



2015

UC/FPCE

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Adesão aos Tratamentos: Estudo Comparativo,
Numa Amostra de Doentes Com Tuberculose e
Malária na Província da Huíla.**

João Kupessala (e-mail: kupessalajoao@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Sub-área de
Sistémica, Saúde e Família Sob a Orientação de Dra. Luciana
Sotero

Adesão aos Tratamentos: Estudo Comparativo, numa Amostra de Doentes Com Tuberculose e Malária na Província da Huíla.

Resumo: O presente estudo tem como objetivo comparar a adesão aos tratamentos numa amostra constituída por 100 doentes Angolanos com malária e tuberculose, designadamente 50 doentes com malária e 50 com tuberculose. Para o efeito foi utilizada a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT).

Os resultados mostram que a MAT possui propriedades psicométricas satisfatórias quando aplicada a uma amostra Angolana, tendo uma boa consistência interna. O alpha de Cronbach foi de 0.78. Para comparar a adesão aos tratamentos na malária e tuberculose utilizou-se o test *t* de *Student*, verificando-se uma maior adesão aos tratamentos na malária do que na tuberculose.

Em conclusão, e apesar do cariz exploratório desta investigação, julga-se pertinente desenvolver estudos futuros acerca da adesão aos tratamentos na malária e noutras doenças crónicas, dado que esta se constitui um aspeto importante na eficácia das intervenções.

Palavras chave: malária, tuberculose, adesão, tratamento, doença crónica, Angola.

Adherence to treatment: A Comparative Study in a sample of Patients With Tuberculosis and Malaria in Huila Province.

Abstract: The present study is to compare the adherence to treatments in a sample consisting of 100 sick Angolans with malaria and tuberculosis, including 50 patients with malaria and 50 with tuberculosis. To this end was used to Measure Adherence to Treatment (MAT).

The results show that the MAT has psychometric properties satisfactory when applied to a sample Angola, having a good internal consistency. The Cronbach's alpha was 0.78. To compare the adherence to treatments for malaria and tuberculosis was used the *Student's t-test*, there is a greater adherence to treatments for malaria than in tuberculosis.

In conclusion, and despite the exploratory nature of this research, it is believed that relevant develop future studies about adherence to treatment in malaria and other chronic diseases, given that this is an important feature in the effectiveness of interventions.

Keywords: malaria, tuberculosis, adherence, treatment, chronic illness, Angola.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, mentor de todo o sucesso na minha vida. A Ele toda honra e glória seja dada.

Aos meus pais, pelo amor, carinho e ajuda moral nos momentos em que precisei.

Às minhas orientadoras, pela disponibilidade e paciência que sempre tiveram. À Doutora Ana Paula Relvas, Dra. Luciana Sotero, Dra. Gabriela Jorge, Dr. Tomás.

Aos meus professores que incansavelmente me transmitiram os conhecimentos que adquiri no decurso do mestrado.

Aos colegas que deram um apoio moral, em especial o Fabio, Leonel, Wandi, Tânia, Kanepa Dulcineia Kawindima e António.

A todos e aqueles que não foram mencionados, mas que de alguma forma contribuíram para a execução desta investigação, os meus agradecimentos.

Índice

Introdução	1
I - Enquadramento Conceptual	2
1.1. Adesão ao tratamento.....	2
1.2. Malária.....	3
1.2.1. A malária em Angola.....	4
1.2.2. Adesão ao tratamento na malária	5
1.3. Tuberculose.....	5
1.3.1. Tuberculose em Angola.....	7
1.3.2 Adesão ao tratamento na tuberculose	7
II - Objetivos	9
III – Metodologia	9
3.1. Seleção e caracterização da amostra.....	9
3.2. Instrumentos	12
3.2.1. Questionário de dados sociodemográficos	12
3.2.2. Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)	12
3.3. Análise estatística	12
IV - Resultados	12
4.1. Estatística descritiva dos itens da MAT	12
4.2. Fiabilidade do Instrumento	13
4.3. Adesão ao tratamento na malária e tuberculose: Estudo comparativo em utentes da província da Huíla	14
V - Discussão	14
VI - Conclusões	16
Bibliografia	18
Anexos	21

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização da Amostra: Variáveis sociodemográficas e familiares	11
Tabela 2. Estatística descritiva dos itens da MAT	13
Tabela 3. Consistência interna dos itens e total da MAT	13
Tabela 4. Comparação da MAT na tuberculose e malária (teste <i>t-student</i>)..	14

Introdução

Um dos maiores problemas que o sistema de saúde enfrenta é o abandono ou o não cumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde (Delgado & Lima, 2001). A não adesão constitui uma das causas de insucesso das terapêuticas, contribuindo, assim, para o aumento da morbidade e da mortalidade (Gallagher, Viscoli, & Horwitz, 1993, cit. in Delgado & Lima, 2001).

Uma doença crónica é uma enfermidade de curso prolongado, tendencialmente incapacitante e com mudanças progressivas dos sintomas, que atinge as funções psicológicas, fisiológicas ou anatómicas (Machado, 2009, cit. in Dias et al., 2011). Além disso, estas doenças normalmente implicam o cumprimento de períodos longos de supervisão, análise ou cuidados (OMS, 2003, cit. in Dias et al., 2011). Assim, a adesão ao tratamento é importante quando pensamos em doenças crónicas, pois estas têm um grande impacto no indivíduo, na família e na comunidade.

A malária e a tuberculose representam duas doenças com grande impacto em Angola. A malária é uma das doenças mais frequentes no mundo, declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um problema de saúde pública que afeta cerca de 90 países, sendo vista como uma relevante causa de mortalidade infantil e de adultos, sobretudo em países tropicais e em crescimento (Longuenda, 2014). Já a tuberculose é uma doença contagiosa, causada pelo bacilo de *Koch*, e representa um problema de saúde pública em todo o mundo (Lopes, 2010).

Se a terapêutica regulada não for suficiente ou o procedimento for incompatível com a situação da pessoa, pode haver uma baixa adesão ao tratamento (Dias et al., 2011). Atendendo à elevada prevalência destas duas condições em Angola, bem como às taxas de mortalidade e morbidade associadas a essas doenças no país, é pertinente estudar a adesão ao tratamento de doentes angolanos afetados por uma das doenças referidas – malária e tuberculose – objetivo principal deste trabalho.

O presente trabalho encontra-se organizado em duas partes: uma conceptual e outra empírica. A nível conceptual começaremos por abordar a adesão ao tratamento da malária e da tuberculose, bem como a contextualização e caracterização destas doenças em Angola.

Por último, a parte empírica que comporta os objetivos, os procedimentos realizados, os resultados que deles advieram e a sua discussão.

