com variáveis familiares, nomeadamente com a etapa do ciclo vital e com a composição familiar. Ainda assim, considera-se importante continuar a estudar a influência de outras variáveis familiares (e.g., comunicação familiar, coesão, funcionamento familiar, etc.) com vista a maximizar as intervenções ao nível da adesão aos tratamentos da malária, reduzindo assim os altos índices de morbidade e imortalidade na província da Huíla por essa causa.

Verificamos também que os itens da MAT possuem boa consistência interna, com o valor de alfa Cronbach de .79, o que legitima a fiabilidade dos resultados encontrados e a utilização da MAT na população Angolana.

Algumas limitações do estudo estão relacionadas com a metodologia utilizada, sendo uma pesquisa do tipo descritivo e exploratório, utilizando apenas uma amostra de conveniência e de número reduzido. O que faz com que, de alguma forma, esses resultados não sejam generalizados para outras populações.

Neste sentido, parece-nos necessário, em próximas investigações, ter em conta todos esses aspectos. Tal como, ter em conta também a realização de estudos com um maior controlo das variáveis para que haja resultados mais fidedignos. Sugere-se assim que sejam feitos mais estudos, que tal como este possam dar continuidade aos estudos anteriores, utilizando a MAT ou outros questionários que se tenham revelado adequados para serem utilizados em Angola.

VII. Bibliografia

- Alfonso, L. M., Agramonte, M. S., & Vera, H. B. (2003). Frequência do cumprimento do tratamento médico em pacientes hipertensos. *Revista Cubana de medicina geral integral*, 19 (2), 1.
- Almeida, A., Bianchi, B., Souza, B., Capriata, R. F., Fernandes, C., Ferreira, G., & Guimarães, T. (2013). Estudos sobre adesão ao tratamento da malária. *Enfermaria Global*, 12.
- Almeida, L. S & Freire, T. (2008). Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação (5ªed.). Braga: Psiquilibrios.
- Antunes, C. (2011). Estratégias de coping e adesão farmacológico na doença coronária isquémica. Acedido ao 25 maio de 2015. www.google.com.pt
- Baptista, E. (20012). *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
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D. & Dias, R. R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21(2), 52-61.
- Braunwald, E., Kasper, D. L., Fauci, A. S., Jameson, J. L., Longo, D. L., & Hauser, S. (2013). *Medicina Interna de Harrison* (Vol. I) (18ª ed.). Porto Alegre: Artmed
- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenção para aumentar a adesão terapêutica em patologias Crónicas*. Lisboa: centro de estudos de medicina Baseada na Evidência.
- Cabral, M. V., & Silva, P. (2010). A adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas. *Instituto de ciências Sociais da Universidade de Lisboa*.
- Castro L., Cardoso A. I., Queirós L. & Gonçalves G. (2004). Malária na Região Norte de Portugal (1993- 2002): caracterização epidemiológica. *Acta Méd Port*, 17, 291-298.
- Cuamba, N., Choi Ks, Townson H. (2006). *Malaria vectors in Angola: distribution of species and molecular forms of the anopheles gambiae complex, their pyrethroid insecticide knock down resistance (kdr) status and plasmodium falciparum sporozoite rates*. *Malaria jornal*. 18, 5- 12.
- Cunha, M. C. A. (2014). *Impacto das variáveis sociodemográficas e familiares na crença e na adesão ao tratamento: estudo exploratório numa amostra de doentes crónicos angolanos*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- D'Anello, S. (2006). Instrumentos para medir variáveis psico sociais associadas a cumprimento do tratamento médico. Recuperado o 15 de janeiro do 2015, de www.ecotrópicos.saber.ula.ve/db/ssaber/edocs/pubelectronicos/medula
- Delgado, A. B. & Lima, M. L (2001). Contributo para a Validação concorrente de uma medida de adesão aos Tratamentos. ISCTE- Lisboa, Portugal, 2 (2), 82
- Fernandez, M. (2002). *O impacto da enfermidade na família*. Recuperado o 15 de

