

Ana Catarina dos Anjos Roque

Adesão Terapêutica e Qualidade de Vida: estudo exploratório em indivíduos com  
Doença Obstrutiva Crónica e Tuberculose Pulmonar

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2010



Ana Catarina dos Anjos Roque

Adesão Terapêutica e Qualidade de Vida: estudo exploratório em indivíduos com  
Doença Obstrutiva Crónica e Tuberculose Pulmonar

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2010

Ana Catarina dos Anjos Roque

Adesão Terapêutica e Qualidade de Vida: estudo exploratório em indivíduos com  
Doença Obstrutiva Crónica e Tuberculose Pulmonar

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade  
Fernando Pessoa, pela mestranda Ana Catarina dos Anjos  
Roque, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia,  
na área de especialização em Psicologia Clínica e da  
Saúde, sob a orientação da Mestre Sónia Alves.

---

Porto, 2010

## **Resumo**

A Adesão possui um papel fundamental no controlo dos sintomas e evolução da doença. Todavia, a não adesão aos regimes terapêuticos é uma realidade ainda comum, podendo comprometer o tratamento, mas sobretudo, a vida dos doentes.

Concomitantemente, é associado ao incumprimento terapêutico determinadas crenças e do indivíduo, quer em relação ao tratamento quer em relação à sua doença, podendo estas influenciar, de forma directa ou indirecta, no processo de Adesão, causando um impacto significativo na Qualidade de Vida (QDV) do doente. Assim, tendo em conta a possível associação entre estas variáveis, procuraremos avaliar o papel da Adesão Terapêutica na QDV nos indivíduos com DPOC e TB.

O presente estudo, contempla uma amostra de conveniência de 35 sujeitos em regime de internamento, com DPOC (N=18) e TB (N=17). A amostra tem idades compreendidas entre os 25 e os 84 anos, sendo a sua média de 54 anos (M= 53,63; DP=15,090).

Foi verificado que existe uma correlação inversamente significativa entre as Crenças específicas e a QDV Geral ( $r=-0,550$ ;  $p=0,001$ ). Relativamente à Adesão, esta encontra-se positiva e significativamente relacionada com os Domínios Psicológico, Relações Sociais e Ambiente da QDV. Deste modo, constatou-se neste estudo que a variável que melhor prediz a QDV são as Crenças específicas ( $R^2=0,302$ ;  $p=0,001$ ).

*Palavras-Chave: Adesão Terapêutica; Qualidade de Vida; Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e Tuberculose.*

## **Abstract**

The Adherence has a key role in the control of the symptoms and in the progression of the disease. However, the non-adherence to the therapeutic regimes is still a reality and it may jeopardize the treatment, but especially the patients' lives.

At the same time, some individual beliefs are associated to the therapeutic failure, either regarding the treatment or the disease itself. These beliefs may influence, directly or indirectly, the process of Adherence, causing a significant impact in the Quality of Life (QOL) of the patient. Therefore, taking into account the possible association between these variables, we will try to evaluate the role of the Therapeutic Adherence in the QOL of individuals with COPD and TB.

This study contemplates a sample of convenience of 35 inpatients, with COPD (N=18) and TB (N=17). The sample is aged between 25 and 84 years old, being its media 54 years old (M=53,63; DP=15,090).

It was recognized that there is a correlation inversely significant between specific Beliefs and General QOL ( $r=-0,550$ ;  $p=0,001$ ). Regarding the Adherence, this is positively and significantly related to the Psychological, Social Relations and Surroundings Domains of the QOL. Thus, it was found that the variable that best predicts the QOL are the specific Beliefs ( $R^2=0,302$ ;  $p=0,001$ ).

*Keywords: Therapeutic Adherence; Quality of Life; Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Tuberculosis.*

## **Dedicatória**

*À memória do meu querido Pai,  
que apesar de não estar presente neste momento,  
estará certamente, a aplaudir-me orgulhosamente!*

## **Agradecimentos**

Ao longo de toda esta caminhada, foram vivenciados sentimentos ambivalentes... alegrias, tristezas, motivação e cansaço. Sentimentos esses partilhados com muitas pessoas, que puderam testemunhar e contribuir de forma inigualável na minha formação, mas sobretudo na minha vida. Certamente sem o vosso apoio nada teria sido possível de alcançar do mesmo modo. Desde já gostaria de agradecer:

À Mestre Sónia Alves, orientadora deste trabalho, pela sua sabedoria, disponibilidade e profissionalismo, mas sobretudo, pelo seu valor humano, pelas suas palavras de conforto e alento, que nunca me deixaram desistir face às dificuldades encontradas, acreditando nas minhas qualidades pessoais e profissionais, fazendo-me crer que era capaz de o alcançar!

À minha Supervisora de estágio do Hospital de Joaquim Urbano (HJU), a Dr.<sup>a</sup> Joana Freixo, pelas suas oportunas e pertinentes opiniões, pela paciência e, pelo reconhecimento e valorização do trabalho desenvolvido durante o período de estágio.

Aos utentes do HJU que contribuíram inquestionavelmente para o presente trabalho. Agradeço a todos a colaboração, a boa vontade e esforço, mesmo nos momentos de maior fragilidade física e, por vezes psicológica.

Agradeço à minha querida Mãe Eulália, pelo apoio, pela confiança, pelo esforço, pelo exemplo de luta e de força, contribuindo de um modo decisivo no meu percurso académico e pessoal.

À minha querida irmã Marta, amiga e companheira, que sempre esteve e estará incondicionalmente e orgulhosamente ao meu lado.

Aos meus tios e avó, pelo exemplo de vida e pela força e, por estarem do meu lado, contribuindo também eles, para a concretização deste objectivo.

Ao Cláudio, pela confiança, pelo companheirismo, pela força, pela paciência, por estar do meu lado quando as forças me falhavam, por me fazer ver a vida com outros olhos, mostrando-me que afinal é possível! E ainda, pelo orgulho e reconhecimento manifestados, ajudando-me a alcançar este objectivo de vida.

Às minhas amigas e companheiras de luta Carmencita, Zélia, Tânia, Mónica, Cristina pela amizade, pelo apoio demonstrado, pela partilha de alegrias e tristezas, de receios partilhados, pelas noites perdidas quando o trabalho académico assim o exigiu, fazendo-me sentir saudades desses momentos que jamais esquecerei!

À minha amiga Liliana pelos anseios, medos, frustrações, comumente partilhados desde o primeiro dia de estágio até à conclusão deste trabalho final. Obrigada pela força!

À Teresa por ser a amiga de sempre e para sempre!

À Universidade Fernando Pessoa, a todo o corpo docente, pelo rigor e empenho em fazer do ensino superior um ensino de qualidade, dotando os seus alunos de competências pessoais e profissionais, funcionando como marcos importantes, que farão certamente a diferença enquanto futuros profissionais. Assim, enquanto aluna desta Universidade manifesto o meu profundo orgulho, por ter feito parte desta “família”!

A todos, o meu sincero,

Obrigada!

## **Lista de Abreviaturas**

**AVD** – Actividades de Vida Diárias

**APA** – American Psychological Association

**APPORT** – Associação dos Psicólogos Portugueses

**BPS** – British Psychological Society

**BIPAP** – Bi Level Positive Airway Pressure

**DOTS** – *Direct* Observed Treatment Short-Course

**DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

**EAM** – Escala de Adesão aos Medicamentos

**HJU** – Hospital de Joaquim Urbano

**MCS** – Modelo de Crenças de Saúde

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PRP** – Programa Ambulatorial de Reabilitação Pulmonar

**QCF** – Questionário de Crenças Acerca dos Fármacos

**QDV** – Qualidade de Vida

**QDVRS** – Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde

**SPPS** – Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

**TB** – Tuberculose

**TBMR** – Tuberculose Multirresistente

**TP** – Tuberculose Pulmonar

**TOD** – Toma Observada Directamente

**VIH** – Vírus da Imunodeficiência Humana

**WHOQOL-BREF** – *World Health Organization Quality of Life Instrument*

## Índice Geral

<b>Resumo</b> .....	v
<b>Abstract</b> .....	vi
<b>Dedicatória</b> .....	vii
<b>Agradecimentos</b> .....	viii
<b>Lista de Abreviaturas</b> .....	x

### Parte I – Fundamentação Teórica

Introdução .....	1
Capítulo I – Psicologia da Saúde .....	5
1.1. Psicologia da Saúde: Conceptualização .....	5
1.2. Representações de Saúde e Doença.....	16
1.3. O Adoecer corporal .....	21
1.3.1. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) .....	23
1.3.1.1. Definição de DPOC .....	24
1.3.1.2. Factores psicossociais associados à DPOC .....	26
1.3.2. Tuberculose (TB) .....	31
1.3.2.1. Definição de TB .....	31
1.3.2.2. Tratamento da Tuberculose: princípios básicos .....	32
1.3.2.3. Factores psicossociais associados à TB .....	34
Capítulo II – Adesão Terapêutica na DPOC e na TB .....	37
2.1. A Adesão Terapêutica .....	37
2.1.1. Conceito de Adesão Terapêutica .....	38
2.1.2. Determinantes da Adesão .....	42
2.1.3. Modelos de mudança comportamental explicativos da Adesão .....	48
2.1.3.1. Modelo de Crenças da Saúde (MCS) .....	49
2.2. A Adesão terapêutica na DPOC .....	53
2.3. A Adesão Terapêutica na TB.....	56
Capítulo III – Qualidade de Vida na DPOC e na TB .....	59
3.1. Definição de QDV e de QDVRS.....	59
3.2. Avaliação da QDV.....	63
3.3. Qualidade de Vida e DPOC.....	66

3.4. Qualidade de Vida e TB .....	69
Parte II – Estudo Empírico	
Capítulo IV – Contribuição Pessoal: Estudo Exploratório .....	72
4.1. Objectivos.....	72
4.1.1. Objectivo Geral.....	72
4.1.2. Objectivos Específicos .....	72
4.2. Método.....	73
4.2.1. Procedimentos .....	73
4.2.2. Material.....	75
4.2.3. Participantes .....	83
4.3. Apresentação e discussão dos resultados .....	89
Conclusão .....	99
Referências bibliográficas .....	104
Anexos	
Anexo A “Consentimentos dos instrumentos”	
Anexo B “Consentimentos Comissão de Ética”	
Anexo C “Termo de Consentimento Informado”	
Anexo D “Dados Sócio – Demográficos e Clínicos”	
Anexo E “ <i>World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL - Bref)</i> ”	
Anexo F “Questionário de Crenças acerca dos Fármacos (QCF - Específico)”	

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1.</b> <i>Caracterização dos Participantes quanto à idade (N=35)</i> .....	84
<b>Quadro 2.</b> <i>Caracterização Sócio-Demográfica dos Participantes (N=35)</i> .....	85
<b>Quadro 3.</b> <i>Distribuição dos Participantes quanto à idade na DPOC e na TB</i> .....	86
<b>Quadro 4.</b> <i>Caracterização Sócio-Demográfica dos participantes na DPOC e na TB</i> .....	87
<b>Quadro 5.</b> <i>Caracterização dos Participantes de acordo com os dados clínicos (tempo de diagnóstico)</i> .....	88
<b>Quadro 6.</b> <i>Percepção da QDV dos Participantes (N=35)</i> .....	89
<b>Quadro 7.</b> <i>Percepção da Adesão Terapêutica dos Participantes (N=35)</i> .....	90
<b>Quadro 8.</b> <i>Análise Descritiva das Médias das Crenças Específicas dos Participantes (N=35)</i> .....	91
<b>Quadro 9.</b> <i>Correlações entre QDV, Crenças Específicas e Adesão Terapêutica dos Participantes (N=35)</i> .....	93
<b>Quadro 10.</b> <i>Preditores da QDV da Amostra (N=35)</i> .....	94
<b>Quadro 11.</b> <i>Diferenças da Adesão Terapêutica na DPOC e na TB</i> .....	96
<b>Quadro 12.</b> <i>Diferenças das Crenças Específicas dos Participantes na DPOC e na TB</i> ...	97
<b>Quadro 13.</b> <i>Diferenças da QDV na DPOC e na TB</i> .....	98

*“Não conto gozar a vida; nem em gozá-la penso.  
Só quero torná-la grande, ainda que para isso  
tenha de ser o meu corpo e a minha alma a lenha  
desse fogo”*

Fernando Pessoa, s/d

## **Introdução**

O presente estudo exploratório surge da experiência de estágio curricular no Hospital de Joaquim Urbano (HJU), onde foi possível contactar com utentes através do acompanhamento psicológico realizado.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma patologia crónica com um pendor incapacitante na saúde do indivíduo. O seu carácter progressivo propicia uma alteração e limitação em várias áreas de vida, exigindo uma alteração e readaptação de rotinas por parte do indivíduo. Ao mesmo tempo, as manifestações sintomáticas da doença comprometem grandemente e gradualmente, a qualidade de vida dos seus portadores. Deste modo, torna-se necessário que a pessoa portadora de DPOC adopte alguns comportamentos de saúde, procurando evitar o desenvolvimento dos sintomas.

A Tuberculose (TB) é uma patologia de cariz infeccioso, ainda com marcada prevalência em todo mundo. A TB é vista hoje em dia ainda com algum estigma dado que, ainda é associada à adopção de comportamentos de risco, comum dos países sub-desenvolvidos, onde existe uma alta taxa de pobreza.

Apesar da TB ainda ser encarada com desconfiança, pode ser no entanto curada, necessitando que exista uma responsabilização e colaboração por parte do doente, na realização do tratamento.

A Qualidade de Vida (QDV) tem sido um construto bastante abordado nos mais variados contextos, desde a comunidade científica ao senso comum, sendo a sua denominação alvo de alguma dissonância. Como é referido na literatura, avaliar a QDV no contexto clínico revela-se por vezes difícil. No entanto, actualmente existem alguns instrumentos que avaliam este construto, que permitem aos técnicos de saúde uma visão mais clara da percepção da sua QDV.

Por outro lado, a Adesão Terapêutica é também ela, uma variável bastante considerada nos contextos hospitalares, uma vez que o incumprimento terapêutico tem sido associado aos sucessivos internamentos, dado o comprometimento no estado de saúde dos doentes, mas também pela diminuição da QDV.

Tendo em consideração estes factos, esta investigação procurará analisar o papel da Adesão Terapêutica na QDV nos indivíduos portadores de DPOC e de TB. Relativamente aos objectivos específicos, procuraremos analisar a relação entre a Adesão Terapêutica e as Crenças individuais (específicas) e ainda, comparar os níveis de Adesão, Crenças específicas e QDV nos indivíduos com DPOC e TB.

Para a avaliação destas variáveis, foram utilizados três instrumentos: o *World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHOQOL-Bref); o Questionário de Crenças acerca dos Fármacos - específico (QCF - específico) e a Escala de Adesão aos Medicamentos (EAM). Relativamente à amostra é composta por 35 indivíduos, sendo que 18 tinham diagnóstico de DPOC e 17 diagnóstico de TB. Os critérios de inclusão que foram considerados: ter o diagnóstico de DPOC ou TB. Os critérios de exclusão era terem outra patologia que não as anteriormente mencionadas.