I - Enquadramento conceptual

1.1. Adesão ao tratamento

A adesão ao tratamento corresponde ao “grau de concordância entre as recomendações do prestador de cuidados de saúde e o comportamento do paciente relativamente ao regime terapêutico proposto” (Dias et al., 2001, p. 203). Passa, assim, pelo seguimento do esquema terapêutico apontado, por exemplo, no que diz respeito: à toma de medicamentos de forma certa; ao prosseguimento das consultas estabelecidas; à entrada e permanência em programas de tratamento; e ao cumprimento de orientações para uma modificação no estilo de vida, por exemplo, adesão a indicações relativas a uma boa alimentação e à prática de exercício físico, bem como o abandono de comportamentos não adequados (Delgado & Lima, 2000; Rocha, 2008). Adicionalmente, devemos conceber a adesão ao tratamento como um processo, com três componentes principais: a noção da doença que possui o paciente, a ideia de cura ou de melhoria que se forma na sua consciência e o lugar do médico no ponto de vista do doente (Silveira & Ribeiro, 2005).

A definição apresentada sobre adesão ao tratamento permite-nos perceber a complexidade e variedade de diferentes comportamentos (Delgado & Lima, 2000), sendo que existem comportamentos que podem ser indicadores de adesão ou indicadores de não-adesão ao tratamento.

A adesão ao tratamento é um processo em que os sujeitos estão em contacto com uma variedade de fatores que influenciam a continuidade ou descontinuidade do tratamento (Fletcher et al., 1989, *cit in* Silveira & Ribeiro, 2005). Estes fatores podem ser diversos (Silveira & Ribeiro, 2005). De acordo com Gusmão e Mion (2006) podem ser organizados nas seguintes categorias: 1) relacionados com o paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconómico); 2) em relação à doença (cronicidade, inexistência de sintomas e consequências morosas); 3) quanto às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (noção da severidade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); 4) em relação ao tratamento dentro do qual se abrange a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis e esquemas terapêuticos complicados); e 5) quanto à instituição (a política de saúde, acesso ao serviço de saúde e tempo de espera ou de atendimento).

Segundo certos autores (Bond & Hussar, 1991; O'Brien et al., 1992; *cit in* Delgado & Lima, 2001) tem-se utilizado vários procedimentos para medir/avaliar a adesão aos tratamentos, tais como: métodos diretos, como, por exemplo, os marcadores bioquímicos; métodos indiretos, de que são exemplos o autorrelato, as entrevistas, os resultados terapêuticos e o padrão comportamental conforme a enumeração de medicamentos, assim como os novos monitores computadorizados de adesão.

Segundo Meichenbaum e Turk (1987, *cit. in* Delgado & Lima,

2001), todos estes métodos apresentam algumas dificuldades, pelo que não é possível perceber qual o mais credível na deteção de adesão. Os métodos diretos, por revelarem o medicamento nos fluxos biológicos do paciente, mostrariam maior efetividade e especificidade (Bond & Hussar, 1991 *cit in* Delgado & Lima, 2001). Entretanto, outros autores (Morisky, Green, & Levine, 1986 *cit in* Delgado & Lima, 2001) alegam que os marcadores bioquímicos não são fiáveis na maior parte dos âmbitos clínicos, por exemplo, devido a diferenças individuais de reação aos fármacos. Posto isto, à partida, os métodos indiretos, como o autorrelato e a entrevista, também se podem mostrar pouco credíveis (Delgado & Lima, 2001), uma vez que os doentes podem mentir nas suas respostas.

1.2. Malária

A malária é uma doença crónica caracterizada, de forma geral, por febre paroxística, calafrios, suores, fadiga, anemia e esplenomegalia (John & Krause, *cit in* Kliegman, Staton, Geme, Schor, & Berhman, 2013). Esta condição tem causado prejuízos a mais pessoas do que qualquer outra doença infecciosa, com uma estimativa de 300 a 500 milhões de casos diagnosticados e mais de 1 milhão de óbitos no mundo em cada ano (John & Krause, *cit in* Kliegman et al., 2013).

A transmissão da doença ocorre através da picada do mosquito *Anopheles* fêmea infetado, por uma transfusão de sangue contaminado ou por uma injeção dada com uma agulha utilizada num indivíduo infetado (Rocha, 2008). Os sintomas começam entre 10 a 35 dias depois de um mosquito ter injetado o parasita na pessoa. Os primeiros sintomas são febre ligeira e intermitente, cefaleias, dores musculares, calafrios e mal-estar geral. Os sintomas seguintes e os padrões que a doença segue variam consoante o tipo de malária (OMS, 2010). A doença provoca também danos cerebrais graves, tem um impacto negativo, principalmente em crianças, e como muitas dessas crianças estão numa fase escolar, pode muitas das vezes prejudicar a sua aprendizagem (Rocha, 2008).

Foram identificados vários tipos da malária. Mais agressivos: *Anopheles gambiae*, o *Anopheles funestos* e o *Anopheles melas*. Nas regiões de maior transmissão (Cabinda, Uíge, Malange, Kwanza Norte e Lunda Sul) predomina *A. funestos* e o *A. Gambiae*, mais agressivos em picada e mais adaptáveis às condições ambientais. O *A. Melas*, menos agressivo, predomina no litoral (Gaspar, 2008).

Em Angola, estão identificadas três espécies de *plasmódium* implicadas na transmissão da malária: *Plasmodium falciparum* (92%), *Plasmodium vivax* (7%) e *Plasmodium malarie* (1%) (Gaspar, 2008).

1.2.1. A malária em Angola

A malária, uma das três principais causas de morte mundialmente, é a principal causa de morbimortalidade em Angola, constituindo um grave problema de saúde pública (Gaspar, 2008). É também responsável pelo absentismo escolar e laboral, liderando a lista de doenças endémicas (Gaspar, 2008).

No entanto, nos últimos anos, Angola registou uma diminuição da mortalidade por malária. Em 2002, o país apresentava uma estimativa de 20 mil óbitos por ano, sendo que, atualmente, verificam-se cerca de quatro mil óbitos por ano (Carlos & Pessoa, 2013). Em termos do número de doentes, registam-se, em média, três milhões de casos clínicos – note-se que persistem dificuldades de diagnóstico ao nível das unidades sanitárias (Carlos & Pessoa, 2013).

Atualmente, tem-se verificado no país a reemergência patológica em zonas já controladas. Observa-se um aumento da transmissão durante a estação chuvosa, entre os meses de Janeiro e Maio. As taxas de mortalidade são elevadas nas províncias de Luanda (55%), Benguela (55%), Bié (55%), Zaire (55%), Cabinda (28%), Malanje (28%), Moxico (17%) e Kuando Kubango (17%) (Gaspar, 2008).