- janeiro do 2015, Disponível em: www.ejournal.unam.mx.com
- Ferreira, M. S. (1996). Patologia, fisiologia, quadro clínico e diagnóstico. In R. Veronesi & R. Focaccia. *Tratado de infetologia*. São Paulo: Editora Atheneu
- Ferreira, R. G., Azevedo, R., Reiners, A., Souza, T. G., & Fontes, C. (2014). Adesão ao tratamento da malária e fatores contribuintes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16 (1), 35-43.
- Fortes F., Saraiva N., Guimarães N., Ferreira C., Afonso M., Cani P. J., Miguel E., Van-Duném P. (2006). *Plano Estratégico do Programa Nacional do Combate a Malária (in press)*.
- Fortes, F. (2014). *Novo medicamento de combate à malária*. Rede Angolana. Disponível em: www.redeangola.info/novo-medicamento-de-combate-a-malaria/
- Fortes, F., Monteiro, F., Nascimento, A., & Campos, P. (2009). *Manual de manejo de casos de malária*. Luanda: Editora PNCM
- Gaspar, L. P. (2008). *Estudo transversal da frequência da Malária em gestantes e recém-nascidos na Maternidade Central de Luanda (MLP) Angola, no período de junho a agosto de 2007*. Dissertação de Mestrado em Saúde Materno Infantil do Instituto Materno Infantil Prof^o Fernando Figueira, IMIP, Recife.
- Gimeno, M. (2010). A enfermidade crónica e a família. Recuperado ao 10 de janeiro de 2015, de www.centrelondres94com/files/
- Gomes AP, Vitorino RR, Costa AP, Mendonça EG, Oliveira MGA, Siqueira-Batista R. (2011). Malária grave por *Plasmodium falciparum*. *Rev Bras Ter Intensiva*. 23(3), 358-369.
- Gonzalez, P. (2010). *El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente com Diabetes Mellitus tipo 2*. Recuperado ao 15 de maio de 2015, de www.medigraphic.com
- Gusmão, J. L. e Mion Jr. D. (2006). Adesão ao tratamento – conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*. Vol.13 acedido em www.scielo.oces.mctes.pt
- Gusmão, J. L., Ginani, G. F., Silva, G. V., Ortega, K. C., & Mion Jr, D. (2009). Adesão ao tratamento em hipertensa arterial sistólica isolada. *Revista. Braz Hipertensos*, 16 (1), 38-43.
- Holding P. A et al. (1999). Cognitive sequelae of severe malaria with impaired consciousness. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 93(5), 529-34.
- Jamil, M. (2011). *Papel da família em pacientes com transtornos psicóticos*. Recuperado ao 20 de janeiro de 2015, de www.averroespsicologos.blogspot.com
- Kashani, J. H., Canfield, L. A., Borduin, M., Soltys, S. M. & Reid, J. C. (1994). Perceived family and social support: impact on children. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 33 (6), 819-823.
- Kremsner, P. G., & Krishna. S. (2004). Antimalarial Combinations. *Lancet*, 364 (9430), 285-294.
- Kumar, V., Abbas, A. K., & Fausto, N. (2005). *Robbins & Cotran: Patologia - bases patológicas das doenças*. (7^a ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Longuenda, D. M. (2014). *As crenças sobre a doença e adesão ao tratamento em doentes Angolanos com Malária*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Coimbra.