No que concerne à divisão do trabalho este encontra-se dividido em duas partes: a primeira parte é a Fundamentação Teórica, que contempla os Capítulos I, II, III e, a segunda parte que se refere ao Estudo Empírico e integra o Capítulo IV.

No Capítulo I, será abordada a Psicologia da Saúde, designadamente a sua evolução histórica, onde será abordada as representações de saúde e Doença, focando a questão do adoecer corporal, bem como a definição de DPOC e TB tendo em conta as implicações psicossociais implicadas.

O Capítulo II abordará o conceito de Adesão Terapêutica assim como, os determinantes associados, referindo o Modelo de Crenças da Saúde (MCS) e, por último a Adesão na DPOC e na TB.

No capítulo III será definido o conceito de QDV e da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QDVRS), integrando a QDV na DPOC e na TB

A Contribuição Empírica, integra o Capítulo IV, referindo-se à metodologia e método adoptados, fazendo uma apresentação do objectivo geral e dos objectivos específicos. Neste capítulo é referido qual o procedimento utilizado, o material e a caracterização dos participantes. Posteriormente, é feita uma apresentação e discussão dos resultados obtidos neste estudo tendo por base a análise estatística realizada, nomeadamente, a análise descritiva, diferencial, correlacional e de regressão.

No Capítulo IV, será feita uma síntese conclusiva sobre todo o estudo, procurando enunciar os contributos e as limitações encontradas, sugerindo algumas sugestões para investigações futuras.

Por último, seguem-se as referências bibliográficas e os anexos.

## **Parte I – Fundamentação teórica**

## Capítulo I – Psicologia da Saúde

### 1.1. Psicologia da Saúde: Conceptualização

Neste primeiro capítulo será abordada a temática da Psicologia da Saúde, ainda que de uma forma breve, uma vez que está directamente relacionada com o tema em questão. Assim, será referido o conceito de Psicologia da Saúde, bem como, a sua evolução ao longo da história, tendo em conta os modelos inerentes e, também, os campos de actuação.

Na década de 70, foi possível assistir ao aparecimento de uma nova área da Psicologia, designada como Psicologia da Saúde. Este novo ramo da Psicologia encarava o indivíduo como um todo, baseando-se no paradigma holístico, ou seja, considera-se o indivíduo como um ser complexo com múltiplas dimensões, evidenciando o facto que, os comportamentos de saúde e de reacção à doença não fazem mais sentido sem o contributo das variáveis psicológicas (Grilo & Pedro, 2005).

Historicamente, podemos recorrer ao estudo realizado pela *American Psychological Association* (APA), na década de 70, que procurou investigar a contribuição dos Psicólogos no estudo dos aspectos comportamentais, nas doenças físicas e na manutenção da saúde (Pais-Ribeiro, 1998).

O intuito deste estudo, para além de determinar o papel da psicologia no campo da Saúde, procurava, também, determinar se a psicologia permaneceria associada a uma categoria da medicina comportamental ou se estabeleceria um campo distinto, com objectivos e focos autónomos (Straub, 2005). Assim, com base nos resultados obtidos foi criada pela APA, em 1978, a Divisão de Psicologia da Saúde (Divisão 38), sendo que a partir do ano 1982, começou a publicar periodicamente um jornal denominado por *Journal of Health Psychology* (Pais-Ribeiro, 1998).

Concomitantemente, no Reino Unido, em 1980, foi criada a *British Psychological Society* (BPS), constituída por 10 grandes divisões, estando subdivididas em diferentes grupos, sendo que, em 1997, foi fundada a 7.<sup>a</sup> divisão, a qual se refere à *Health Psychology* (Pereira, 2006). O intuito destas duas divisões pertencentes a estas associações, centram-se, essencialmente, no avanço relativamente ao crescimento da Psicologia enquanto ciência, para que melhor possa compreender e intervir na saúde, na doença e nos cuidados básicos de saúde. Ao mesmo tempo, a manutenção e a promoção da saúde, são também um dos objectivos principais (Pereira, 2006).

Em Portugal também se assistia a algumas transformações, mais concretamente no ano de 1980, é publicado um artigo de Pereira (1980), onde o autor faz menção à relação existente entre comportamento, saúde e doença (Pais Ribeiro, 1998).

A Associação dos Psicólogos Portugueses (APPORT) apresenta uma divisão dedicada à Psicologia da Saúde, onde publica periodicamente artigos sobre a Psicologia da Saúde e também são organizadas reuniões científicas para debater esta temática, organizadas pela APPORT e pelas escolas de formação (McIntyre, 1994).

Com efeito, em 1995, na sequência do 1.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, criou-se em Portugal a Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (SPPS), que permitiu a sedimentação deste ramo científico, fomentando um progressivo aumento da investigação e intervenção em diversos contextos (Pereira, 2006).

Contudo, a Psicologia da Saúde sofreu sucessivas transformações ao longo da história, associadas à visão que vigorava na época, nomeadamente, em relação ao Homem, à Saúde e à Doença.

Assim, anteriormente à Revolução Industrial, no período pré-científico, o modelo que orientava a intervenção médica, era a visão holística/ecológica. De acordo com o pensamento

antigo, o bem-estar e a Saúde, eram consequência da harmonia entre aspectos ambientais (vento, água, temperatura, terra e os alimentos) e o comportamento ou a maneira de viver do indivíduo, nomeadamente, os hábitos alimentares, a bebida, o sexo, o trabalho e a recreação (Pais-Ribeiro, 2005a).

O médico era considerado não só um técnico, mas também, um filósofo, professor e sacerdote, o que facilitava a compreensão holística da relação Doença - Saúde. Na Idade Média, a saúde era percebida como um hábito ou uma disposição habitual relativamente à natureza, tratando-se de igual modo, de uma concepção holística de Saúde. Todavia, esta perspectiva ecológica, que dominou o pensamento do homem ao longo do tempo, foi-se revelando insuficiente e desajustada, emergindo o pensamento científico moderno (Pais-Ribeiro, 2005a).

O Modelo Biomédico tradicional teve origem no pós-renascimento, devido aos graves problema de saúde que na altura despontavam (Correia, 2006). Estes problemas de saúde tinham por base o aumento de tráfego migratório de pessoas para as cidades, sem possuírem condições de salubridade e habitabilidade mínimas, contribuindo para o aumento progressivo de microrganismos causadores de morbidade e mortalidade nesta época. Uma das doenças mais recorrentes na época foi a tuberculose, tendo provocado inúmeras vítimas; no entanto, outras doenças infecciosas despoletavam por esta altura, designadamente, a pneumonia, o sarampo, a gripe, a escarlatina, a difteria e a varíola, entre outras patologias (Pais-Ribeiro, 2005b).

Nesse sentido, para dar uma resposta eficaz a estas epidemias, em meados do século XIX, foram traçadas algumas medidas de saúde pública, especificamente, a criação de uma rede de esgotos, distribuição de água potável, recolha de lixo, gestão de migrações, entre outras, com o desígnio de combater as doenças, evitando a proliferação de germes (Correia, 2006).

O modelo biomédico aplicado à saúde pública foi desenvolvido de acordo com a visão que as doenças infecciosas eram difíceis, ou até mesmo impossíveis, de serem curadas, sendo que a partir do momento que um adulto a possuísse, o seu tratamento e a sua cura teriam custos elevados. Assim, as doenças infecciosas eram contraídas através do meio, ambiente físico e social, no qual continha o agente patogénico. Deste modo, para prevenir as doenças seria necessário controlar os agentes patogénicos, e para tal, a Teoria do Germe, abarcava os fundamentos e princípios teóricos a seguir, visto que segundo esta teoria, para cada organismo patológico específico, estaria associada uma doença específica (Pais-Ribeiro, 2005b).

A Primeira Revolução da Saúde surge na sequência da aplicação prática do modelo biomédico na prevenção de doenças, tendo conduzido à elaboração de modernas políticas de saúde pública (Pais-Ribeiro, 2005a).

O modelo biomédico caracteriza-se de acordo com uma concepção cartesiana do mundo, ou seja, a doença era encarada como uma avaria temporal ou permanente, do funcionamento de um componente ou da relação entre componentes. Assim, de acordo com esta perspectiva curar uma determinada doença, equivaleria à reparação da máquina (Engels, 1977; Noack, 1987, citado por Pais-Ribeiro, 2005a).

De acordo com Correia (2006), o desenvolvimento científico e tecnológico que se sentiu na primeira metade do século XX, o sucesso do modelo biomédico para a cura das doenças foi cada vez maior. Estes avanços científicos e tecnológicos permitiram um aumento da esperança média de vida, através de uma maior sofisticação dos tratamentos médico-cirúrgicos, da descoberta de antibióticos e vacinas diminuindo, assim, a taxa de mortalidade infantil.

Contudo, o aumento da esperança de vida, deu lugar a um progressivo aumento das doenças crónicas e degenerativas, associadas à velhice. Consequentemente, assistiu-se em

meados do século XX, a uma alteração nos padrões de morbidade e mortalidade, uma vez que as causas associadas ao aparecimento de doenças já não eram entendidas como resultado da presença de organismos patogénicos, mas sim, pela adopção de comportamentos humanos prejudiciais, particularmente, o consumo excessivo de álcool, hábitos tabágicos, alimentação descuidada, sedentarismo, stress, entre outros (Correia, 2006).

Segundo o mesmo autor, e face ao aparecimento desta nova realidade emergente, o modelo biomédico declarava nítidas limitações, uma vez que o paradigma causal-linear se revelava limitador e com poucas respostas para a nova realidade (Correia, 2006).

O paradigma do modelo biomédico defende que o aparecimento das doenças se deve essencialmente a causas biológicas, desprezando a existência de outros factores, nomeadamente, a interacção de acontecimentos sociais, psicológicos e biológicos (Stroebe & Stroebe, 1995).

Como consequência, e tendo em conta as limitações que este modelo possuía, tornou-se inevitável a mudança no modo como era encarada a Saúde e a Doença, assim como, a forma de actuação e intervenção (Correia, 2006).

Apesar de presentemente, este modelo se revelar limitado para responder às actuais necessidades no âmbito da saúde, sem a sua existência, provavelmente, não teria sido possível o desenvolvimento civilizacional actual (Pais-Ribeiro, 2005a).

Assim, tendo sido reconhecidas as dificuldades, subjacentes ao modelo biomédico, Engel (1977), propôs um acrescento a este modelo, isto é, a implementação dos factores psicossociais no pensamento científico. Este autor defendia que, os factores biológicos, psicológicos e sociais são igualmente determinantes e importantes na Saúde e na Doença. De acordo com este modelo, o diagnóstico médico deverá sempre contemplar a interacção destes três factores, quer ao nível da avaliação da saúde, quer ao nível das recomendações de

tratamento. Começava a emergir deste modo, o modelo biopsicossocial de saúde e doença (Stroebe & Stroebe, 1995).

O presente modelo procurou integrar o psicológico e o meio ambiente no modelo de saúde biomédico tradicional. No que se refere ao contributo biológico, este encerrava em si a genética, os vírus, as bactérias e os defeitos estruturais; no que concerne aos aspectos psicológicos da Saúde e Doença, estes englobam as cognições e expectativas acerca da saúde, as emoções, nomeadamente, o receio relativamente ao tratamento a efectuar e, ainda, os comportamentos adoptados, designadamente, consumos de álcool, tabaco, exercício físico entre outros. Por último, os aspectos sociais ligados à Saúde eram descritos através das normas sociais de comportamentos, das pressões para a mudança de comportamentos, dos valores sociais relativos à saúde, classe social e do grupo étnico (Engel, 1977, citado por Ogden, 2004).

Na década de 70, Julius Richmond e a Conferência de Alma-Ata avançam com a expressão de Segunda Revolução da Saúde, uma vez que, se verifica uma deslocação do foco de atenção da doença para a saúde, ou seja, a Promoção da Saúde ganha grande relevo com este novo modelo (Pais-Ribeiro, 2005b).

Esta nova concepção encara a Saúde de um modo mais abrangente, defendendo que se o indivíduo se mantiver saudável, recorrerá menos vezes aos serviços de saúde, possibilitando, deste modo, uma diminuição na despesa do sistema de saúde (Correia, 2006).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), pode-se encarar o desenvolvimento do modelo biomédico centrado na Doença e, associada a essa perspectiva, a Primeira Revolução da Saúde, que se debruçava na Prevenção das Doenças. Pelo contrário, a Segunda Revolução da Saúde preocupava-se com a Saúde ao invés da Doença, preconizando o regresso a uma perspectiva ecológica, que deverá atender à Saúde do ecossistema, devendo

estar livre de pressões de modo a facilitar a sua recuperação, sustentação, sem perturbar sistemas vizinhos, sem conter factores de risco, ecossistemas que sejam economicamente viáveis e que tenham capacidade de suportar comunidades humanas saudáveis (OMS, 2000, citado por Pais-Ribeiro, 2005a).

A Doença em meados do século XX começou a surgir como resultado de comportamentos humanos adoptados, que começavam a interferir negativamente na Saúde do indivíduo, nomeadamente, o cancro e as doenças cardiovasculares (Pais-Ribeiro, 2005a).

A Segunda Revolução da Saúde promoveu uma redefinição de conceitos e de actuação, permitindo que a Psicologia, enquanto ciência, fosse sedimentando a sua importância ao nível da actuação e investigação, dando origem a um novo ramo designado por Psicologia da Saúde (Correia, 2006).

De acordo com Odgen (2004), a psicologia da saúde enfatiza o papel desempenhado pelos factores psicológicos nas causas, progressão e consequências da saúde e da doença. Nesse sentido, pressupõe dois objectivos: por um lado, procura compreender, explicar, desenvolver e testar teorias, através da avaliação do papel do comportamento na etiologia da doença, do prognóstico dos comportamentos prejudiciais para a Saúde, do estudo do papel da psicologia na vivência e no tratamento da doença; por outro lado, tenciona colocar em prática a teoria, através da promoção de comportamentos saudáveis, bem como, ao nível da prevenção do aparecimento de doenças.

De acordo com a clássica definição proposta por Joseph Matarazzo (1982), a Psicologia da Saúde pode ser apresentada como o domínio da Psicologia que recorre aos conhecimentos de diversas áreas que compõem a Psicologia, tendo em vista a promoção e protecção da saúde, mas também, a prevenção e tratamento da doença, identificando a sua etiologia e diagnóstico

relacionado com a saúde, com as doenças e disfunções associadas, procurando deste modo, um aperfeiçoamento da política de saúde.

De acordo com Belar, Deardorff e Kelly (1987) existem alguns factores associados ao desenvolvimento da Psicologia da Saúde, designadamente, o fracasso do modelo biomédico na explicação da Doença e da Saúde, o aumento da preocupação com fenómenos relacionados com a qualidade de vida e com a prevenção da doença, alteração do foco de atenção dos profissionais de saúde, das doenças infecciosas para as doenças crónicas, atribuindo cada vez mais importância ao estilo de vida adoptado por parte dos indivíduos, maior maturidade nas investigações relacionadas com as ciências comportamentais e, por último, o aumento dos custos nos cuidados de saúde levou a procura de alternativas aos cuidados de saúde tradicionais (Pais-Ribeiro, 2005a).