A OMS, a partir de 1992, reuniu esforços para implantar estratégias, que terminaram em Abril de 2000, com a assinatura da Declaração de Chefes de Estado em Abudja, orientando o crescimento de uma ação para fazer retroceder o paludismo no continente africano até 2030 (Gaspar, 2008). Algumas dessas estratégias passam pela divulgação de informação em termos educativos, pela luta contra as águas estagnadas e pela luta anti larva, pelo uso de mosquiteiros usados por todas as famílias, principalmente pelas mulheres grávidas e crianças, pelo uso de inseticidas nas residências, pelo saneamento básico do meio, pela água potável nas comunidades e pela recolha de lixo (Gaspar, 2008).

Depois de provada a ineficácia do Coartem, o Ministério da Saúde aposta, agora, no novo teste para a Malária. O teste chama-se Boline, com uma eficácia comprovada de combate à doença no organismo, cerca de 90% de sensibilidade. O Ministério da Saúde pretende mudar a sua política de tratamento. Por isso, pretende apostar noutros fármacos para o combate da endemia em Angola (MINSa, 2014).

A malária tem como tratamento específico possível o Sulfato de Quinina, que é tomado por via oral. As suas dosagens são: 10 mg sal / kg / dose V. oral de 8/8 horas, a dose total diária é de 30 mg sal /kg, com uma duração total do tratamento de sete dias. Já a malária grave, o seu tratamento assenta nos seguintes: Artesunato I.V., com uma dose de carga: 2.4 mg/kg, seguido de 1.2 mg/kg as 12 e 24 horas, 1.2 mg/kg, diariamente, até ao 6º dia; Artemether I.M., com uma dose de carga: 3.2 mg/kg no 1º dia, seguido de 1.6 mg/kg por dia, durante seis dias; Dihidrocloridrato de Quinina E.V., com

uma dose de carga: 20 mg sal / kg / dose, diluída em 5 a 10 ml de solução isotónica (de preferência glicosada a 5% ou 10%), no máximo 500 ml, durante 4 horas e uma dose de manutenção: 10 mg sal / kg / dose, na mesma diluição, de 8/8 horas (MINSa, 2014).

1.2.2. Adesão ao Tratamento da Malária

A malária é uma doença com consequências muito debilitantes, o que, certamente, influencia a adesão ao tratamento (Ferreira, Azevedo, Reiner, Souza, & Fontes, 2014). Como na maioria das doenças, a baixa adesão ou adesão parcial conduz a um aumento do número de recaídas, que podem ocorrer durante o tratamento de longa duração da malária.

Mesmo com a comprovada eficácia medicamentosa dos antipalúdicos, têm-se registado constantes falhas no tratamento (Reiners et al., 2013). A causa da não adesão ao tratamento da malária é atribuída a variáveis como: a falta de informações sobre a doença, ignorância dos fatores de risco de transmissão, efeitos secundários do tratamento, tempo prolongado de controlo, desconhecimento sobre os riscos de interrupção da medicação e abandono do tratamento pelo paciente, por se sentir saudável no 3º ou no 4º dia de uso da medicação (Rocha, 2008). A não adesão leva a complicações médicas e psicossociais para os pacientes e desaproveitamentos dos recursos do sistema de saúde, como os fármacos distribuídos de forma gratuita pelo governo local.

1.3. Tuberculose

A tuberculose foi descoberta por Robert Koch em 1882 (Pina, 2013). É uma doença contagiosa, cuja transmissão, normalmente, ocorre através das vias aéreas, por uma bactéria, designadas bacilo de *Koch*, e que afeta, principalmente, os pulmões; pode ser classificada em tuberculose pulmonar, extrapulmonar, pleural, geniturinária, óssea e articular e miliar (Michael & Carolyn, 2003). Tem também impacto noutros órgãos do corpo, tais como: os ossos, rins e meninges (membranas que envolvem o cérebro).

Os principais sintomas da tuberculose são os seguintes: tosse durante mais de três semanas; perda de peso e de apetite; febre com suores noturnos e cansaço rápido, podendo, em alguns casos, originar complicações respiratórias e epistaxe, como consequências da existência de cavernas ao nível dos pulmões (Kristski & Melo, 2007, *cit in* Pina, 2013).

A tuberculose é uma epidemia que assola a sociedade, os indivíduos infetados pela mesma possuem, geralmente, como principais particularidades sociais: baixo rendimento familiar, educação deficitária, habitação precária e famílias numerosas (Queiroz, 2008).

Uma pessoa com tuberculose pulmonar, cavitária e tosse pode

infetar, aproximadamente, uma pessoa por mês, até que seja tratada de forma conveniente, embora este número possa diversificar significativamente (Dipiro et al., 2008 *cit in* Pina, 2013). Na transmissão da tuberculose, fatores como a duração e intensidade à exposição ao *Mycobacterium Tuberculosis* são relevantes, pois a taxa da tuberculose após uma exposição prolongada e a transmissão acontece com maior frequência em meios fechados, com pouco arejamento, acumulando assim partículas infetadas do meio (Smeltzer & Bare, 1999). Os organismos causadores da tuberculose disseminam-se de um ser humano para outro, mas não são extremamente transmissíveis. Apenas 10% das pessoas com função imune normal desenvolvem a doença ativa após infecção primária (Michael & Carolyn, 2003). Outra forma de transmissão é através da gravidez. Durante o nascimento, o recém-nascido tem probabilidade de contrair tuberculose por intermédio da mãe, por engolir líquido amniótico ou respirar ar contendo gotículas infetadas (Akiskal et al., 2009, *cit in* Pina, 2013).

Quanto ao tratamento, os procedimentos multidrogas são apontados a todos os casos de doença ativa para evitar a reação medicamentosa adquirida, melhorar as taxas de cura e adiantar a resposta à terapia. Os bacilos da tuberculose tornam os organismos resistentes, de forma variada a todos os medicamentos (Michael & Carolyn, 2003). A quimioterapia adequada tem-se verificado com” arma” mais poderosa contra a tuberculose (Caliari & Figueiredo, 2012). Mesmo quando o paciente adere ao tratamento, os resultados podem não ser os esperados devido à interrupção na toma dos medicamentos, originando a seleção de bacilos resistentes (Caliari & Figueiredo, 2012).

Os medicamentos essenciais incluem as rifamicinas (rifampicina, rifabutina e rifapentina), isoniazida e piriazinamida. Os procedimentos que incluem esses medicamentos, administrados por seis meses, incluem taxa de cura de 95%. O etambutol ou a estreptomicina são fornecidos para diminuir a probabilidade de falha ou recaída nas populações em risco significativo da resistência inicial a medicamentos padronizados (Michael & Carolyn, 2003).

Diante de um paciente com infecção recente de tuberculose deve-se procurar informações de indivíduos próximos com probabilidades de contrair a doença. Para evitar o alastramento do bacilo na sociedade e deter a sua cadeia de contaminação, é importante que se realize um diagnóstico prévio e promover a adesão ao tratamento certo (Queiroz, 2008). Segundo a OMS (2004, *cit in* Queiroz, 2008), os objetivos principais devem ser reduzir a morbimortalidade, prevenir a transmissão da doença, reduzir o sofrimento humano, os problemas sociais e económicos.