- Margalho, R. J., Velez, D.; Guzmán, D. Et al. (2007). Determinantes da adesão em doentes infetados pelo VIH- [Em linha]. O Portal dos psicólogos Consult.l 22 abril 2015. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/Ao363>.
- Ministério da Saúde. (2006). *Ações de controlo da malária*. Disponível em http://bvsm.sau.gov.br/publicacoes/acoes_controle_malaria_manual.
- Ministério de Saúde. (2014). *Essencial sobre a malária e os antitélicos*. Disponível em <http://jornaldasaude.org>.
- Moreta, J. C. (2010). Psicologia médica em medicina. Disponível em <http://www.monografias.com>
- OE, (2009). Estabelecer parceiras com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento. Lisboa. Ordem dos enfermeiros.
- Páscoa, C. (2010). *Adesão a terapêutica com o determinante de efetividade dos cuidados de saúde: a problemática de não adesão à terapêutica em doentes submetidos a Angioplastia Transluminal percutânea coronária*. Lisboa Universidade de Évora/IPL- Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa, 2010. Dissertação elaborada no âmbito de v Curso Mestrado em intervenção Socio-organizacional, ministrado pela universidade de Évora/IPL.
- Pestana.M, H. & Gageiro, J. G. (2005). *Análise e dados para as ciências sócias: a complementariedade do SPSS*. 4ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Reis, A. C.R.S. (2012). *Avaliação da adesão terapêutica na infeção VIH/SIDA e compreensão de variáveis psicológicas associadas*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Dissertação apresentada no âmbito de Doutoramento em psicologia ministrado pela FPCE,UP.
- Remor, E. (2002). Valoracion de lá adhesion al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH. *Psicothema* 14: (2) 262-267
- Ribeiro, E., Oliveira, E., Melo, M.; Xavier, B. (2013). *Malária grave secundária a co-infeção por Plasmodium Falciparum e Plasmodium Ovale.*, Serviços de Medicina Interna, Serviço de Medicina Intensiva Centro hospitalar do Baixo Vouga E.P.E (CHBV).Aveiro. Portugal,74 (1): 25-28.
- Ribeiro, J. I. P. (2005). Introdução à psicologia da Saúde. Coimbra Editora: Quarteto.
- Rocha, M. N. A. (2008). *Adesão ao tratamento da malária: Um estudo em comunidades do entorno da Usina Hidrelétrica de Tucuruí*. Tese de doutoramento. Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Belém.
- Silveira, L. M. C; Ribeiro, V. M. B. (2005). Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. *Interface-Comunicação, saúde, Educação, Botucatu*, 9, (16), 91-104
- Souza T.G. (2012). *Conhecimento da malária e adesão ao tratamento*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Programa de pós-graduação em enfermagem Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2012.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2013). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. (7ª ed.). Nova Iorque, EUA: Lusodidacta.
- Tauil, P. L. (2006). Perspetivas de controlo de doenças transmitidas por vetores no

- Brasil. *Revista Social Brasileira de Medicina Tropical*, 39 (3), 275-277.
- Ventura, A. (2006). Adesão à terapêutica anti retroviral na infeção VIH/SIDA. *Arquivos de Medicina* 20 37-49.
- WHO, (2003). Adherence to long term Therapies. Evidence for action. Geneva: WHO, 2003.

ANEXOS

Anexo 1

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)

Anexo 2 - 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 - MAT

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	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	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	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Anexo 4 - Análise psicométrica do MAT - consistência interna

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,791	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Medida de Adesão aos Tratamentos 1	34,90	5,031	,404	,783
Medida de Adesão aos Tratamentos 2	35,20	3,224	,755	,713
Medida de Adesão aos Tratamentos 3	34,94	4,996	,324	,798
Medida de Adesão aos Tratamentos 4	34,88	4,924	,608	,760
Medida de Adesão aos Tratamentos 5	34,92	5,218	,278	,802
Medida de Adesão aos Tratamentos 6	35,02	3,979	,707	,723
Medida de Adesão aos Tratamentos 7	34,94	4,343	,664	,737

Anexo 5 - Estatística descritiva da MAT

Statistics

	Medida de Adesão aos Tratamentos 1	Medida de Adesão aos Tratamentos 2	Medida de Adesão aos Tratamentos 3	Medida de Adesão aos Tratamentos 4	Medida de Adesão aos Tratamentos 5	Medida de Adesão aos Tratamentos 6	Medida de Adesão aos Tratamentos 7
Mean	5,90	5,60	5,86	5,92	5,88	5,78	5,86
Mode	6	6	6	6	6	6	6
Std. Deviation	,416	,782	,495	,340	,435	,582	,495
Skewness	-4,237	-1,544	-3,467	-4,638	-3,759	-2,541	-3,467
Std. Error of Skewness	,337	,337	,337	,337	,337	,337	,337
Kurtosis	17,294	,514	10,788	22,600	13,653	5,142	10,788
Std. Error of Kurtosis	,662	,662	,662	,662	,662	,662	,662
Range	2	2	2	2	2	2	2

Anexo 6 - Teste da ANOVA para o ciclo vital

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		
	6-10 pessoas	76	25.0	14.7	0.41	.019 + de 10 > 1-5 e
	+ de 10	1	39.7	12.0	*	6-10

* $p < .05$