Actualmente, existem duas perspectivas distintas no corpo teórico da Psicologia da Saúde: a perspectiva tradicional e a perspectiva crítica. No que concerne à perspectiva tradicional, esta relaciona-se com o modelo biopsicossocial, baseando-se em metodologias quantitativas de investigação, procurando investigar os comportamentos saudáveis e os comportamentos de risco, focando-se nos seus determinantes psicológicos, nomeadamente, as crenças, atitudes, percepções e no seu valor preditivo. Contrariamente, a perspectiva crítica, refere-se ao modelo fenomenológico-discursivo, que se apoia numa metodologia qualitativa de análise de discurso e investigação participada, focando-se nas experiências de saúde e doença e na sua influência na construção de identidades sociais (Crossley, 2000, citado por Teixeira, 2004).

Assim, a Psicologia da Saúde, está orientada essencialmente para o estudo dos comportamentos e atitudes preventivas e promotoras da saúde e bem-estar dos indivíduos (Teixeira, 2007).

O alvo principal da Psicologia da Saúde é a dimensão de Saúde, nesse sentido, o seu campo de actuação no que se refere à prevenção, subdivide-se a três níveis: a prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária (Pereira, 2006). Relativamente à prevenção primária, esta tende a intervir de forma que o comportamento problema não se desenvolva, esta acção de prevenção deverá ser realizada desde a infância até à velhice, isto é, durante todo o ciclo de vida. A prevenção secundária intervém numa fase em que o comportamento problema já existe, apesar de ainda não haver uma manifestação patológica, assim, procurar-se-á modificar comportamentos desajustados dos indivíduos. Por último, a prevenção terciária intervém junto dos indivíduos, de modo a alterar os comportamentos problema, que são traduzidos através da manifestação da patologia, com o intuito de evitar a sua reincidência, retardando a sua evolução e promovendo a sua qualidade de vida (Pereira, 2006).

Com efeito, a Terceira Revolução da Saúde surge na sequência dos efeitos da Segunda Revolução da Saúde e da sua incapacidade em dar uma resposta eficaz aos problemas que foram surgindo. Nesse sentido, Matarazzo (1980) aponta que a Psicologia da Saúde, poderá contribuir positivamente, uma vez que, é uma *“oportunidade para ajudar a nação a reduzir a aceleração dos custos de saúde”* (Matarazzo, 1980, citado por Pais-Ribeiro, 2005b).

De acordo com Ramos (1988), existem alguns factores que se encontram associados à emergência de uma nova concepção de Saúde, apontando as alterações demográficas, nomeadamente, o envelhecimento da população, a diversificação da família e a mobilidade social dos indivíduos e as migrações. Concomitantemente, o progresso da revolução tecnológica, permitiu um acréscimo das possibilidades de intervenção na doença, no entanto, exigem também, mais e melhores especialistas, verificando-se conseqüentemente, um aumento dos custos da assistência médica. Por último, a aproximação dos serviços de saúde à

comunidade, contribuíram para que a Terceira Revolução da Saúde sucedesse (Pais-Ribeiro, 2005a).

Com o decorrer do tempo, verificou-se um maior envolvimento do consumidor no plano dos serviços de saúde, adoptando uma postura mais crítica, levando a que os políticos estivessem mais sensíveis à opinião pública. Deste modo, o final do século XX trouxe consigo grandiosas transformações para as sociedades desenvolvidas, visto que o Campo da Saúde começou a ser percebido de uma forma diferente, tendo em conta a discordância que existia até então, entre os custos, a satisfação dos utentes e da sociedade e, os resultados alcançados (Pais-Ribeiro, 2005a).

Ellwood (1988) chama a atenção para a necessidade de integração de uma nova tecnologia, intitulada “Gestão dos Resultados”, que teria por base a experiência do doente, permitindo que este pudesse fazer escolhas apropriadas, isto é, ter um conhecimento concreto do efeito dessas escolhas, de modo a poder optar de uma forma mais consciente. Esta tecnologia seria direccionada, de acordo com o autor, para os doentes, os pagantes e fornecedores de cuidados de Saúde (Ellwood, 1988, citado por Pais-Ribeiro, 2005a).

Paralelamente ao aumento da longevidade da população, potenciado pelo sucesso da Medicina em situações agudas, assistiu-se por outro lado, ao aparecimento de doenças crónicas. Contudo, as doenças crónicas acarretam algumas dificuldades, uma vez que, implicam tratamentos prolongados e, maioritariamente, dispendiosos (Pais-Ribeiro, 2005a).

Os elevados custos sustentados pelo sistema de cuidados de Saúde levam a um estudo mais rigoroso, sobre os diagnósticos, tratamentos e prevenção das doenças utilizados pelos médicos (Pais-Ribeiro, 2005a).

De acordo com Pais-Ribeiro (2005b), o aumento da expectativa de vida e a diminuição da taxa de natalidade, provoca um aumento da idade média da população. Nos anos 60,

verificava-se que a população com idade igual ou superior a 65 anos era cerca de 20% quando comparada com a população com menos de 15 anos, no entanto, no século em que nos encontramos, os mais velhos eram mais numerosos do que os mais novos, este fenómeno universal denomina-se de “Armadilha Demográfica” (Pais-Ribeiro, 2005b).

Rodin e Salovey (1989) relatam que nos primeiros anos de vida predominam as doenças agudas e nos últimos anos as doenças crónicas (Rodin & Salovey, 1989, citado por Pais-Ribeiro, 2005b). Assim, podemos fazer a distinção de duas realidades ao nível do sistema de Saúde, por um lado o mundo gerontológico e, por outro, um mundo pediátrico. As doenças gerontológicas tendem para a cronicidade, enquanto que as patologias do foro pediátrico, tendem para a agudização, chamando a atenção para a necessidade da existência de cuidados de saúde diferenciados, devido às diferenças de tecnologias, equipamentos e de apoio geral que estas patologias exigem (Pais-Ribeiro, 2005b).

A Terceira Revolução da Saúde contempla o Modelo de Resultados (*Outcomes Model*), que explica que o sistema de saúde procura que os indivíduos vivam mais tempo e com melhores condições. De acordo com este modelo, a ênfase é dada ao conceito de qualidade de vida, assim como, na duração de vida, desprezando as medidas clínicas no processo de doença (Kaplan, 2002; 2003, citado por Pais-Ribeiro, 2005b).

O Modelo de Resultados é semelhante ao modelo biomédico, contudo, apresenta algumas características diferenciadoras. Assim, este modelo refere que o corpo humano é um sistema que não pode ser separado em componentes, para além disso, a doença é vista como um processo em que variadas causas lhe estão associadas, ou seja, existem várias condições que potenciam a doença. Por sua vez, o tratamento ou a gestão do estado do doente conduzem a resultados que são a expressão dessa patologia, sendo esses resultados, a manifestação da eficácia do tratamento. Ao mesmo tempo, este paradigma assenta no princípio que a

mobilização de recursos psicológicos e sociais, são utilizados nas patologias que têm uma grande durabilidade e não são curadas. Existe também, uma preocupação no ponto de vista do doente, a par da ênfase que é empregue nos resultados, nomeadamente, na qualidade de vida e bem-estar (Pais-Ribeiro, 2005b).

No que concerne ao conceito de promoção da saúde, esta procura a melhoria da saúde, prevenindo a doença, sendo o seu foco principal a prevenção de perturbações físicas. Assim, a educação para a Saúde tem investido principalmente na mudança de comportamentos individuais ou factores interpessoais, designadamente, nas atitudes e crenças, julgados determinantes do comportamento, tendo em vista, a promoção de um melhor estado de Saúde (Bennett & Murphy, 1999).

Todavia, o desenvolvimento histórico da promoção da Saúde não se pautou unicamente na educação, procurou também incluir medidas económicas, ambientais, sociais e legislativas de modo a melhorar a saúde da população (Bennett & Murphy, 1999).

Downie, Tannahill e Tannahill (1997, citado por Meneses & Ribeiro, 2000), sustentam que o intuito principal da promoção da saúde passa pelo desenvolvimento equilibrado das facetas física, mental e social da saúde positiva, associado à prevenção da má-saúde (*illhealth*) física, mental e social.

## **1.2. Representações de Saúde e Doença**

Relativamente à intervenção da Psicologia da Saúde, podemos referir que esta disciplina tem-se orientado para o estudo do comportamento e atitudes preventivas e promotoras da Saúde e bem-estar do indivíduo (Leal, 2006). Assim, antes de ser mencionado o campo de acção, a nível da intervenção desta disciplina, convém definir, primeiramente, o conceito de Saúde e, posteriormente, o conceito de Doença.

De acordo com a OMS, em 1948, a Saúde é definida como um *estado de bem-estar físico, mental e social, total e não apenas a ausência de doença, ou incapacidade* (Pais-Ribeiro, 2005a).

No entanto, esta definição sofreu algumas alterações ao longo do tempo. Inicialmente, a definição proposta pela OMS sobre a Saúde era relativamente simples e centrada unicamente no indivíduo, separada dos outros indivíduos e do meio ambiente (King, 1990, citado por Pais-Ribeiro, 2005a).

De acordo com Chatterji, Ustun, Sadana, Mathers e Murria (2002), a definição da OMS evidenciava os estados de saúde, preterindo as categorias de doenças ou mortalidade, que ocupam um lugar de destaque nas estatísticas de saúde. Deste modo, a definição inicial da OMS sobre o conceito de Saúde, tem sido considerada do ponto de vista prático, estéril, inócua e sem efeitos práticos para a maior parte dos técnicos do campo da saúde (Pais-Ribeiro, 2005b).

Apesar desta organização ainda se reger pela matriz da sua definição inicial, foram sendo acrescentados ao longo do tempo, alguns elementos que permitem uma noção mais abrangente do conceito de Saúde (Pais-Ribeiro, 2005a).

Assim, a Saúde poderá ser compreendida como uma extensão em que o indivíduo ou o grupo são, por um lado, capazes de realizar as suas pretensões e satisfazer as suas necessidades e, por outro, modificar ou lidar com o meio em que se insere (Pais-Ribeiro, 2005). Concomitantemente, a OMS refere também que a Saúde é um recurso para a vida do dia-a-dia, sendo uma dimensão da qualidade de vida individual e não apenas o objectivo de vida (OMS, 1986, citado por Pais-Ribeiro, 2005a).

Segundo Pais-Ribeiro (2005a), a Saúde é um factor fundamental para o desenvolvimento humano, ou seja, é um domínio crucial na vida de cada indivíduo, acompanhando este

desenvolvimento da concepção até à morte. Assim sendo, uma Saúde frágil compromete o desenvolvimento humano e social. Neste sentido, concebendo a Saúde numa perspectiva desenvolvimental, existem dois processos inerentes que assumem particular relevo, designadamente, os processos de desequilíbrio que se referem à reacção de estimulação que o organismo deverá receber e, também, os processos homeoréticos ou heteroestáticos, que dizem respeito às reacções adaptativas subsequentes à estimulação.

No que diz respeito ao conceito de doença, a língua inglesa, apresenta três denominações- *disease, illness, sickness*- para expressar diferentes quadros que em português se poderia traduzir como, ter uma doença, sentir-se doente e comportar-se como doente (Pais-Ribeiro, 2005b).

No que concerne ao termo *disease*, ou seja, ter uma doença, pode ser considerado um acontecimento biológico, que se caracteriza por alterações anatómicas, fisiológicas e bioquímicas ou pela sua combinação (Barondess, 1979, citado por Pais-Ribeiro, 2005a).

Relativamente ao termo *illness*, isto é, sentir-se doente, este acontecimento não é visto como um factor biológico, mas sim, como um acontecimento humano, pelo facto de ser considerado como um desconforto e desorganização psicossocial, proveniente da interacção do indivíduo com o meio envolvente (Barondess, 1979, citado por Pais-Ribeiro, 2005a). De acordo com este autor, cerca de 50% dos doentes que recorrem ao sistema de cuidados de Saúde, não revelam queixas com pendor biológico, mas sim, do resultado da influência dos acontecimentos de vida, ou de reacções, face à percepção de ameaças simbólicas (Barondess, 1979, citado por Pais-Ribeiro, 2005a).

O termo *sickness* (comportar-se como doente) é considerado uma identidade social, ou seja, é um estatuto ou função, assumido por pessoas que foram classificadas como não saudáveis (Thorensen & Eagleston, 1985, citado por Pais-Ribeiro, 2005a).

Relativamente ao conceito de Doença, entende-se por doença, a desarmonia orgânica ou psíquica, que através da sua manifestação, quebra a dinâmica de desenvolvimento do indivíduo como um ser global (Chiattonne, Sebastiani, Fongaro & Santos, 1998).

A Psicologia da Saúde, de acordo com Ogden (2004), percepciona os seres humanos como seres complexos, sendo que a Doença é o resultado da confluência de uma multiplicidade de factores e não apenas por um único factor causal. Com efeito, a Psicologia da Saúde procura afastar-se de uma concepção linear de saúde, adoptando uma visão mais abrangente no que se refere ao conceito de doença, visto que, esta pode ter origem numa combinação de factores biológicos, nomeadamente, a presença de um vírus no organismo, factores psicológicos, designadamente, comportamentos e crenças e ainda, factores sociais, especificamente, o emprego. Os conceitos enunciados, evidenciam os conceitos de uma abordagem biopsicossocial de Saúde e Doença, uma vez que tentam englobar a dimensão psicossocial às premissas do modelo biomédico.

No que diz respeito à concepção da relação entre Saúde e Doença, esta tem evoluído ao longo do tempo, devido à importância que foi sendo dada à Saúde. De acordo com Hettler (1982), O' Donnell (1986) e Terris (1975), entre outros autores, propõem um modelo conceptual para explicar a relação entre Saúde e Doença, sendo representado por um segmento de recta (A B), ou seja, supõem que existe um contínuo entre Saúde óptima, representado pelo ponto B, e Doença grave ou morte, representado pelo ponto A (Pais-Ribeiro, 2005b). Deste modo, de acordo com esta visão, o ponto A seria um estado de Doença grave susceptível de conduzir a uma morte prematura, ao passo que o ponto B representaria um estado de Saúde óptimo. Assim sendo, todos os indivíduos estariam inseridos entre estes dois pólos, em que a Saúde tenderia a ser definida a partir da posição intermédia. Este pressuposto assenta nas premissas da medicina tradicional, uma vez que, se baseia

essencialmente, na parte do modelo que se refere à Doença, intervindo com os doentes que manifestam a patologia, através de sinais ou sintomas, com o objectivo de os deslocar para uma posição intermédia ou para o ponto B (Pais-Ribeiro, 2005b). Porém, esta concepção revela algumas lacunas, designadamente, o facto de possuir escassos instrumentos para intervir no pólo direito deste modelo, de modo que os indivíduos pudessem caminhar no sentido de uma Saúde óptima (Pais-Ribeiro, 2005b).