A questão fundamental no controlo da tuberculose é a falta de adesão ao tratamento. A falha em administrar, de forma consistente, os medicamentos estimulam as falhas de tratamento, resistência medicamentosa adquirida e taxas de recidiva (Michael & Carolyn, 2003).

1.3.1. Tuberculose em Angola

A tuberculose no país angolano afetou, em 2013, 60.807 pessoas. Além disso, nesse ano, o país registou um aumento de 11% do número de casos de tuberculose relativamente a 2012 (MINSa, 2014). Neste sentido, a doença é considerada um problema de saúde pública.

O abandono do tratamento é uma situação que preocupa de um modo particular as autoridades sanitárias, uma vez que, no total de casos de 2013, há a registar o retratamento de 7.553 doentes. A OMS estima um aumento do índice de tuberculose em Angola até 2017 (MINSa, 2014).

1.3.2. Adesão ao tratamento da tuberculose

A adesão dos pacientes com tuberculose ao tratamento é considerada a maior barreira para o controlo e o término desta doença no campo da saúde pública (MINSa, 2014) – apesar do acesso universal e gratuito ao diagnóstico e ao tratamento e da ampla cobertura pela rede de serviços básicos de saúde. Os principais responsáveis pelo agravamento da condição da tuberculose são os seguintes: a desigualdade social, a pobreza, a epidemia da SIDA, o envelhecimento da população, as migrações, além das dificuldades de operacionalização dos programas de controle da doença e o crescimento demográfico desordenado (Caliari & Figueiredo, 2012).

Na prevenção e controlo da tuberculose, o enfermeiro desempenha um papel fundamental e deve ver o paciente como um ser biopsicossocial. É importante que os enfermeiros conduzam ações não só junto do paciente mas também da família e da comunidade, ajudando na diminuição da epidemia (Lawandi, Mussolin, Terra, Santos & Andrade, 2014).

Todo o indivíduo vive a sua doença na sua perspetiva e a forma como a vê vai influenciar na adesão ao tratamento. É necessário que os técnicos de saúde vejam o paciente como um ser único, que tem as suas características biopsicossociais e assim adaptar a assistência prestada aos pacientes de forma a vê-los como seres diferentes uns dos outros (Maldaner, Beuter, Brondani, Budó, & Pauletto, 2008).

Nos modos de contágio que são divulgados, observa-se uma constante recaída nos grupos sociais baixos, estimulando a descrença no tratamento da tuberculose. Mesmo aceitando que esta seja uma doença tratável, ainda prevalece a convicção de que algo permanece: “sequelas”, nódos no pulmão, o que altera de forma significativa a inclusão nos grupos sociais (Pôrto, 2007).

O programa de tuberculose vem alargando os seus passos na gestão de saúde em razão da insuficiência, desenvolvendo a planificação de ações que visam o cuidado com o usuário e o alcance das metas de programas estabelecidos (Caliari & Figueiredo, 2012).

Há duas medidas preventivas úteis contra a tuberculose: a quimioprofilaxia e a vacinação com BCG (Bacilo de Calmette e Guérin). A vacina é a medida principal para ajudar as pessoas não contagiadas a não adoecerem por tuberculose, caso ocorra uma infecção com o bacilo de *Koch*, é necessário que se faça uma quimioprofilaxia para o tratamento da mesma (Lopes, 2010).

Quanto à prevenção, uma das medidas que remove os fatores de risco é a eliminação das fontes de contágio pela busca de tratamento pelo doente (Caliari & Figueiredo, 2012). Apesar dos diagnósticos prematuros e o tratamento específico serem preferências no controle da doença, se aceita que muitos casos não estejam a ser diagnosticados mais rapidamente, por falta de acesso aos serviços de saúde (Caliari & Figueiredo, 2012).

Em 1994, a OMS, por meio do Projeto da Resistência às Drogas Antituberculosas, mostrou que a resistência aos medicamentos evoluiu em situações onde há tratamentos alternados, associados a sistemas de saúde deficitários e programas de tuberculose ineficazes. A estratégia tem como uma das suas finalidades garantir o uso correto dos medicamentos, prevenindo, assim, o surgimento de bacilos resistentes. Consiste em administrar o esquema de tratamento padronizado de curta duração, sob observação direta de um supervisor, durante, pelo menos, a fase inicial do tratamento, no mínimo, em todos os casos de baciloscopias positivas. Devido a problemas inerentes ao atual sistema público de saúde, como a escassez de recursos humanos e financeiros, há uma dificuldade operacional em empregar este modelo para a maioria dos pacientes que fazem o tratamento de tuberculose (Bergel & Gouveia 2005).

Uma das maiores dificuldades decorrentes do abandono do tratamento para a tuberculose está relacionada com a provável resistência dos micro-organismos aos medicamentos e a cadeia de contágio do *Mycobacterium tuberculosis*, que não é detida, conservando a enfermidade. A sua presença origina despesas sociais altas aos cofres públicos, fruto do tratamento e, a agonia para muitos pacientes que, numa fase proveitosa da vida, terminam lesados por uma doença que pode conduzir à morte (Paula, 2011).

No que diz respeito ao paciente, em relação à não adesão ao tratamento da tuberculose, podemos considerar como fatores relevantes as seguintes razões: esquecimento em tomar a medicação ou não ir às consultas de rotina, prioridades que coincidam com as datas de consultas de rotina, a negação em tomar os medicamentos por decisão própria e fatores emocionais. Algumas vezes, o comportamento do médico diante das dificuldades do paciente influencia de forma negativa na adesão, tais como: prescrições complexas, falta de esclarecimento acerca da medicação (quais os benefícios e quais os efeitos secundários da medicação), a não observância do estilo de vida do paciente; outro dos fatores é o preço da medicação, impedindo que muitos dos pacientes a adquiram (Osterberg & Blaschke, 2005 cit. in Queiroz, 2008).

A centralização das ações e a falta de autonomia nas unidades sanitárias também é um dos principais problemas. É necessário que exista uma maior descentralização das ações nas unidades hospitalares para que exista uma maior autonomia dessas unidades e, por conseguinte existindo uma maior gestão medicamentosa durante o tratamento, atribuindo-se assim uma melhor relação entre doente e profissional de saúde, sendo um dos importantes pontos para a adesão ao tratamento, já que o sujeito é colocado como protagonista no processo assistencial com considerável autonomia nos processos decisivos (Caliari & Figueiredo, 2012).

Nessa perspetiva, destaca-se a estratégia de saúde da família, que, além de representar a porta de entrada no sistema de saúde, promove a construção do vínculo entre a equipa de profissionais e usuários por meio da escuta solidária e do processo de corresponsabilização pelo tratamento (Caliari & Figueiredo, 2012).