Mais recentemente, e como consequência a uma crítica ao modelo anteriormente descrito, surge uma outra visão acerca da conceptualização da relação entre Saúde e Doença. Este paradigma procura colmatar as limitações do modelo anterior, apresentando a noção que o contínuo bem-estar elevado *versus* bem-estar baixo, estaria interceptado por outro eixo horizontal representado por um contínuo de Saúde *versus* Doença (Pais-Ribeiro, 2005b).

Este sistema de eixos está definido segundo quatro quadrantes, sendo que um indivíduo se colocasse na posição um, seria considerado uma pessoa sem nenhuma doença e com bem-estar elevado, enquanto se um indivíduo estivesse situado na posição dois, teria uma doença grave e um nível de mal-estar igualmente elevado. Todavia, quem se inserisse na posição três, não teria nenhuma doença, contudo, apresentaria uma sensação de mal-estar, por último, quem estivesse na posição quatro, apresentaria um nível elevado de bem-estar em simultâneo com uma doença grave (Pais-Ribeiro, 2005b).

Como refere Pais-Ribeiro (2005a), nas últimas décadas tem-se assistido a um aumento da esperança de vida, de tal forma que, hoje em dia é possível viver-se com uma Doença, ou seja, é frequente a existência de uma Doença a par de Saúde.

Como é relatado por Robine, Romieu e Cambois (1999) o aumento da expectativa de vida, levanta questões relacionadas com a qualidade de vida dos anos subsequentes. Ao mesmo tempo, apontam que a expectativa de vida sem incapacidade grave, progride paralelamente

com a expectativa de vida total, ou seja, apesar da expectativa de vida ser acompanhada por um aumento da doença crónica, este aumento não significa que seja um aumento de incapacidade grave (Pais-Ribeiro, 2005b).

### **1.3. O Adoecer Corporal**

Segundo Paúl (1995), existem três grupos de factores associados à doença, particularmente, os factores sócio-ambientais, os comportamentos e os psicológicos, onde se inserem respectivamente, a pobreza, apoio social informal e formal, trabalho e desemprego, seguidamente o tabagismo, o exercício físico e a dieta alimentar e, por último, o tipo de personalidade, capacidades de *coping* e sistema de crenças relativas à Saúde.

De acordo com Pais-Ribeiro (2005b), o aparecimento de uma doença em geral, e de uma doença crónica em particular, na vida de um indivíduo, é considerado um acontecimento não-normativo, constituindo um agente passível de desencadear *stress*.

No que se refere ao potencial risco de morte e comprometimento da qualidade de vida dos indivíduos, salienta-se que tanto as doenças crónicas como as doenças infecciosas, são passíveis de desencadear essa situação. Contudo, existem alguns aspectos divergentes, no que concerne ao curso e forma de início da patologia, a identidade do agente patogénico e o tempo que a terapêutica demora a criar efeitos benéficos no doente (Serra, 1991).

Ao mesmo tempo, as vivências dos indivíduos que padecem destas doenças são distintas, isto é, nas doenças crónicas, existe uma maior necessidade de adaptação aos efeitos prolongados da doença, nomeadamente, através da adopção de mecanismos de *coping*. As doenças crónicas levam, ainda, a problemas de culpabilização por parte do doente, uma vez que, se relacionam, maioritariamente, com comportamentos de risco ou estilos de vida desajustados que despoletam o aparecimento da patologia (Serra, 1991).

De acordo com Chiattoni, Sebastiani, Fongaro e Santos (1998), a perda de controlo do doente sobre o seu organismo é determinante, na forma como este irá ver-se a si mesmo na situação de adoecer. O processo de adoecimento acarreta no indivíduo a percepção de uma total falta de sentido para o significado existencial.

No que concerne ao tempo de sobrevivência à doença, é muito variável de indivíduo para indivíduo, mesmo tendo em conta parâmetros biológicos e estádios de doença semelhantes. Além dos parâmetros biológicos, parece também notória a relevância de dimensões subjectivas, variáveis de personalidade que estão associadas a um maior tempo de sobrevivência e uma maior qualidade de vida (Pais-Ribeiro, 2005b).

A doença pode ser considerada como uma situação de crise, principalmente se estiver associada a uma doença crónica, incapacitante ou incurável. Ora, esta situação, poderá despoletar reacções depressivas, tendo por base alguns factores pessoais, designadamente, sentimentos de culpa, negação e reestruturação da escala de valores. Concomitantemente, o internamento e as vindas recorrentes ao hospital são factores que podem ajudar a sedimentar a configuração depressiva (Romano, 1994, citado por Chiattoni, Sebastiani, Fongaro & Santos, 1998).

Ainda de acordo com Romano (1994), a reacção depressiva pode alterar a trajectória clínica de uma doença, sendo um obstáculo para o progresso no processo de reabilitação, tornando-se moroso ou difícil (Chiattoni, Sebastiani, Fongaro & Santos, 1998).

Cada indivíduo experiencia o processo de adoecer, de acordo com particularidades pessoais, o modo como adoecer e o sofrimento subjacente, existindo exigências sociais e de subsistência. O indivíduo que vive o processo de doença, poderá ter ajustar a sua vida em consequência às alterações e implicações impostas pela patologia, nomeadamente, em relação à sua actividade profissional, sendo considerada uma situação destabilizadora que poderá

afectar, ainda mais, negativamente o doente. Estes autores apontam, ainda, que a experiência de adoecimento representa antes de mais uma experiência de ameaça à integridade corporal, social, emocional e à auto-estima. O doente revela-se confuso e assustado perante esta situação, causando deste modo, impacto na sua vida pessoal, familiar e social (Moreira, Nogueira & Rocha, 2008).

O processo de adoecer acarreta consigo um impacto bastante significativo na vida prática do doente, promovendo mudanças nas suas rotinas, conduzindo a uma ruptura da realidade quotidiana. Assim, frequentemente são adiados planos e actividades interrompidas, havendo um comprometimento no exercício dos papéis sociais, exigindo por parte do doente um esforço adaptativo, no qual terá de despende de uma parcela substancial das suas energias (Moreira, Nogueira & Rocha, 2008).

Com efeito, a doença é quase sempre associada a uma experiência dolorosa, sendo que a pessoa que se depara com esta situação, confronta-se com dúvidas relativas à própria doença, nomeadamente, quanto à evolução da patologia, consequências físicas para o indivíduo, a durabilidade, ou seja, se será transitória ou permanente, se existe tratamento adequado, entre outras questões significativas (Silva, 1995).

### **1.3.1 Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)**

Quando falamos de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e de Tuberculose (TB), falamos de doenças que criam um impacto bastante significativo na vida do indivíduo. Relativamente à DPOC, tratando-se de uma patologia crónica e progressiva, o doente assiste a um agravamento dos sintomas e, conseqüentemente, a um agravamento do seu estado de saúde, causando um impacto significativo nas vidas destes indivíduos. Quanto à TB, mais concretamente a Tuberculose Pulmonar (TP), esta é considerada uma patologia que encerra

alguns mitos e estigmas, provocando, muitas vezes, sentimentos negativos à pessoa que possui a doença e, também, para a própria sociedade, visto que a TB ainda é encarada com algum receio e desconfiança, gerando comportamentos de evitamento.

### **1.3.1.1 Definição de DPOC**

A DPOC é considerada uma patologia com um alto índice de morbidade e mortalidade a nível mundial, atingindo um grande número de doentes, sendo a sua maioria fumadores, causando por isso, um enorme impacto socioeconómico (Almeida, 2001).

Como o próprio nome indica, a DPOC é uma doença crónica, apresentando um carácter irreversível, pressupondo uma perda gradual da função respiratória, causando consequentemente um agravamento do estado de saúde do doente (Almeida, 2001).

A DPOC é uma doença lenta e progressiva e, nesse sentido, o doente recorre aos serviços médicos numa fase avançada. Inicialmente a DPOC, manifesta-se através de tosse com expectoração, não causando um impacto significativo na vida do indivíduo. Posteriormente, os sintomas vão-se desenvolvendo e manifestando de uma forma mais marcada e limitadora, uma vez que as infecções respiratórias se tornam mais frequentes, ao mesmo tempo que surge a dispneia. A dispneia manifesta-se numa fase inicial como consequência de esforços intensos, no entanto, com a evolução da insuficiência respiratória surge mesmo na execução de pequenas tarefas, tais como a higiene diária e a fala (Canteiro, Heitor, Gomes e colaboradores, 1997). Ao mesmo tempo, importa referir que para além destes sintomas, podem ocorrer ainda episódios confusionais, tremores, irritabilidade, sonolência, coma e convulsão nos indivíduos que se encontrem numa fase avançada e grave da doença (Borges, Vianna e Filho, 2003).

A DPOC contempla quatro estádios, no que concerne ao desenvolvimento e agravamento dos sintomas da doença. No entanto, é ainda englobado o estágio zero, que se encontra presente em indivíduos que possuem tosse crónica e produção de expectoração, ao mesmo tempo, estão expostos à inalação de partículas ou gases nocivos, contudo, a função pulmonar avaliada através da espirometria apresenta-se normal (DGS, 2005).

Deste modo, o Estádio I ou DPOC Ligeira, caracteriza-se pela limitação ligeira do fluxo aéreo, contudo poderá evidenciar, mas nem sempre, com tosse crónica e produção de muco. Uma vez que os sintomas são pouco evidentes, o indivíduo geralmente não tem noção que a sua função respiratória apresenta comprometimento. O Estádio II ou DPOC Moderada, o indivíduo manifesta uma deterioração do fluxo aéreo, principalmente durante um esforço físico. Usualmente, é nesta fase que o doente procura ajuda médica devido aos sintomas crónicos e exacerbação da doença. Seguidamente, no Estádio III ou DPOC Grave, a limitação ventilatória apresenta-se de uma forma mais marcada e grave. As consecutivas manifestações das exacerbações provocam um impacto negativo no que concerne à qualidade de vida do doente, exigindo um acompanhamento adequado e constante. Por fim, o último estágio refere-se ao Estádio IV ou DPOC Muito Grave, ou seja, a função ventilatória apresenta-se muito comprometida, estando associada a uma insuficiência respiratória crónica. Nesta fase a qualidade de vida do doente é consideravelmente deficiente, sendo que as exacerbações da doença podem-se apresentar como uma ameaça para a vida do indivíduo (DGS, 2005).

Relativamente à frequência das exacerbações da doença, destaca-se o facto destas para além de influenciarem a qualidade de vida e a sobrevivência dos doentes com DPOC, acarretam um elevado peso económico em consumo dos recursos de saúde (Celli, 2007).

### **1.3.1.2 Factores psicossociais associados à DPOC**

Para além do forte impacto dos factores físicos associados à DPOC, existem ainda algumas condicionantes a nível psicossocial, facto muitas das vezes associadas à limitação que se associa à própria patologia, sendo essas limitações desencadeadoras de quadros patológicos ao nível psicológico.

Kerkoski, Borenstein, Gonçalves e Franconi (2007) realizaram um estudo junto de um grupo de convivência de pessoas portadoras de DPOC, onde procuraram identificar os sentimentos destas pessoas relacionados com o seu problema de saúde. Assim, e de acordo com os autores, a pessoa portadora de DPOC deverá necessariamente corrigir o seu estilo de vida, designadamente, o abandono de hábitos tabágicos, tendo em vista uma melhor qualidade de vida. Ao mesmo tempo, o doente no momento que recebe o diagnóstico deverá ser conhecedor da patologia que possui, das complicações associadas, e dos cuidados que deverá ter de modo a evitar situações de crise. A partir da análise de dados deste estudo, foram consideradas três categorias, a primeira refere-se à tristeza e ao sofrimento potenciados pela doença, a segunda categoria diz respeito às limitações e incapacidades físicas no dia-a-dia e, por último, o desejo de melhoria em relação ao quadro clínico estabelecido pela doença.

Relativamente à primeira categoria, alguns doentes deste estudo acreditam que a tristeza e o sofrimento estão directamente relacionados com as limitações que a doença acarreta. Assim, quando a tristeza e o sofrimento são vivenciados por um tempo prolongado podem desencadear quadros depressivos, havendo uma maior prevalência nos idosos e nos doentes crónicos (Kerkoski, Borenstein, Gonçalves & Franconi, 2007).

O doente com DPOC manifesta algumas mudanças físicas, designadamente a alteração do apetite ou peso, sono, diminuição de energia, por um lado e, por outro, estas pessoas podem vivenciar sentimentos de menos valia ou culpa. Assim, se estas particularidades se associarem

a um quadro depressivo poderão contribuir negativamente para o sucesso do tratamento e, conseqüentemente, para a melhoria do indivíduo (Kerkoski, Borenstein, Gonçalves & Franconi, 2007).

No que se refere à segunda categoria, ou seja, às limitações e incapacidades físicas no cotidiano, a realização das actividades simples do dia-a-dia são encaradas como tarefas desgastantes, acarretando para a pessoa um grande sofrimento e angústia, uma vez que neste estudo são dados testemunhos que retratam o sentimento de menos valia, de dependência e vergonha que estas pessoas vivenciam, potenciados pelas limitações impostas pela doença. O movimento e a actividade física são condições intrínsecas do ser humano e, como tal, quando a pessoa com DPOC se sente privada de desempenhar actividades básicas como caminhar, causam grande impacto na esfera familiar, social e sexual do indivíduo, sendo por isso, um factor gerador de angústia (Kerkoski, Borenstein, Gonçalves & Franconi, 2007).

A última categoria abrangida neste estudo reporta-se à esperança de melhoria e persistência dos sintomas despoletados pela doença. Deste modo, constatou-se através dos depoimentos dos indivíduos inseridos neste grupo de convivência que um aumento na adesão ao tratamento fisioterapêutico e também aos tratamentos necessários, nomeadamente, alimentação adequada, utilização correcta dos medicamentos e manutenção de actividades da vida diária, para a manutenção de alguma qualidade de vida no doente (Kerkoski, Borenstein, Gonçalves & Franconi, 2007).

Foi ainda possível observar neste grupo que apesar da consciência das limitações que encerram a DPOC, assim como, dos factores que poderão contribuir negativamente para o seu prognóstico, constata-se que a melhoria ou estabilização do quadro clínico são importantes ingredientes para a promoção da motivação, revelando-se um dado extremamente importante

quando estamos perante uma doença crónica (Kerkoski, Borenstein, Gonçalves & Franconi, 2007).

Deste modo, os autores referem que a intervenção junto do doente é o melhor caminho para a aproximação e criação de um vínculo que poderá contribuir para uma melhor adesão para o tratamento proposto. Nesse sentido, cada vez mais as práticas de saúde deverão integrar o doente como ser activo, assim como, o seu meio envolvente procurando desta forma, estabelecer um tratamento adequado e ajustado para cada indivíduo (Kerkoski, Borenstein, Gonçalves & Franconi, 2007).

No que concerne ao conceito de educação para a saúde, este processo só é concretizado ou efectivado caso exista uma mudança comportamental no indivíduo, tendo em conta atitudes que promovam a sua saúde através da adopção de práticas saudáveis no seu dia-a-dia conduzindo, conseqüentemente, a uma melhor qualidade de vida (Kerkoski, Borenstein, Gonçalves & Franconi, 2007).

Ainda no que respeita aos factores psicológicos associados à DPOC, existe uma relação fisiopatológica entre a dispneia, a hiperventilação, o pânico e a ansiedade. No entanto, a ansiedade deve distinguir-se de um quadro dispneico, visto que o tratamento broncodilatador adequado pode evitar a utilização de ansiolíticos. Porém, a ansiedade pode desencadear a sintomatologia dispneica (Smoller, Pollack, Otto & colaboradores, 1996).

Relativamente à perturbação de pânico, esta encontra-se geralmente presente nos indivíduos com DPOC, podendo estar relacionado com a fisiologia respiratória implicando vários mecanismos, nomeadamente, o efeito ansiógeno provocado pela hiperventilação, a percepção e interpretação dos sintomas respiratórios manifestos por parte do doente, entre outros sinais que se relacionem com a incapacidade respiratória (Smoller, Pollack, Otto & colaboradores, 1996).

Concomitantemente, foi levado a cabo um estudo de Godoy e Godoy (2002) que tinha por objectivo avaliar a prevalência da ansiedade e da depressão, assim como, o efeito de um Programa Ambulatorial de Reabilitação Pulmonar (PRP), sobre os níveis de ansiedade e depressão de 46 doentes, do sexo masculino e feminino, portadores de DPOC. Assim, este estudo concluiu que 67,6 % da amostra dos homens e 75% das mulheres apresentavam sintomas de ansiedade. Paralelamente, no que se refere aos níveis depressivos, a população masculina obteve 58,8% de sintomatologia depressiva, ao passo que as mulheres apresentavam 58,3% destes sintomas.

É ainda importante salientar que, no final do PRP este grupo revelou melhorias ao nível da capacidade de realização de exercícios reduzindo, ao mesmo tempo, os níveis de ansiedade e depressão (Godoy & Godoy, 2002).

Assim, de acordo com Godoy e Godoy (2002), a melhoria evidenciada resulta do impacto de pequenos ganhos, particularmente, a capacidade aeróbia, a motivação, dessensibilização da dispneia, treino da musculatura respiratória e aperfeiçoamento das técnicas de desempenho das Actividades de Vida Diárias (AVD). O presente estudo salienta a evidência de altos índices de ansiedade e de depressão em pacientes com DPOC, acrescentando também que o PRP promove a melhoria do desempenho físico, ao mesmo tempo que reduz os níveis de ansiedade e depressão nestes indivíduos.

Schane, Woodruff, Dinno, Covinsky e Walter (2008) efectuaram um estudo que tinha como finalidade determinar a prevalência de sintomas de depressão em pacientes com DPOC, tendo como grupo de comparação indivíduos portadores de outras patologias crónicas que não a DPOC procurando, de igual modo, averiguar quais os principais factores de risco implicados no aparecimento de sintomas depressivos.

Constatou-se através deste estudo que os doentes com DPOC, cerca de 40%, manifestavam sintomatologia depressiva e, quando comparados, com a restante amostra, possuidora de outras doenças igualmente crónicas, os sintomas depressivos eram mais comuns nos doentes com DPOC (Schane, Woodruff, Dinno, Covinsky & Walter, 2008).

Por outro lado, os doentes com DPOC que apresentem dificuldades de deambulação ou dispneia possuem um maior risco de apresentarem sintomas depressivos. Assim, estes autores concluíram que os sintomas físicos, paralelamente, com as limitações funcionais provocadas pelo avanço da doença são factores de risco para a manifestação de sintomas depressivos (Schane, Woodruff, Dinno, Covinsky & Walter, 2008).

Karadag, Ozcan, Eskin e colaboradores (2008) procuraram investigar os indicadores e a correlação do sofrimento psíquico de setenta indivíduos diagnosticados com DPOC grave, comparando com um grupo de controlo, de trinta indivíduos com função pulmonar normal. Os resultados obtidos neste estudo apontam para a existência de diferenças significativas quanto ao grau de sofrimento entre os doentes com DPOC e o grupo de controlo, indicando que o sofrimento psicológico apresenta-se mais severo nos indivíduos com DPOC em comparação com o grupo de controlo.

Relativamente aos dados conclusivos comprova-se que a angústia psicológica é mais frequente e mais grave nos indivíduos portadores de DPOC, uma vez que este factor se encontra associado à gravidade da doença e da hipoxémia, ou seja, da deficiência na concentração de oxigénio no sangue arterial. Estes resultados apoiam a importância da avaliação psicológica junto de indivíduos com DPOC, em regime ambulatorial, detectando, deste modo, os sintomas de desconforto associados à doença, visto que, o elevado grau de *stress* poderá contribuir significativamente para a diminuição da qualidade de vida, aumentando a morbidade nesta população (Karadag, Ozcan, Eskin e colaboradores, 2008).

Assim sendo, é possível inferir que a DPOC é uma patologia crónica, de evolução progressiva, afectando o doente não só na sua dimensão física, mas também psicológica e social. A evolução da doença encerra consigo um grau de dependência cada vez maior por parte do indivíduo, sendo o seu impacto altamente significativo. Nesse sentido, e como foi referido anteriormente, a intervenção junto destes indivíduos deverá ser efectuada precocemente, procurando que sejam colocadas em prática atitudes preventivas ou ainda de correcção de comportamentos, que permitam que o doente possua uma melhor condição de saúde.

### **1.3.2. Tuberculose (TB)**

A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa, provocada por uma bactéria ou germe denominado por *Mycobacterium Tuberculosis*, sendo que esta bactéria poder-se-á instalar em qualquer parte do corpo, no entanto, a mais frequente é a Tuberculose Pulmonar (TP) (Munz & Bergstrom, 2004).

#### **1.3.2.1. Definição de TB**

Relativamente aos sintomas, estes estão directamente relacionados com a parte do corpo onde a bactéria se aloja, no entanto, existem sintomas transversais aos diferentes tipos de TB. Geralmente os indivíduos que sejam portadores de TB manifestam alguns sintomas, nomeadamente, febre, excessiva sudorese nocturna, perda de apetite, sensação de cansaço permanente, tosse persistente (durante duas ou três semanas) e produção de expectoração sanguinolenta (Munz & Bergstrom, 2004).

A transmissão da bactéria ocorre através da libertação de um microrganismo, denominado de “Bacilo de Koch”, transmitido através de tosse ou espirros de uma pessoa portadora de TB,

provocando danos no sistema respiratório (Lima, Sturion & Franco, 2004).

A TB é uma patologia que tem cura, no entanto, implica uma responsabilização por parte do doente, exigindo um rigor quanto à toma regular da medicação num horário certo e constante durante toda a duração do tratamento, mesmo que exista uma melhoria dos sintomas. No entanto, a TB pode conduzir à morte, caso não seja tratada convenientemente. Como tal, a toma correcta da medicação para a TB, ou seja, os antibacilares, é fundamental para que seja alcançado o sucesso do tratamento, caso não aconteça, existe o perigo desta patologia se tornar incurável, logo, o doente deverá seguir correctamente o esquema terapêutico proposto pelo médico (Munz & Bergstrom, 2004).

De acordo com Brito, Sapage, Raymundo, Lopes, Baptista e Ribeiro (2007), a prioridade dos programas de prevenção deverá ser a identificação e tratamento dos doentes com TB em fase activa. Seguidamente, deverá procurar-se averiguar as pessoas que estão em contacto com os indivíduos que estão diagnosticados com TB.

### **1.3.2.1 Tratamento da TB: Princípios básicos**

Como foi referido anteriormente, a TB é considerada uma doença infecciosa e grave, no entanto, existe actualmente tratamento farmacológico adequado para os indivíduos que padecem desta patologia.

O tratamento para a TB é normalmente longo, podendo durar entre 6 e 9 meses. Ora, a resistência aos antibacilares, tem sido associado, para além de outros factores, à toma incorrecta ou não-adesão ao tratamento, levando à ineficácia do mesmo (Constant, Ferreira, Valadas & Antunes, 2002).

O tratamento para a TB pressupõe e exige uma toma adequada e correcta da medicação, designadamente, toma das doses correctas durante todo o período de tratamento. Como tal, o

tratamento bacilífero deverá ser a prioridade no controlo da TB, uma vez que permite anular as principais fontes de infecção (Jr., 2004).

Ainda no que concerne ao tratamento da TB, existem casos de resistência ao plano terapêutico estabelecido, isto é, os doentes que não alcançam a cura após um plano terapêutico padronizado, são habitualmente portadores de bacilos resistentes a mais de dois antibacilares, sendo por isso classificados como portadores de Tuberculose Multirresistente (TBMR). Os tratamentos direccionados para a TBMR são supervisionados numa fase inicial, se possível em regime de internamento, procedendo-se de igual modo, ao teste de sensibilidade, tendo como intuito de testar a multi-resistência em concreto (Jr., 2004).

O objectivo do tratamento dos doentes portadores de TBMR serão equivalentes ao tratamento da TB no geral, no entanto, os doentes com TBMR apresentam uma fraca resposta aos tratamentos de quimioterapia de curta duração, tendo de ser devidamente supervisionados por um período superior a 24 meses, com um plano terapêutico assente em drogas anti-tuberculosas de reserva. A TBMR é considerada um exemplo de insucesso terapêutico, sendo por isso, uma situação que merece particular atenção e investimento no sentido de prevenir o aparecimento de novos casos (WHO, 2006).

Assim, a pessoa portadora de TB, deverá ter consciência que o sucesso do tratamento depende directamente da sua colaboração, ou seja, é de extrema importância que o doente invista no seu tratamento e no cumprimento da terapêutica prescrita. Assim, a interrupção do tratamento, poderá levar a criar resistência a determinados fármacos comprometendo, não só o próprio tratamento, mas também a sua vida (WHO, 2006).

Com efeito, e tendo em vista o cumprimento da medicação, aplica-se uma abordagem centrada no doente de forma a facilitar o acesso à medicação, acordando com o doente o local e o horário mais oportuno para realizar a Toma Observada Directamente (TOD). Este método

é utilizado de forma a certificar que a toma diária da medicação é assegurada, para além de acompanhar o doente e potenciar uma maior probabilidade de cura. No que concerne ao tratamento auto-administrado, existe frequentemente uma toma irregular dos fármacos, comprometendo deste modo a eficácia do tratamento. Concomitantemente, é uma medida considerada importante, uma vez que, funciona como agente motivador para a continuidade do tratamento, impedindo um possível abandono do mesmo. Esta medida promove um forte impacto na prevenção da emergência de resistências, sendo recomendada numa fase inicial do tratamento e na fase de continuação do mesmo (WHO, 2006).

Desta forma, a TB é ainda hoje considerada uma doença com alta prevalência em todo mundo. Contudo, é uma doença com tratamento sendo, por isso, curável. No entanto, o doente ocupa um papel preponderante, no que se refere à eficácia do próprio tratamento, devendo estar devidamente esclarecido sobre a patologia, bem como da importância do cumprimento do tratamento de forma rigorosa de modo a evitar uma possível resistência aos medicamentos antibacilares.

### **1.3.2.3. Factores psicossociais associados à TB**

Apesar dos esforços desenvolvidos a TB continua a matar milhões de pessoas a nível mundial. A situação de multirresistência é, ainda, uma realidade com um impacto bastante visível em todo o mundo, morrendo cerca de 150 milhões de pessoas por ano devido a esta forma de doença (Antunes, 2010).

Apesar da implementação do programa *Direct Observed Treatment Short-Course* (DOTS) e consequentemente a Estratégia e o Plano Global Stop TB, são ainda muito significativos os números de casos em todo o mundo de pessoas que padecem desta patologia. Relativamente à

situação epidemiológica de Portugal, foram registados em 2009, 2756 casos com diagnóstico de TB, incluindo casos novos e de retratamento (Antunes, 2010).

A falta de tratamento adequado tem sido considerada uma das causas que estão subjacentes ao fracasso dos programas de controlo da TB, no entanto, a percepção que o doente tem sobre esta patologia, parece influenciar de igual modo o sucesso do tratamento.

De acordo com o estudo realizado por Liefoghe, Michiels, Habib, Moran e Muynck (1995), a TB era percebida como uma patologia bastante perigosa, sendo que alguns indivíduos acreditavam que a transmissão da doença se poderia dar através da produção de expectoração, isto é, quem estivesse em contacto poderia ser facilmente afectado. Por outro lado, outros indivíduos não percebiam a doença como o resultado de um processo infeccioso, mas sim, como uma causa física, nomeadamente, devido a uma lesão pulmonar provocada por um acidente.

Ainda no que se refere ao presente estudo, foi notório que a TB é considerada uma patologia que influencia e afecta não só o próprio indivíduo, mas também a sua família, visto que o risco de contágio é altamente significativo. Frequentemente, quando é dado o diagnóstico de TB muitos indivíduos manifestam alguma dificuldade em aceitar e lidar com a doença, podendo desencadear sentimentos negativos, designadamente, a raiva e angústia, conduzindo algumas vezes à rejeição do diagnóstico significativo. Concomitantemente, foi ainda referido neste estudo, o receio de rejeição por parte de outras pessoas relevantes para os doentes, nomeadamente os amigos e vizinhos, devido à crença de que a TB continua a ser contagiosa até ao final do tratamento (Liefoghe e colaboradores, 1995).

Neste sentido, os autores defendem que a educação para a saúde é um caminho bastante relevante para a desmistificação desta patologia, evitando deste modo, a estigmatização destes doentes (Liefoghe e colaboradores, 1995).

No sentido de identificar a prevalência de depressão em pacientes diagnosticados com TB, tendo como grupo de controlo indivíduos não portadores da patologia, Qayyun e Rizvi (2008) referem que a TB é uma doença que não afecta unicamente o corpo, mas também o comportamento dos pacientes, não sendo incomum existir uma comorbilidade entre a TB e a depressão, o que poderá levar ao não cumprimento do tratamento, causando um impacto relevante na sua qualidade de vida.

Foi levado a cabo um estudo de Rajeswari, Muniyandi, Balasubramanian e Narayanam (2005), onde estes autores procuraram investigar as percepções e o impacto da TB, sobre as suas características físicas, mentais e o seu bem-estar social, na fase inicial, intermédia e final do tratamento. Os resultados deste estudo mostraram que face à divulgação do diagnóstico da doença, numa fase inicial, os indivíduos expressaram preocupação pelo facto de serem portadores da patologia em 50% dos casos e revelaram ideação suicida em cerca 9 %.