II – Objetivos

No âmbito dos estudos de validação da MAT para a população Angolana, a presente investigação tem como objetivo geral comparar a adesão ao tratamento em sujeitos com malária e tuberculose. Para concretizar este objetivo geral foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Analisar o funcionamento dos itens da Medida de Adesão aos Tratamentos (estatística descritiva: média, moda, desvio padrão, assimetria, curtose e amplitude);
- b) Averiguar a consistência interna dos itens da Medida de Adesão aos Tratamentos.

III – Metodologia

3.1. Seleção e Caracterização da Amostra

A amostra deste estudo resulta da fusão de duas bases de dados pré-existentes que incluem informação respeitante a participantes com dois tipos de doenças crónicas: malária e tuberculose. É importante mencionar que estas duas bases de dados foram desenvolvidas no passado ano letivo, no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica. Na seleção desta amostra de conveniência foram tidos em consideração alguns critérios de inclusão, nomeadamente: a) ter 18 anos ou mais; b) ser Angolano; c) ter tuberculose ou malária. A seleção da amostra foi feita no período de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014, tendo como participantes os

Adesão aos Tratamentos: Estudo Comparativo, Numa Amostra de Doentes com Tuberculose e Malária na Província da Huíla.
João Kupessala (e-mail:kupessalajoao@hotmail.com) 2015

sujeitos com doença crónica que já estão em tratamento.

A amostra combinada contempla 100 participantes, dos quais 50 são doentes com malária e os outros 50 doentes com tuberculose. De seguida é feita a caracterização sociodemográfica e familiar dos doentes com malária e tuberculose.

Relativamente ao sexo, os doentes com tuberculose 27 (54%) são do sexo masculino e 23 (46%) do sexo feminino. Dos doentes com malária 32 (64%) são do sexo masculino e 18 (36%) do sexo feminino. A média da idade para os doentes com tuberculose é de 28.7 anos ($DP = 9.1$ anos) e para os doentes com malária é de 28.96 anos ($DP = 9.3$ anos). As idades oscilaram entre 19 e 67 anos para o grupo dos doentes com tuberculose e entre os 18 e 49 anos para os doentes com malária. Quanto à escolaridade dos doentes com tuberculose, 21 (42%) têm o 2º ciclo, 18 (36%) têm o 1º ciclo, 8 (16%) têm o ensino superior e, finalmente, 3 (6%) têm o ensino primário. Nos doentes com malária 18 (36%) têm o 2º ciclo, 17 (34%) têm o 1º ciclo, 9 (18%) têm o ensino primário, e por fim 6 (12%) têm o ensino superior. Quanto à etnia dos doentes com tuberculose, a maioria é da etnia Umbundo, 25 (50%) e a minoria é da etnia Quimbundo e Cuanhama, ambas as etnias com apenas um doente, 1 (2%). Para os doentes com malária a maioria é da etnia Umbundo, 29 (58%), e a minoria pertence a outras etnias, 4 (8%). Em relação ao nível socioeconómico (NSE) dos doentes com tuberculose, 35 (70%) são de nível médio, 10 (20%) de nível baixo, e 5 (10%) de nível elevado. Quanto aos doentes com malária, 28 (56%) são de nível médio, 19 (38%) de nível baixo, e 3 (6%) de nível elevado. No que diz respeito à residência, nos doentes com tuberculose a maioria vive nos arredores da cidade 41 (82%) e a minoria vive numa comuna ou sede 3 (6%). Quanto aos doentes com malária, a maioria também vive nos arredores da cidade 38 (76%) e a minoria vive em outra localidade 1 (2%). No estado civil na subamostra dos doentes com tuberculose, a maioria dos doentes é solteira 23 (46%) e a minoria é separada ou divorciada 0 (0%). Relativamente à etapa do ciclo vital, nos doentes com tuberculose vemos que a maioria pertence à etapa da família com filhos adultos 22 (44%) e a minoria pertence à etapa da formação de casal 2 (4%). Quanto aos doentes com malária, a maioria pertence à etapa da família com filhos adultos 18 (36%) e a minoria pertence à categoria outro da etapa do ciclo vital, 4 (8%) (cf. Tabela 1).

Tabela 1.
Caracterização da Amostra: Variáveis Sociodemográficas e Familiares

Variável		Tuberculose		Malária	
		N	%	n	%
Doença crónica	Malária	50			
	Tuberculose			50	
Sexo	Masculino	27	54	32	64
	Feminino	23	46	18	36
Escolaridade	Ensino Primário	3	6	9	8
	1º Ciclo	18	36	17	34
	2º Ciclo	21	42	18	36
	Ensino Superior	8	16	6	12
Etnia	Umbundo	25	50	29	58
	Nhaneca	15	30	12	24
	Nganguela	4	8	5	16
	Quimbundo	1	2	0	0
	Cuanhama	1	2	0	0
	Outra	4	8	4	8
NSE	Baixo	10	20	19	38
	Médio	35	70	28	56
	Elevado	5	10	3	6
Residência	Arredores da cidade	41	82	38	76
	Centro da cidade	6	12	4	8
	Comuna/sede	3	6	3	6
	Aldeia/quimbo	0	0	4	8
	Outra	0	0	1	2
Estado civil	Solteiro	23	46	22	44
	Casado	4	8	23	46
	União de facto	21	42	0	0
	Separado	0	0	1	2
	Divorciado	0	0	1	2
	Viúvo	2	4	3	6
Etapa do Ciclo Vital	Formação Casal	2	4	0	0
	Filhos Pequenos	8	16	12	24
	Filhos na Escola	6	12	8	16
	Filhos Adolescentes	7	14	8	16
	Filhos Adultos	22	44	18	36
	Outros	5	10	4	8

Adesão aos Tratamentos: Estudo Comparativo, Numa Amostra de Doentes com Tuberculose e Malária na Província da Huíla. João Kupessala (e-mail:kupessalajoao@hotmail.com) 2015

3.2. Instrumentos

3.2.1. Questionário de dados sócio-demográficos

A recolha dos dados sócio-demográficos foi efetuada mediante um questionário elaborado para o efeito. Neste questionário foi solicitado aos participantes que indicassem o sexo, a idade, o nível de escolaridade e sócio-económico, a profissão, o estado civil, a etnia, a religião, a composição do agregado familiar, a área de residência, o tipo de habitação e as suas características e fonte de rendimento (cf. Anexo B).

3.2.2. Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

A medida de adesão aos tratamentos foi construída por Delgado e Lima (2001) e tem sete itens (e.g., *Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?*). Apresentamos em anexo (cf. Anexo C) a totalidade das questões da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT). Os itens 1, 2, 3 e 4 foram adaptados de Morisky et al. (1986), o item 7 foi adaptado de Shea et al. (1992) e o item 6 foi adaptado de Ramalhinho (1994, citado por Delgado e Lima, 2001). O instrumento é cotado numa escala de tipo Likert que varia de *sempre*=1 a *nunca*=6. Valores mais elevados mostram uma melhor adesão aos tratamentos, contrariamente os valores mais baixos que indicam uma pior adesão.