No que concerne ao bem-estar físico, mais concretamente ao domínio de bem-estar de saúde, apenas 5 % dos homens e 7 % das mulheres percepcionavam o seu estado como bom, tendo-se verificado ao longo do tratamento uma percepção mais positiva do seu estado de saúde. Quanto ao bem-estar mental, numa fase inicial do tratamento, 39% dos pacientes sentiam-se tensos, 60% estavam preocupados com o seu estado de saúde, 51% tinham medo e sentiam-se impacientes. Contudo, com o decorrer do tratamento, as emoções negativas foram diminuindo. Por último, relativamente ao bem-estar social, de igual modo, numa fase precoce do tratamento, homens e mulheres apresentavam-se inibidos em visitar amigos e manifestavam algum receio, no caso da população masculina de revelar o diagnóstico de TB ao seu cônjuge. Contudo, com o decorrer do tratamento, não foram notadas alterações significativas quanto a este domínio (Rajeswari e colaboradores, 2005).

Eram, Khan, Tamanna e colaboradores (2006) desenvolveram um estudo onde procuraram investigar, a reacção dos doentes face ao diagnóstico da TB, onde apontaram que a reacção inicial dos indivíduos foi considerada negativa, uma vez que o doente desenvolve uma reacção pautada pela negação, desespero sobre a vida, tensão/ansiedade, considerando-se negligenciados quer pela sociedade quer pela família. Ao mesmo tempo, cerca 59% dos indivíduos que participaram neste estudo, apresentavam medo em relação à doença, associando esta à morte.

Foi ainda possível verificar neste estudo que os indivíduos que apresentavam uma escolaridade e um nível sócio económico superior, revelavam uma maior esperança relativamente ao tratamento e, conseqüentemente, à cura. Deste modo, estes autores reforçam a necessidade de ser criada na comunidade a consciência relativamente a esta doença, de forma a evitar equívocos. Para tal, a educação para a saúde é considerado um caminho fundamental para desmistificar alguns conceitos deturpados e para reforçar a atitude positiva (Eram *et al.*, 2006), tornando-se cada vez mais pertinente o investimento ao nível da educação para a saúde, tendo como intuito informar devidamente os doentes da patologia em questão, sensibilizando-os para a importância do cumprimento da medicação, podendo ainda contribuir para a desmistificação de alguns pensamentos que podem comprometer o sucesso terapêutico.

## **Capítulo II – Adesão Terapêutica na DPOC e na TB**

### **2.1. A Adesão Terapêutica**

A DPOC e a TB, de acordo com o que foi exposto anteriormente, são doenças que acarretam um impacto significativo na vida dos doentes. No que concerne à DPOC, tratando-

se de uma patologia crônica, pressupõe a adoção por parte do doente, de alguns procedimentos que têm em vista o controlo sintomas característicos da doença.

Relativamente à TB, sendo considerada uma doença infecciosa, exige algum rigor no que se refere ao tratamento a ser levado a cabo, de modo a evitar quadros de resistência, podendo comprometer o estado de saúde do doente e comprometer o próprio tratamento.

Nesse sentido, é de extrema importância a sensibilização do doente, devendo-lhe ser fornecida a informação necessária e ao mesmo tempo, evidenciando o facto de este ser um agente fundamental no seu processo de recuperação, sendo a adesão ao tratamento prescrito considerada uma condição essencial para o êxito do mesmo.

Todavia, deverá existir uma relação dialéctica entre o médico e o doente, de modo a que o técnico de saúde também se aperceba dos efeitos colaterais que o tratamento possa estar a causar, podendo contribuir mais tarde para o abandono do tratamento. Assim sendo, o doente deverá ser um agente participativo em todo o processo, de modo a que o sucesso do tratamento seja alcançado.

### **2.1.1. Conceito de Adesão Terapêutica**

O conceito de adesão diverge de acordo com diversos autores, no entanto, é geralmente aceite como a utilização dos medicamentos prescritos, ou outros procedimentos, em pelo menos 80% do seu total, tendo em conta os horários, as doses e a durabilidade inerentes ao próprio tratamento, representando a fase final do que se sugere como uso racional dos medicamentos (Leite & Vasconcellos, 2003).

O conceito de adesão terapêutica é considerado complexo, sendo influenciado por diversos factores, uns referentes aos cuidados de saúde, nomeadamente, aos técnicos de saúde, e outros relacionados com o próprio paciente, tendo em conta a patologia e o tipo de tratamento que

realiza. Deste modo, a compreensão clara deste conceito será essencial para a identificação dos factores potenciadores ou limitadores da adesão (Gerbino, 1993).

De acordo com a WHO (2003), a adesão engloba inúmeros comportamentos relacionados com a saúde. Em 2001, a WHO caracterizou o conceito de adesão como o grau em que o doente segue as instruções fornecidas pelo médico, no entanto, esta definição revelou-se limitada, uma vez que se mostrou insuficiente para descrever as intervenções utilizadas no tratamento das patologias crónicas. Para além deste facto, esta definição conotava o paciente como um agente receptor passivo, que cumpria unicamente o que tinha sido prescrito pelo técnico de saúde.

Assim, a questão da adesão ao tratamento não se refere unicamente à toma de medicamentos prescrito pelo médico, mas inclui também outras práticas inerentes ao processo terapêutico, isto é, falta de comparência às consultas, o não levantamento de toda a medicação prescrita entre outros métodos de tratamento (Delgado & Lima, 2001).

Segundo referem Horne, Weinman, Barber e Elliott (2005), a adesão é caracterizada como uma medida em que o comportamento do paciente coincide, de uma forma livre, com as recomendações do técnico de saúde. Esta perspectiva enfatiza que o indivíduo é livre de realizar as suas escolhas, optando por aderir, ou não, às recomendações que lhe foram fornecidas, pressupondo deste modo, uma noção de acordo do paciente em relação ao tratamento sugerido pelo médico.

Contrariamente, a designação *compliance* ou cumprimento, indica a medida em que o comportamento do paciente concorre com as recomendações fornecidas pelo técnico de saúde, no entanto, nesta situação, o médico fornece instruções ao doente, decidindo o que é ou não apropriado, assim, o paciente apenas cumprirá as ordens que lhe foram dadas. Caso tal

não aconteça, o doente é interpretado com uma conotação negativa, sendo visto como incompetente ou com comportamento desviante (Horne *et al.*, 2005)

Segundo Brawley e Culos-Reed (2000) a adesão surge, atribuindo uma maior liberdade de escolha ao doente, implicando que estes façam livremente as suas escolhas, aderindo ao não ao que lhes foi proposto, pelo que o paciente assume um papel activo e participativo, possuindo a responsabilidades do seu tratamento. Relativamente ao termo *compliance*, estes autores referem que o paciente tem uma postura mais passiva, de obediência às instruções ou prescrições atribuído pelo técnico de saúde. Ao mesmo tempo, Conrad (1985) sugere que a participação activa do indivíduo no processo de tratamento poderá evitar situações de abandono ao tratamento.

No que concerne ao termo concordância, esta é uma denominação recente que tem vindo a ser alterada ao longo do tempo, utilizada frequentemente no Reino Unido, incidindo sobretudo, no processo de consulta em que o paciente e o médico incorporam os seus pontos de vista, procurando deste modo uma consonância mútua, tendo por base uma comunicação que visa apoiar e incentivar o paciente a tomar a medicação. Contudo, verifica-se que usualmente o termo concordância é incorrectamente visto como sinónimo de adesão, assim, apesar destes termos estarem relacionados, são diferentes (Horne, Weinman, Barber & Elliott, 2005).

A adesão ao regime terapêutico é um factor fundamental, uma vez que a não adesão poderá conduzir a um aumento de morbilidade e mortalidade, acarretando para além disso, um aumento dos custos de saúde. É igualmente importante, uma avaliação do técnico de saúde sobre a compreensão do doente acerca do tratamento a realizar, devendo sensibilizá-lo para os possíveis obstáculos com que este se poderá deparar, salientando ao mesmo tempo os

benefícios no seu cumprimento e possuindo uma atitude empática (Krueger, Berger & Felkey, 2005; Vásquez, Rodríguez & Álvarez, 2003).

De acordo com Delamater (2006), o não cumprimento do tratamento significa uma desobediência do doente ao conselho dado pelo seu prestador de cuidados de saúde. O abandono terapêutico, pode ser despoletado devido a diversos factores, designadamente, as qualidades pessoais, o esquecimento, a falta de motivação, a ausência de disciplina e a baixa escolaridade.

Assim, tendo em vista o aumento da adesão, o paciente deverá estar envolvido na tomada de decisão do seu processo terapêutico. Deste modo, tendo em conta este facto, nos tratamentos de longa duração deverão ser descritos os obstáculos e as vantagens que poderão ser encontrados, definindo previamente as estratégias a serem utilizadas caso sejam encontradas dificuldades durante o processo. Concomitantemente, o regime a ser instituído deverá ser adaptado a cada paciente e às suas rotinas (Krueger, Berger & Felkey, 2005).

A baixa adesão a regimes medicamentosos é um facto recorrente contribuindo para um agravamento substancial do estado de saúde do paciente, podendo culminar em estados irreversíveis como a morte, no entanto, deve ainda ter-se em consideração os elevados custos nos cuidados de saúde. Deste modo, os técnicos de saúde deverão ter em conta este facto, procurando aumentar a adesão e enfatizar a importância da adequada adesão ao regime medicamentoso estabelecido, procurando adequar o mesmo às necessidades do doente e do seu estilo de vida (Osterberg & Baschke, 2005).

Os níveis de adesão terapêutica nas doenças crónicas, nos países desenvolvidos são cerca de 50%, sendo que, nos países em desenvolvimento, estes índices se revelam ainda menores, dada a escassez de recursos para a saúde e desigualdade no acesso aos tratamentos médicos. Assim, uma fraca adesão aos regimes terapêuticos de longa duração comprometem

severamente a eficácia do tratamento, para além de poderem ter um impacto significativo na qualidade de vida dos indivíduos, ou seja, os indivíduos que padeçam com os sintomas da doença, poderão obter benefícios, reduzindo as complicações subsequentes da doença, aumentando por sua vez, a sua esperança e qualidade de vida, caso tenham uma boa adesão ao tratamento. Assim, o impacto despoletado pela doença, bem como o sofrimento associado poderá ser atenuado caso o paciente adopte um comportamento de adesão (WHO, 2003).

Pelo contrário, a má adesão aos tratamentos poderá desencadear uma situação de resistência, desembocando frequentemente em situações de morte prematura, aumento dos custos nos cuidados de saúde, morbilidade, investimentos na investigação e desenvolvimento de novos compostos de forma a combater os microrganismos resistentes. Assim sendo, os indivíduos que não cumprem o regime de tratamento prescrito, poderão enfrentar uma variabilidade de riscos adicionais (WHO, 2003).

### **2.1.2. Determinantes da Adesão**

Existem alguns factores que parecem ter uma forte influência no processo de adesão ao tratamento. Deste modo, a rede de apoio familiar poderá potenciar uma maior adesão, particularmente nos doentes com doenças crónicas assintomáticas. Por outro lado, a complexidade do regime instituído poderá afectar e comprometer o cumprimento do tratamento, sendo que quanto mais complexo for o esquema terapêutico, maior o risco de abandono. Quanto à qualidade dos serviços clínicos prestados ao paciente parece ser igualmente um factor relevante no que concerne ao comportamento de adesão (Krueger, Berger & Felkey, 2005).

De acordo com a WHO (2003), a adesão e a capacidade dos pacientes acompanharem os planos de tratamento de uma forma ideal, são simultaneamente influenciados por vários

factores, entre eles os factores sociais, factores económicos, com o sistema ou equipa de saúde, características da própria doença, terapias utilizadas e, ainda, factores relacionados com os pacientes. Entre os factores que estão intimamente relacionados com a adesão, a condição sócio económica pode ser apontada como um factor de relevo, pelo facto de nos países em vias de desenvolvimento, o indivíduo possuindo determinada patologia poder ver-se confrontado com uma opção entre duas prioridades concorrentes, isto é, dada a escassez de recursos de saúde, o indivíduo pode por um lado, sentir a necessidade de realizar o tratamento, mas por outro, deparar-se com a situação de doença de um familiar podendo ser que este renuncie o seu tratamento, em prole do seu familiar. Deste modo, terá que existir neste caso uma ponderação de prioridades prementes.

Brand, Smith e Brand (1977) revelaram no seu estudo que 15,5% dos 199 indivíduos da amostra não cumpriram adequadamente o uso dos fármacos prescritos, sendo que 31 dos 91 indivíduos não-aderentes referiu como motivo de abandono o elevado custo dos fármacos.

Cunha e Gandini (2009) referem que existem diversas questões que exercem influência sobre o comportamento de adesão e não-adesão, sendo que estas incluem questões relativas ao próprio paciente (aspectos intrapessoais), designadamente, o desejo pelo tratamento, o entendimento sobre a patologia e a crença relativamente aos resultados. Para além deste aspecto, as autoras acrescentam ainda, as questões referentes ao relacionamento do paciente com o profissional de saúde, ou seja, aspectos interpessoais e, por último, as questões relativas à disponibilidade por parte do técnico de saúde, a localização do serviço, a gratuidade da medicação e as condições para a marcação de consultas (aspectos contextuais).

No que concerne aos efeitos potenciados pela equipa de saúde, estes prendem-se com os serviços de saúde pouco desenvolvidos, reduzido conhecimento por parte dos técnicos de saúde sobre a gestão adequada nos casos de patologia crónica, durabilidade reduzida das

consultas, pouca capacidade para promover, incentivar e educar os pacientes quanto à importância do seguimento terapêutico (WHO, 2003).

Relativamente aos factores relacionados com a patologia, a severidade dos sintomas, o nível de deficiência causado, seja de natureza física, psicológica, social e profissional, a disponibilidade dos doentes para a realização dos tratamentos, são factores que influenciam significativamente a adesão terapêutica. Paralelamente, as co-morbilidades existentes, nomeadamente, o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), o abuso de drogas e álcool poderão condicionar o processo de adesão terapêutica. A complexidade do regime medicamentoso, a duração de tratamentos anteriores, falhas frequentes no tratamento, mudanças no próprio tratamento, benefícios imediatos, os efeitos secundários e a disponibilidade dos médicos para ajudar os doentes a lidar com eles, referem-se a factores relacionados com a terapêutica que criam um impacto significativo na continuidade do tratamento (WHO, 2003).

No que se refere aos factores relacionados com os doentes, estes associam-se aos recursos, conhecimentos, atitudes, percepção, crenças e expectativas do paciente sobre a sua doença. Deste modo, o conhecimento que os pacientes possuem, as crenças sobre a sua doença, a motivação e, as expectativas sobre o tratamento interferem, de uma forma ainda não totalmente clara, nos comportamentos de adesão. Contudo, existem outros factores de relevo que podem interferir no processo de adesão terapêutica, designadamente, a ansiedade, o esquecimento, a negação da própria doença, a descrença quanto ao diagnóstico, a incompreensão quanto às instruções dadas sobre o tratamento, a estigmatização associada à patologia em questão, entre outros factores, são intervenientes de destaque quando falamos de baixa adesão (WHO, 2003).

Assim sendo, deverá ser reforçada a motivação intrínseca no indivíduo, aumentando e evidenciando a importância da adoção de comportamentos de adesão, reforçando ao mesmo tempo a confiança através da aquisição de competências de auto-gestão, aumentando deste modo os níveis de adesão e, conseqüentemente, ver melhorada a sua condição de saúde (WHO, 2003).

Contudo, não existe uma estratégia ou um pacote de estratégias que se tenham revelado eficazes para a promoção da adesão, todavia, a intervenção a ser utilizada deverá contemplar as especificidades relacionadas com a doença em questão. No que se refere à influência dos profissionais de saúde, estes parecem ter uma influência significativa junto do utente, uma vez que, poderão avaliar se existe ou não risco de abandono por parte do utente, para além de escolher uma intervenção que vise a optimização da adesão. Nesse sentido, os profissionais de saúde deveriam ter acesso a uma formação específica em gestão de adesão, sendo que as estruturas onde estão inseridos estes profissionais deverão apoiar e respeitar este objectivo (WHO, 2003).

A falta de adesão aos tratamentos é uma dificuldade notada aquando da prestação de assistência efectiva aos doentes, sendo imprescindível a colaboração e investimento dos profissionais de saúde, realçando a importância do trabalho em equipa, utilizando em paralelo a tecnologia disponível. Contudo, é de grande importância o investimento do próprio doente, tendo como intuito o cuidar de si. Assim, no sentido de identificar os factores que poderão influenciar a adesão ao tratamento na doença crónica, os seguintes autores, indicaram nove factores que se associavam à adesão terapêutica (Maldaner, Beuter, Brondani, Budó & Pauletto, 2008).

Primeiramente, um factor que se associa ao processo de adesão terapêutica é a confiança depositada na equipa de saúde, sendo que através dela, o paciente terá maior disposição para

dialogar com o técnico de saúde que o acompanha revelando os seus medos, a sua visão, facilitando a construção de uma relação assente na confiança, podendo ser um factor de relevo para o cumprimento do regime terapêutico instituído (Maldaner *et al.*, 2008; Vásquez, Rodríguez & Álvarez, 2003; Cunha & Gandini, 2009).

Outra condição favorável para a adesão, é a existência de redes de apoio, particularmente, a presença da família, de amigos e pessoas próximas, agentes importantes em situações em que o indivíduo se defronta com algumas dificuldades, especialmente quando estamos perante uma doença crónica. Deste modo, a existência das redes de apoio auxiliam o indivíduo a enfrentar determinados sintomas próprios da doença motivando-o a seguir as recomendações terapêuticas, ou seja, as relações que o paciente estabelece com os outros, considerados por ele como significativos, podendo facilitar ou dificultar a adesão ao tratamento (Maldaner *et al.*, 2008; Cunha & Gandini, 2009).

Relativamente ao factor nível de escolaridade, os autores apontam que quanto mais baixo for o nível de escolaridade, maior probabilidade existirá de abandono. Deve ainda ter-se em linha de conta que os técnicos de saúde deverão de ter a responsabilidade de fornecer todas as informações ao doente, independentemente do seu grau de instrução (Maldaner *et al.*, 2008).

Ainda de acordo com os mesmos autores, a aceitação da doença depende de causas individuais internas e externas. As causas internas estão directamente relacionadas com a sua auto-imagem, alterações do seu papel no seio familiar e social, ao passo que as causas externas se referem ao apoio que o doente recebe quer por parte da sua família, quer por parte dos profissionais de saúde. No caso de existir adesão por parte do indivíduo, implica que este seja um agente activo no processo de tratamento, suportando os efeitos colaterais do mesmo, procurando informações acerca da sua doença e reaprendendo a viver com o impacto da doença e dos tratamentos no seu quotidiano. O efeito colateral da terapêutica instituída é

ainda, uma situação, que pode comprometer a adesão e a continuidade da mesma. Os efeitos colaterais referem-se aos efeitos indesejáveis despoletados pela toma de determinado(s) fármaco(s), podendo deste modo funcionar como um obstáculo à adesão (Maldaner e colaboradores, 2008).

Segundo Maldaner e colaboradores (2008), a falta de acesso aos medicamentos é uma causa associada ao processo de adesão, nomeadamente, a presença de algumas dificuldades como a distância dos locais de residência, dos locais de prestação de serviços de saúde e o alto custo dos fármacos. A durabilidade dos tratamentos, mais especificamente nos casos de tratamentos longos, pode ser um factor condicionador de adesão, visto que o facto de o doente ter uma doença crónica por si só é um acontecimento gerador de algum *stress* e no caso de tratamentos longos, o doente poderá ver alterado o seu quotidiano e também a sua liberdade. Por último, os presentes autores apontam ainda como condições favorecedoras para a não adesão, um esquema terapêutico complexo e a ausência de sintomatologia da doença. No que se refere à complexidade do esquema terapêutico, verifica-se que a toma de um elevado número de fármacos pode concorrer para o esquecimento da parte do doente, sendo de extrema importância que este tenha bem presente a importância do uso correcto da medicação para a manutenção do seu estado de saúde. Relativamente à ausência de sintomas da doença, no início do tratamento e através de um uso correcto da medicação, faz com que os sintomas agudos da doença diminuam ou desapareçam gradualmente, o que pode conduzir à percepção errónea de que não é necessário continuar a seguir o tratamento e as recomendações fornecidas pela equipa de saúde, favorecendo este quadro uma situação de não cumprimento, ou seja, de não adesão.

Cunha e Gandini (2009) referem, ainda, que as dificuldades por vezes encontradas e o tempo de espera alargado para a marcação de consultas podem desempenhar um papel limitador no processo de adesão por parte dos doentes.

### **2.1.3. Modelos de mudança comportamental explicativos da Adesão**

Ao longo do tempo foram sendo desenvolvidos alguns modelos que pretendem identificar e explicar as variáveis psicológicas associadas ao comportamento nos aspectos relacionados com a saúde e com a doença. Estas variáveis psicológicas poderão contribuir, positiva ou negativamente, para alguns comportamentos adoptados, ou seja, a organização destas variáveis poderá permitir compreender, modificar e controlar certos comportamentos, crenças, atitudes e valores relacionados com a saúde e com a doença, que podem ter um impacto negativo no indivíduo caso estes comportamentos não sejam os adequados (Pais-Ribeiro, 2005b).

Assim, existem diversos modelos e teorias que pretendem justificar o processo de tomada de decisão em saúde, sendo explicativos de um determinado comportamento, nomeadamente, o Modelo de Crenças de Saúde, a Teoria da Aprendizagem Social, a Teoria do *Locus* de Controlo para a Saúde, Teoria da Acção Racional de Fishbein, a Teoria da Acção Social, o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, o Modelo de Auto-Regulação de Leventhal, o Modelo Desenvolvidor e o Modelo Informação-Motivação-Comportamento.

Seguidamente, será abordado o Modelo de Crenças de Saúde (MCS), uma vez que integrará o estudo empírico em questão, procurando identificar as expectativas, das crenças, atitudes e valores dos indivíduos, tendo em vista a alteração de determinados comportamentos que poderão ser considerados menos abonatórios para a saúde.

### 2.1.3.1. Modelo de Crenças de Saúde (MCS)

O modelo mais antigo de todos os existentes é o MCS. Este modelo é o resultado de teorias comportamentais e cognitivas. De acordo com a perspectiva cognitiva, o comportamento é considerado função do valor subjectivo de um resultado e da probabilidade ou expectativa que uma acção particular conduzirá a esses resultados. Deste modo, as teorias cognitivas defendem que os reforços influenciam as expectativas ou hipótese perante a situação em vez de influenciarem uma forma directa o comportamento. O termo “crença” ou *belief* é um conceito inerente à teoria subjacente ao MCS e define-se de um modo concreto, diferindo da conotação que lhe é dada pelo senso comum (Pais-Ribeiro, 2005b).

De acordo com Becker (1974), o MCS derivou de teorias cognitivas e comportamentais, tendo sido o primeiro modelo a ser desenvolvido, sendo usualmente o mais utilizado nos programas de intervenção desenvolvidos nos últimos anos. Este modelo defende que a disponibilidade para incrementar determinados comportamentos de saúde é determinada pela percepção que o indivíduo tem sobre a probabilidade de ter uma doença particular e, ao mesmo tempo, as consequências que poderá ter despoletado pelo processo de adoecimento (Pais-Ribeiro, 2005b).

Como refere Ogden (2004), o MCS defende que o comportamento é o resultado de um conjunto de crenças centrais, enquanto que as crenças básicas iniciais são as percepções individuais que a pessoa tem sobre a susceptibilidade de vir a possuir a patologia, a gravidade da própria doença, os custos inerentes associados à adopção de um comportamento, os benefícios que estão envolvidos na realização desse comportamento e, por último, as pistas para a acção, de origem internas (sintoma) ou externas (educação para a saúde). Deste modo, o presente modelo, defende que essas crenças centrais deverão ser utilizadas no sentido de prever a probabilidade de um determinado comportamento vir a ocorrer.

Ao longo dos anos, o MCS foi sendo alterado tendo em vista a implementação de um maior número de componentes que pudessem influenciar a acção individual. Deste modo, como refere Rosenstock (1990), as variáveis que definiam este modelo agrupavam-se em três categorias. A primeira categoria, denominada de **ameaça**, refere-se à percepção de susceptibilidade à condição de doença e, paralelamente, contempla ainda a percepção da gravidade da condição. A segunda categoria diz respeito à **expectativa quanto ao resultado**, percepcionando os benefícios e as barreiras associados a uma acção específica. Por último, a terceira categoria remete para a **expectativa quanto à eficácia**, considerando a convicção quanto à capacidade pessoal para efectivar a acção recomendada (Rosenstock, 1990, citado por Pais-Ribeiro, 2005b).

Camarneiro (2004) refere que a probabilidade de um indivíduo seguir um comportamento preventivo é motivado tendo por base quatro tipos de percepções:

- ✓ A percepção da pessoa no sentido de ter consciência de estar perante um problema de saúde, isto é, a percepção de susceptibilidade;
- ✓ A percepção do indivíduo relativamente à gravidade e às consequências, do seu problema de saúde sentindo-se deste modo ameaçado, designando-se como percepção de gravidade;
- ✓ A percepção do indivíduo de que esse problema de saúde poderá ser prevenido através de uma acção que conduzirá à diminuição de ameaça, ou seja, percepção dos benefícios;
- ✓ A percepção que a acção a ser concretizada pode contemplar aspectos negativos na aplicação desses comportamentos, sendo que deste modo o indivíduo irá considerar que os benefícios a serem alcançados poderão ser avaliados em função de barreiras, isto é, a percepção das barreiras.

De acordo com esta abordagem, é necessário um estímulo desencadeador que fomente no indivíduo a escolha de comportamentos adequados, compreendendo variáveis demográficas, designadamente, sexo e idade e variáveis psicossociais, nomeadamente, a personalidade do indivíduo, classe social entre outros, variáveis essas que poderão influenciar de um modo indirecto as condutas de saúde através da sua influência nas crenças sobre a saúde (Camarneiro, 2004; Vásquez, Rodríguez & Álvarez, 2003).

O MCS defende que as decisões que se relacionam com a adopção de comportamentos de saúde compreendem uma análise, integrando os custos e benefícios. Deste modo, os elementos fulcrais para o processo de tomada de decisão referem-se por um lado, aos benefícios para a saúde relativos a determinados comportamentos e, por outro, aos custos podendo ser estes sociais, psicológicos ou outros, inerentes à sua adopção. O paciente envolver-se-á de um modo mais evidente num comportamento de saúde, se o risco de saúde associado for elevado e ainda se os custos inerentes a esse mesmo comportamento forem reduzidos (Bennett, 2002).

Pereira e Silva (2002) atestam que o indivíduo quando constrói uma determinada crença sobre algo, assumindo-a como verdadeira, tenderá a interpretar o meio envolvente de modo a poder credibilizar e atestar essa sua crença, ainda que isso implique um enviesamento da interpretação e informação que recebe do meio interno ou externo.

No que se refere à interpretação de um conjunto de sintomas, as autoras referem ainda que não é possível retirar nenhuma conclusão acerca do seu significado, porém, se vincularmos a esse conjunto de sintomas um determinado esquema mental cognitivo, permitirá que o indivíduo veja sedimentados e reforçados esses sintomas, sabendo como agir em relação a eles. Assim sendo, as atribuições estão relacionadas com comportamentos ou estilos de vida,

que por sua vez poderão estar relacionados com a adesão terapêutica por parte do indivíduo (Pereira & Silva, 2002).

Patrão e Leal (2002) conduziram uma investigação que pretendia indagar os comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero, concluíram que relativamente às variáveis psicológicas, as participantes com comportamentos de elevadas taxas de adesão, possuíam uma elevada crença de vulnerabilidade e gravidade ao cancro do colo do útero, possuindo uma crença elevada sobre os benefícios da citologia, o que poderá indicar que as mulheres que aderiam reconheciam uma maior importância ao exame de rastreio.

De acordo com o estudo levado a cabo por Horne e Weinman (1999), no qual procuraram indagar a opinião pessoal de 324 pacientes com doença crónica (asma, insuficiência renal, doença cardíaca e doença oncológica), sobre a necessidade de medicação prescrita pelo técnico de saúde e pela sua preocupação na toma da mesma, bem como as crenças e a adesão, sendo que a maioria dos doentes (89%) acreditavam que a medicação prescrita era a necessária e adequada para manter o seu estado de saúde. Todavia, mais de 1/3 dos indivíduos manifestavam grande preocupação com a medicação que tomavam, as quais eram baseadas em crenças que se prendiam com os efeitos sentidos a longo prazo ou ainda com a dependência que esses medicamentos poderiam originar.

Deste modo, as crenças sobre os medicamentos estavam relacionadas com a adesão, sendo que a preocupação manifestada relativamente à medicação estava correlacionada com a baixa adesão. Assim, pode concluir-se com este estudo que as crenças sobre a medicação foram preditores fortes, sendo responsáveis por 19% da variância explicativa da adesão (Horne e Weinman, 1999).

De acordo com Horne e colaboradores (2005), as investigações relacionadas com a adesão têm revelado que as crenças que os doentes têm acerca da sua doença e tratamento são elementos de relevo que interferem no processo de adesão. O abandono intencional dos tratamentos ocorre tendo em consideração as crenças, atitudes e expectativas dos pacientes, diminuindo a motivação e persistência na continuidade do tratamento.

De acordo com os dados obtidos no estudo realizado por Ferreira (2008), a hipótese de que as atitudes que as pessoas têm sobre os médicos e sobre a medicina de um modo geral, bem como as crenças que possuem acerca dos fármacos, influenciam grandemente os níveis de adesão terapêutica.

Pereira (1997) sugere um modelo designado de Modelo Colaborativo de Avaliação da Não-Adesão Médica, referindo que este teria uma fácil implementação no âmbito hospitalar/clínico, visto que se debruçaria objectivamente sobre as crenças familiares do paciente, permitindo deste modo a análise da cultura do doente em relação à sua condição médica considerada como essencial na questão da não-adesão ao tratamento médico.