3.3. Análises estatísticas

Os procedimentos estatísticos foram efetuados com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 para o *Windows*. Procederam-se assim às seguintes análises estatísticas: a) estatística descritiva dos itens da Medida de Adesão aos Tratamentos; b) análise da consistência interna através do cálculo do alfa de Cronbach, e c) comparação da adesão ao tratamento na malária e tuberculose, recorrendo ao *test t de student* para amostras independentes.

IV. Resultados

4.1. Estatística Descritiva dos itens da MAT

Relativamente ao estudo estatístico da MAT, procedeu-se à análise descritiva das medidas de tendência central e de dispersão para cada um dos sete itens que compõe a escala. Na Tabela 2 podemos então 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 igualmente três itens pontuam entre 4-6, ou seja, os itens 4, 5 e 6. O item que apresenta uma média mais elevada ($M = 5.94$; $DP = .28$) 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 ($M = 5.23$; $DP=.99$)

(*Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?*). Quanto à moda, em todos os itens o valor mais representado foi o 6 (*nunca*). 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 = 19.36), 4 (curtose = 28.06) e o 7 (curtose = 14.87).

Tabela 2.

Estatística Descritiva dos itens da MAT

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Moda</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>	<i>Amplitude</i>
1	5.58	6	0.81	-2.01	3.76	2-6
2	5.23	6	0.99	-.92	-23	2-6
3	5.76	6	0.72	-3.95	19.36	1-6
4	5.94	6	0.28	-5.09	28.06	4-6
5	5.80	6	0.53	-2.63	5.81	4-6
6	5.71	6	0.60	-1.96	2.58	4-6
7	5.80	6	0.63	-3.66	14.87	2-6

4.2. Fiabilidade do Instrumento

Para averiguar a fiabilidade das escalas da MAT, procedeu-se à análise da consistência interna, determinando o alpha de Cronbach para os itens e o total da MAT. O valor do alfa de Cronbach para o total da MAT é de .78, revelando níveis aceitáveis de fiabilidade (Almeida & Freire, 2008). Realizou-se uma análise das correlações item total corrigidas e do valor do alfa de Cronbach, caso se eliminasse um determinado item (cf. Tabela 3). 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 (0.76), 4 (0.77) e 6 (0.75).

Tabela 3.

Consistência interna dos itens e total da MAT

<i>Itens</i>	<i>r item-total (corrigido)</i>	<i>Alfa de Cronbach (corrigido)</i>
1	0.47	0.76
2	0.61	0.73
3	0.54	0.74
4	0.44	0.77
5	0.55	0.74
6	0.47	0.75
7	0.60	0.73
Total dos itens		0.78

4.3. Adesão ao tratamento na Malária e Tuberculose: Estudo comparativo em utentes na província da Huíla

Para comparar a adesão ao tratamento em doentes com malária e tuberculose efetuou-se um teste t para amostras independentes. Conforme é possível verificar na tabela 5, existe uma diferença estatisticamente significativa, $t(98) = -3.26$ $p < .01$, o que permite concluir que os doentes com malária ($M=40.80$, $DP=2.44$) têm maior adesão ao tratamento em relação aos doentes com tuberculose ($M=38.84$, $DP=3.48$).

Tabela 4.

Comparação da MAT na Tuberculose e Malária (teste t-Student).

Resultados	<u>Tuberculose</u>		<u>Malária</u>		t(98)	p
	M	D.P	M	D.P		
Total MAT	38.84	3.48	40.80	2.44	-3.26	.000**

* $p < .05$; ** $p < .01$

V- Discussão

A malária e a tuberculose em Angola têm revelado um aumento significativo, registando-se 1.314.698 e 44.510 novos casos anuais, respectivamente (MINSA, 2013). Dados estes que são alarmantes e mostram a relevância do nosso trabalho, no sentido de analisar melhor esta problemática e criar estratégias não só para o combate das mesmas, mas também na adesão adequada aos tratamentos.

Num primeiro momento centramo-nos nas características mais pertinentes da amostra, considerando que a amostra deste estudo resulta da fusão de duas bases de dados pré-existentes que incluem informação respeitante a participantes com dois tipos de doenças crónicas: malária e tuberculose. A amostra combinada contempla 100 participantes dos quais 50 são doentes com malária e os outros 50 doentes com tuberculose. A média da idade para os doentes com tuberculose é de 28.7 anos ($DP = 9.1$ anos), e para os doentes com malária a média da idade é 28.96 anos ($DP = 9.3$ anos), ou seja, uma média de idade muito semelhante entre os dois grupos. Com relação ao nível socioeconómico, os doentes com tuberculose, 35 (70%) são de nível médio, 10 (20%) são de nível baixo, e 5 (10%) são de nível elevado. Quanto aos doentes com malária, 28 (56%) são de nível médio, 19 (38%) são de nível baixo, e 3 (6%) são de nível elevado. Relativamente à etapa do ciclo vital, nos doentes com tuberculose vemos que a maioria pertence à etapa de família com filhos adultos (22, 44%) e a minoria pertence à etapa

Adesão aos Tratamentos: Estudo Comparativo, Numa Amostra de Doentes com Tuberculose e Malária na Província da Huíla.
João Kupessala (e-mail:kupessalajoao@hotmail.com) 2015

de formação de casal (2, 4%). Quanto aos doentes com malária a maioria pertence à etapa de família com filhos adultos (18, 36%) e a minoria pertence à outra etapa do ciclo vital (4, 8%). Relativamente ao estado civil, é curioso notar que a maior parte dos doentes com tuberculose são solteiros, contrariamente aos doentes com malária que na sua maioria são casados. Esta observação leva-nos a concluir que o preconceito que ainda existe na sociedade angolana, relativamente à tuberculose, faz com que estes doentes tenham dificuldade em casar e arranjar um (a) parceiro (a).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2015), Angola tem uma população estimada de 11.803.488 do sexo masculino e 12.579.813 do sexo feminino. Embora na nossa amostra existam mais homens do que mulheres, tanto com tuberculose como com malária. Segundo Dolin (1998), existe uma maior prevalência de tuberculose em homens do que em mulheres, a maioria vive na zona urbana (58, 5%) e 42,0% da população pertence ao nível socio-económico médio, resultados estes que corroboram os resultados encontrados neste estudo.

Relativamente aos resultados da estatística descritiva da medida de adesão aos tratamentos (MAT), com relação à tuberculose e a malária, o item que apresenta uma média mais elevada é o item 4 “*Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?*”, o que pode indicar que os doentes Angolanos com tuberculose e malária, não deixam de tomar os medicamentos por sua iniciativa, ou seja, apresentam uma maior adesão nessas ocasiões, segundo Delgado e Lima (2001). O item que menor média teve foi o item 2, “*Alguma vez foi descuidado com as horas da toma da medicação?*”, o que indica a existência de fatores que podem levar o sujeito com doença crónica a algumas vezes se descuidar com relação aos horários para a toma da medicação. Estes resultados assemelham-se aos encontrados por Cunha (2014). Estes resultados são também corroborados por Gusmão e Mion (2006, citado por Cunha, 2014), que defendem que o paciente não é o único responsável pelo processo do tratamento, pois existem outros fatores que afetam o seu comportamento e a capacidade de aderir ao tratamento.

No que concerne à consistência interna da Medida de Adesão aos Tratamentos, os resultados são próximos aos apontados por Angelina (2012), revelando níveis aceitáveis de fiabilidade. Segundo os autores Almeida e Freire (2008), os valores da consistência interna são considerados aceitáveis a partir de .70. Com relação à tuberculose a consistência interna foi de .76 e a malária .79, o que indica que existe uma boa consistência interna quando aplicamos este instrumento numa amostra de doentes crónicos angolanos com tuberculose e malária. Com este resultado podemos ainda afirmar que a MAT mede de forma razoável o constructo que pretende medir.

Para comparar a adesão aos tratamentos de doentes com malária e tuberculose efetuou-se um teste *t* para amostras independentes, e averiguou-se que existe uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de doentes. Mais especificamente, esta análise permitiu concluir que os doentes com malária têm maior adesão aos tratamentos com relação aos doentes com tuberculose. Segundo Mendes e Fensterseifer (2004), existem grandes dificuldades na adesão aos tratamentos na tuberculose, visto que

muitos desses pacientes estão ligados a condições de miséria, desnutrição, moradia insalubre e ao cuidado inadequado de saúde. Para os mesmos autores, existem outros factores que influenciam na não adesão ao tratamento da tuberculose, tais como, a influência da família, os factores ligados a crenças culturais, a morosidade do tratamento e os custos altos em adquirir a medicação. Estes dados podem ajudar a explicar porque no nosso estudo existe maior adesão ao tratamento na malária do que na tuberculose. É sobretudo importante notar que o tratamento da tuberculose requer maiores cuidados e é mais dispendioso, comparativamente ao tratamento da malária.

O actual quadro da malária e tuberculose em Angola é preocupante. Apesar disso, os programas acerca da adesão aos tratamentos devem ser apoiados com todos os meios necessários. Todavia, a sua resolução não depende apenas do Ministério da Saúde, é necessário o envolvimento de todas as entidades não só estatais como privadas e da população em geral.

É importante salientar que os resultados obtidos e discutidos no nosso trabalho admitem a necessidade de realização de estudos mais amplos, com enfoque na obtenção de dados mais precisos e apurados, para a elaboração de melhores estratégias para promover a adesão aos tratamentos da tuberculose e malária, assim como, à redução dos casos de abandono ao tratamento.

VI. Conclusão

Com a concretização deste trabalho ficaram patentes factos que vêm reforçar o estudo sobre a adesão aos tratamentos na malária e tuberculose em doentes Angolanos. Segundo Delgado & Lima (2001), um dos maiores problemas que o sistema de saúde enfrenta é o abandono ou o não cumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde. A não aderência constitui uma das causas de insucesso das terapêuticas, contribuindo, assim, para o aumento da morbidade e da mortalidade.

A malária e a tuberculose representam duas doenças com grande impacto em Angola. A malária é uma das doenças mais frequentes no mundo, tendo sido declarada pela OMS como um problema de saúde pública que afeta muitos países em todo mundo, principalmente no continente africano, sendo vista como uma acentuada causa de mortalidade infantil e de adultos (Longuenda, 2014).

Um dos contributos desta investigação é permitir concluir que a MAT pode ser utilizada na população Angolana, dado que os resultados encontrados ao nível da fiabilidade estão dentro dos padrões referidos na literatura. Este estudo permitiu ainda concluir que existe uma maior adesão aos tratamentos na malária do que na tuberculose.

Importa acentuar que estamos perante um estudo exploratório, pelo que é necessária certa prudência no que diz respeito à generalização dos resultados. Ainda assim, os dados recolhidos fornecem resultados interessantes e que poderão servir, eventualmente, como linhas orientadoras para estudos posteriores. Tendo isto em conta, e analisando os dados obtidos,

podemos dizer que, na generalidade, os resultados vão de encontro ao esperado.

O nosso estudo, como outros, apresenta algumas limitações, uma das limitações está na origem da escassez de estudos empíricos nesta área em Angola, não permitindo comparar o estudo com alguns dados angolanos. Outra das barreiras é o facto do instrumento utilizado ser muito minimalista, avaliando apenas a adesão aos tratamentos medicamentosos, não permitindo avaliar outros tipos de adesão aos tratamentos que seriam relevantes para compreender esta temática em Angola. Como por exemplo, o acesso aos serviços de saúde, as crenças culturais, o atendimento dos profissionais de saúde, etc..

Em termos de estudos futuros, e dados as diferenças entre grupos populacionais (etnias, religiões, área de residência, crenças culturais) na população com malária e tuberculose (um país grande com zonas particulares) seriam importantes realizar estudos que comparassem assim as características destes doentes em Angola.

Diante destas conclusões, parece-nos que os objetivos a que nos traçamos neste estudo foram atingidos.

Bibliografia

- Almeida, S., & Freire T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Angelina, D. M. (2012). *Estratégias de coping familiar e qualidade de vida em doentes com tuberculose: Estudo exploratório em contexto militar angolano*. Dissertação de mestrado em psicologia, não publicada. Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Bergel, F. S. & Gouveia N. (2005). Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. *Rev. Saúde Pública*, 36(6), 898-905.
- Caliari, J. S. & Figueiredo, R. M. (2012). Tuberculose: perfil dos doentes, fluxo de atendimento e opinião dos enfermeiros. *Acta Paulista de enfermagem*, 25(1), 43-47.
- Carlos, J. & Pessoa, M. (2013). *O difícil combate à malária*. Recuperado de <http://www.dw.de/o-dif%C3%ADcil-combate-%C3%A0-mal%C3%A1ria/a-16772292> a 18 de março de 2014
- Cunha, M. C. (2014). *O impacto das variáveis sociodemográficas e familiares nas crenças e na adesão ao tratamento: Estudo exploratório, numa amostra de doentes crónicos Angolanos*. Dissertação de Mestrado, não publicada. Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Chivela, D. I. (2014). *Funcionamento Familiar e Congruência numa Amostra Angolana de Doentes Crónicos*. Dissertação de mestrado em psicologia, não publicada. Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 81-100.
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., & Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da literatura. *Millenium*, 4, 201-219.
- Ferreira, R. F., Azevedo, R. C. S., Reiner, A. A. O., Souza, T. G., & Fontes, C. J. F. (2014). Adesão ao tratamento da malária e fatores contribuintes. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 16(1), 35-43.
- Gaspar, E. P. (2008). *Transmissão vertical da malária na maternidade Lucrecia Paim Luanda, Angola, no período de Junho a Agosto de 2007: um estudo transversal*. Tese de Mestrado. Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira: Recife.
- Gusmão, J. L., & Mion Jr. D., (2006). Adesão ao tratamento: conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13 (1), 23-25.
- Kliegman, R. M., Staton, B. F., Geme, J. W., Schor, N. F., & Behrman, R.

- E. (2013). *Tratado de pediatria*. (19ª ed). Barcelona: Elsevier.
- Lawandi, P., Mussolin, N., Terra, C., Santos, A., & Andrade, R. (2014). A importância do enfermeiro diante do controle da tuberculose no século. *Revista Santa Rita* 21(17), 1-67.
- Longuenda, D. M. (2014). *As crenças sobre a doença e adesão ao tratamento em doentes angolanos com malária*. Dissertação de Mestrado, não publicada. Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Lopes, A. O. (2010). *Tuberculose um problema de saúde pública, causas do abandono do tratamento*. Trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem. Centro Universitário de São Camilo: São Paulo
- Maldaner, C., Beuter, M., Brondani, C., Budó, M., & Pauletto M. (2008). Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Rev Gaúcha Enferm.* 29(4):647-53.
- Mendes, A., & Fensterseifer, L. (2004). Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? *Bol Pneumol Sanit;* 12(1): 25-36.
- Michael, E. H., & Carolyn H. W. (2003). *Medicina pulmonar. Diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill.
- Ministério da saúde do Brasil (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde, (2010). *Guia prático de tratamento da malária no Brasil.. Manual técnico*. Brasília.
- Ministério da Saúde da Republica de Angola. (2013). *Relatório anual das atividades desenvolvidas pelo MINSA*. Luanda.
- Ministério da Saúde da Republica de Angola (2014). *Diretrizes e normas de conduta para o diagnóstico e tratamento da malária*, Angola.
- Ministério da Saúde da República de Angola (MINSA) (2014). *Tuberculose em Angola como problema prioritário de saúde pública*. Recuperado de <http://www.dnoticias.pt/actualidade/mundo/437961-tuberculose-em-angola-e-problema-prioritario-de-saude-publica> a 16 de novembro de 2014.
- Paula, H. C. (2011). *O Abandono do tratamento da tuberculose na estratégia saúde da família: Um estudo qualitativo em uma área*. Rio de Janeiro: Programática do Município do Rio de Janeiro.
- Pina, E. S. R. (2013). *Adesão dos pacientes com tuberculose ao tratamento com anti-tuberculosos na Cidade da Praia e São Felipe- Fogo. Factores da não adesão ao tratamento*. Monografia. Universidade Jean Piaget: Cabo Verde.
- Piedade, D.I. (2014). *Funcionamento Familiar e Congruência numa Amostra Angolana de Doentes Crónicos*. Dissertação de Mestrado, não publicada. Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

- Pôrto, A. (2007). Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. *Rev. Saúde Pública* 41(1), 43-49.
- Queiroz, R. (2008). *Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade de São Paulo, Faculdade de saúde pública.
- Reiners, A., Bilo, A., Azevedo, B., Fontes, R., Graziella, C. & Souza, G. (2013). Estudos sobre adesão ao tratamento da malária. *Revista eletrônica trimestral de enfermagem*, 32, 304-319.
- 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.
- Silveira, L. M. C. & Ribeiro, V. M. B. (2005). Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Comunicação, Saúde e Educação*, 9(16), 91-104
- Smeltzer, S. C. & Bare, B. G. (1999). Bruner & Suddarth Tratado de enfermagem Médico- cirúrgico: Cuidados aos pacientes com condições no tórax e trato respiratório inferior. (9.ºed) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

ANEXOS



ANEXO (A)

INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES

Nome da investigação: Adesão ao tratamento de doentes angolanos com malária e tuberculose.

Esta investigação tem como **objectivo:** estudar a relação entre as relações afectivas com pais e amigos e o desenvolvimento de estratégias de regulação das emoções em jovens adultos angolanos.

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

NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS

A equipa deste projecto está intensamente 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 20____

(Assinatura)



ANEXO (B)

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		

Adesão aos Tratamentos: Estudo Comparativo, Numa Amostra de Doentes com Tuberculose e Malária na Província da Huíla.

João Kupessala (e-mail:kupessalajoao@hotmail.com) 2015

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 solidariiedade) _____

*Nível socioeconómico	
*Etapa do ciclo vital	

*Campos a preencher pelo investigador, ao final da entrevista



ANEXO (C)

A.B. DELGADO & M.L. LIMA
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 (D)

Alfa dos itens da MAT

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	34,24	7,194	,465	,758
Medida de Adesão aos Tratamentos 2	34,59	5,982	,605	,732
Medida de Adesão aos Tratamentos 3	34,06	7,269	,539	,739
Medida de Adesão aos Tratamentos 4	33,88	9,097	,437	,772
Medida de Adesão aos Tratamentos 5	34,02	7,979	,547	,743
Medida de Adesão aos Tratamentos 6	34,11	7,917	,474	,753
Medida de Adesão aos Tratamentos 7	34,02	7,414	,603	,728



ANEXO (E)

Estatísticas Descritivas 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
N Valid	100	100	100	100	100	100	100
N Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean	5,58	5,23	5,76	5,94	5,80	5,71	5,80
Mode	6	6	6	6	6	6	6
Std. Deviation	,819	,993	,726	,278	,532	,608	,636
Skewness	-2,009	-,921	-3,953	-5,098	-2,631	-1,960	-3,660
Std. Error of Skewness	,241	,241	,241	,241	,241	,241	,241
Kurtosis	3,761	-,225	19,358	28,063	5,816	2,584	14,873
Std. Error of Kurtosis	,478	,478	,478	,478	,478	,478	,478
Minimum	2	2	1	4	4	4	2
Maximum	6	6	6	6	6	6	6



ANEXO (F)

Estatística Descritiva e Test *t* de Student

Group Statistics							
Doença Crónica	Statistic	Bootstrap ^a					
		Bias	Std. Error	95% Confidence Interval			
				Lower	Upper		
Total	N	50					
	Tuberculose	Mean	38,8400	-,0025	,5002	37,7803	39,7399
		Std. Deviation	3,47798	-,07435	,58226	2,27878	4,52095
		Std. Error Mean	,49186				
MAT	N	50					
	Malária	Mean	40,8000	-,0081	,3340	40,1156	41,3921
		Std. Deviation	2,44114	-,04594	,41996	1,52700	3,16942
		Std. Error Mean	,34523				

	F	t	df	Sig. (2-tailed)	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
Total Equal variances assumed	4,088	-3,262	98	,002	,60092	-3,15252	-,76748
MAT Equal variances not assumed		-3,262	87,850	,002	,60092	-3,15424	-,76576