## **2.2. A Adesão Terapêutica na DPOC**

A DPOC provoca um enorme impacto nos indivíduos, sendo que cerca de 23% dos seus portadores consideram-se inválidos devido aos problemas respiratórios associados, tendo uma visão bastante negativa relativamente ao futuro. Apesar do diagnóstico precoce ser um factor essencial para evitar os avanços da doença, não existem evidências que o uso de medicamentos, mesmo quando tomados numa fase inicial da doença, altere a sua progressão no que concerne à perda de função pulmonar (Campos, 2004).

George, Kong, Thoman e colaboradores (2005) realizaram um estudo onde constataram que as crenças do paciente, experiências e comportamentos relativos à doença, foram

considerados os preditores de maior relevo no processo de adesão. Foi ainda oportuno verificar que os indivíduos mais aderentes, apresentam uma maior compreensão e capacidade de gestão da sua doença, acreditando que essa gestão lhes permitiria obter um maior controlo sobre a mesma. A depressão e comorbilidades com outras doenças crónicas são apontadas como causas de relevo que interferem na adesão ao tratamento. Deste modo, constatou-se neste estudo que a aceitação do processo de doença e do tratamento recomendado, o conhecimento sobre a patologia, a fé no tratamento, a relação médico-doente e a rotina diária na toma da medicação prescrita, são elementos fundamentais para a adesão à medicação nos doentes portadores de DPOC.

Ao mesmo tempo, Laforest, Denis, Ganse, Ritleng, Saussier, Passant, Devouassoux, Chaté, Freymond e Pacheco (2010) referem que a melhoria da eficácia na gestão da DPOC requer uma compreensão detalhada dos factores que influenciam a adesão, assim, esses factores podem relacionar-se com características pessoais do próprio doente ou ainda factores relativos à própria doença. No estudo levado a cabo por estes autores, foi constatado que a adesão aos tratamentos respiratórios revelaram-se inadequados nos indivíduos com DPOC, atestando por isso, que a percepção dos pacientes sobre o ónus da terapia é extremamente importante para uma adesão adequada.

De acordo com Borbeau e Bartlett (2007), a adesão ao tratamento nos doentes com DPOC é essencial no que concerne a uma gestão eficaz da doença. Tal como se observa noutras patologias crónicas, a baixa adesão também é comum na DPOC e traduz-se em taxas de morbilidade, despesas de saúde, hospitalizações, perda de qualidade de vida e mortalidade. Os factores subjacentes à falta de adesão prendem-se com subutilização dos fármacos recomendados, alteração dos horários da medicação, ausência de actividade física e continuação do acto de fumar.

A adesão é ainda afectada pela percepção dos pacientes relativamente à sua doença, o tipo de tratamento a cumprir, a qualidade de comunicação entre o paciente e os serviços de saúde e, também, o ambiente social. Deste modo, haverá uma maior propensão para aderir ao tratamento proposto caso o doente acredite no tratamento e entenda o acto de adesão como uma forma de melhorar a gestão e controlo da doença, antecipando deste modo consequências graves relacionadas com a não-adesão (Borbeau & Bartlett, 2007).

A não-adesão contempla várias dimensões, designadamente, a omissão, a interrupção intencional ou alteração espontânea das dosagens da medicação (Laforest e colaboradores, 2010).

Os técnicos de saúde desempenham um papel muito importante junto dos doentes, visto que farão entender a natureza da patologia, os benefícios e os efeitos adversos que estão associados ao tratamento, incentivando os pacientes a desenvolverem competências de auto-gestão da sua doença. É ainda pertinente que os técnicos de saúde que lidam com o paciente procurem explorar suas crenças, bem como as preocupações com a segurança e os benefícios do tratamento de modo a poderem evitar um possível abandono por parte do doente (Borbeau & Bartlett, 2007).

De igual modo Rand (2005), refere que as crenças que o indivíduo tem acerca do tratamento, assim como, a gravidade da sua doença, parecem ter um papel de relevo no tratamento, nomeadamente, os efeitos colaterais e a frequência da dosagem, influenciam a adesão, sendo que a educação para a saúde é considerado um elemento fundamental, no sentido de evitar um comprometimento de seu estado de saúde.

Assim, o cumprimento do regime terapêutico recomendado é um factor essencial em qualquer doença, principalmente nas doenças crónicas como é o caso da DPOC, permitindo

controlar os sintomas da doença e, porventura, o retardo do agravamento deste mesmos sintoma.

### **2.3. A Adesão Terapêutica na TB**

A TB é considerada um problema global de saúde pública associado a condições de miséria e ao cuidado inadequado de saúde. É uma patologia de cariz infeccioso, sendo que esta infecção fica localizada no pulmão podendo permanecer latente ou então evoluir para um estado de doença activa e, inclusivamente, pode disseminar-se para outras partes do corpo, designadamente, as meninges, rins, ossos entre outros (Mendes & Fensterseifer, 2004).

Relativamente ao tratamento, convém salientar que o doente que não aderir, para além de permanecer doente, é considerado uma fonte de contágio, sendo que a irregularidade do tratamento conduzirá a uma situação de resistência medicamentosa e à recidiva da doença, aumentando o tempo de cura e de custos do tratamento (Mendes & Fensterseifer, 2004).

De acordo com o estudo levado a cabo por Bergel e Gouveia (2005), foram identificados como factores de risco para o abandono do tratamento na TB o nível de escolaridade e ocupação profissional, ou seja, indivíduos sem escolaridade ou em condição de desemprego apresentavam cerca de três vezes maior probabilidade de abandonar o tratamento.

Neste mesmo estudo concluiu-se que os doentes que apresentavam alguma comorbilidade acresciam a probabilidade da taxa de abandono para 81%, sendo apontado o alcoolismo como um factor limitativo do processo de adesão. No entanto, existem ainda outros factores referentes aos serviços de saúde que influenciam na adesão ao tratamento, nomeadamente, a qualidade e organização dos serviços (Bergel & Gouveia, 2005).

Barroso, Mota, Morais e colaboradores (2003) concluíram no seu estudo que existe uma grande abrangência de factores associados nos tratamentos inadequados, designadamente, o

baixo nível sócio económico, a intolerância medicamentosa, realização de tratamentos anteriores e a pouca atenção prestada às queixas dos pacientes por parte dos serviços de saúde. Assim, os autores apontam que a implementação de uma interacção interdisciplinar é uma alternativa viável no controlo da doença, sendo desenvolvidas medidas que visassem minimizar os factores intervenientes nos tratamentos inadequados, mais concretamente, a adopção da estratégia de tratamento directamente supervisionado, um melhor suporte socioeconómico, intensificação do treino pessoal e uma interacção mais próxima com o serviço de distribuição de medicamentos. Contudo, e apesar de neste estudo não ter sido encontrado um impacto significativo do alcoolismo e do tabagismo no processo inadequado de tratamento, os autores referem que caso exista esta problemática deverá ser realizada uma abordagem objectiva no sentido de procurar minimizar esse impacto no tratamento e recuperação do indivíduo.

Segundo Munro, Lewin, Smith e colaboradores (2007), a adesão é encarada como um fenómeno complexo e dinâmico, integrando uma vasta gama de factores que interferem no comportamento do indivíduo e conseqüentemente no tratamento. Deste modo, as intervenções deverão ser centradas no paciente, prestando a atenção necessária nos obstáculos globais, tendo como intuito melhorar a adesão ao tratamento e reduzir os encargos associados a esta patologia.

Um dos factores que poderá levar o doente a interromper o tratamento prende-se com a melhoria dos sintomas. Widjanarko, Gompelman, Dijkers e Werf (2008) constataram na sua investigação, que se prendia com os factores intervenientes na adesão ao tratamento da TB, que os indivíduos que estavam abrangidos pelos programas de observação directa abandonaram o tratamento dada a melhoria do seu estado de saúde, a par das dificuldades económicas e efeitos colaterais da medicação. Por outro lado, constataram ainda alguns

factores facilitadores da adesão, mais especificamente, o apoio social e educação sobre a saúde realizada pelo técnico que acompanha o doente, isto é, fornecer informações sobre a durabilidade e efeitos colaterais do tratamento, facilitar o acesso ao mesmo, fornecimento de motivação ao doente para a continuidade do tratamento.

Erhabor, Aghanwa, Yusuph, Adebayo, Arogundade e Omidiora (2000) apontam que as causas da não-adesão ao tratamento são multifactoriais, nomeadamente, a psicopatologia associada, economia pobre, conhecimento insuficiente sobre o tratamento e negação quanto à presença da doença. No entanto, é possível o controlo da TB a nível global, para isso deverá ser dada maior atenção a determinados aspectos referentes às atitudes do paciente em relação à doença e ao tratamento, a atitude dos profissionais de saúde, e ao compromisso dos governos no sentido de fomentar e desenvolver investigação nesta área.

Ainda no que concerne aos factores envolvidos no abandono do tratamento, Sá, Souza, Nunes, Palha, Nogueira e Villa (2007) referem os seguintes: a falta de informação existente e representações negativas associadas à patologia em questão, etilismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas, crença da obtenção da cura através da fé, problemas socioeconómicos, intolerância aos fármacos, durabilidade do tratamento, quantidade de fármacos ingeridos, regressão da sintomatologia inicial da terapêutica e, por último, o trabalho desenvolvido pelos técnicos de saúde.

Com efeito, compreende-se que o alcance do sucesso terapêutico não se prende unicamente com a eficácia farmacológica, visto que, existem dificuldades referentes ao próprio indivíduo, ao tratamento e à operacionalização do cuidado nos serviços de saúde que podem comprometer todo o tratamento. Este estudo salientou que as crenças que o doente tem sobre a TB, os comportamentos prejudiciais para a saúde, problemas éticos como doença associada e problemas sociais e económicos também têm um forte impacto. No que se refere

aos serviços de saúde, os autores apontam que em alguns casos o paciente abandona o tratamento uma vez que já teria sido abandonado pela equipa de saúde, deste modo, o acompanhamento realizado por estes profissionais nos casos de TB deve ser baseado na humanização do cuidado, ouvindo atenciosamente as necessidades manifestadas pela pessoa, traçando simultaneamente estratégias que permitam a continuidade do tratamento. Assim sendo, para que seja alcançado o sucesso terapêutico é importante que exista uma perspectiva de co-responsabilização, havendo uma partilha de compromissos, envolvendo o serviço de saúde e o doente (Sá *et al.*, 2007).

### **Capítulo III – Qualidade de Vida na DPOC e na TB**

#### **3.1. Definição de Qualidade de Vida e de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde**

Tem-se assistido nas últimas décadas a um aumento da esperança de vida devido aos tratamentos cada vez mais eficazes prolongando, deste modo, o tempo de vida do indivíduo, no entanto, tal facto nem sempre acarreta um impacto qualitativo na vida do doente. Concomitantemente, e com o aumento da esperança de vida, assiste-se a uma prevalência das doenças crónicas, surgindo o conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde como uma parte preponderante do cuidado médico (Ramos-Cerqueira & Crepaldi, 2000).

Pais-Ribeiro (2002) afirma que a Qualidade de Vida (QDV) é um conceito recente quer em termos de utilização genérica, quer no domínio da saúde, isto é, das doenças de um modo geral. Constatou-se na última década do século XX um particular interesse por este conceito, verificando-se um acréscimo acentuado de investigação nesta área, no entanto, dada a popularidade do termo revela-se necessária a clarificação do conceito de QDV enquanto conceito científico.

No que concerne à definição do conceito de QDV a OMS define que:

*“A qualidade de vida é a percepção do indivíduo, da sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo afectado de uma forma complexa pela saúde física da pessoa, do seu estado psicológico, das suas crenças pessoais, das relações pessoais e das suas relações com as características principais do seu ambiente”* (WHOQOL Group, 1997, p. 1; Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000, p. 179).

De acordo com esta definição, a QDV é percebida como um conceito subjectivo, multidimensional, incluindo elementos de avaliação positivos e negativos (Fleck et al., 1999).

Primeiramente, o termo QDV é considerado um conceito subjectivo, ou seja, a perspectiva do indivíduo é levada em conta, nomeadamente, a percepção que o indivíduo tem sobre a realidade objectiva. É ainda encarado como um conceito multidimensional uma vez que a QDV é composta por várias dimensões, não sendo aconselhável que um instrumento que meça a QDV tenha apenas um único *score*, mas sim que o seu *score* seja medido em vários domínios. Por fim, os elementos de avaliação positivos e negativos, para que haja uma “boa” qualidade de vida, é necessário que estejam presentes alguns elementos e que outros se encontrem ausentes (Fleck e colaboradores, 1999).

Segundo Antunes e Pais-Ribeiro (2000, p. 646) *“a QDV é baseada na percepção pessoal que o doente tem acerca da sua capacidade funcional em área que ele valoriza. Desta forma, a QDV é uma percepção global da vida pessoal, e depende da contribuição de inúmeros domínios e componentes”*.

Relativamente a Portugal, os primeiros artigos escritos sobre a QDV surgiram nos anos 90, iniciava-se por esta altura a investigação entre QDV e a Psicologia. No que se refere à

denominação de QDV, podem ser encontrados termos diversos designadamente, bem-estar subjectivo, felicidade, satisfação com a vida entre outros, usualmente empregues para referir a boa vida de um modo geral, sendo a boa vida um objectivo elementar para as sociedades modernas (Pais-Ribeiro, 2009).

Em meados dos anos 80, foi inserido o conceito de QDV no contexto de saúde procurando, deste modo, avaliar o impacto específico, não médico, da doença crónica, funcionando como um critério de avaliação para os tratamentos médicos e psicossociais (Bowling, 1995; Fitzpatrick e colaboradores, 1992; Kilian, Matschinger, & Angermeyer, 2001 citado por Paredes, Simões, Canavarro, Serra, Pereira, Quartilho, Rijo, Gameiro & Carona, 2008).

Segundo Meneses (2005), os primeiros estudos realizados sobre a QDV eram baseados em indivíduos que não apresentavam doença, ou seja, fora do contexto de saúde, todavia, à medida que começaram a existir avanços no campo da saúde, o conceito generalizou-se para o contexto clínico, sendo conhecido por Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde (QDVRS) ou ainda no termo original, *Health Related Quality of Life* (Meneses, 2005; Pais-Ribeiro, 2009).

Relativamente à QDVRS, e de acordo com Pais-Ribeiro (2002), este é um conceito que está correlacionado com a doença, nomeadamente com as representações da doença abrangendo as crenças relativamente às causas, às consequências da doença, os preconceitos, os juízos dos outros relativamente à doença, a auto-apreciação que o indivíduo faz de si enquanto pessoa doente, as emoções associadas a esse processo, os sintomas e os tratamentos.

A QDVRS é uma designação específica do sistema de cuidados de saúde, podendo abranger dois sentidos diferentes, por um lado, adoptar um sentido geral para o sistema de cuidados de saúde e, por outro, adoptar um sentido específico para cada doença em concreto. Relativamente ao sentido mais lato, a QDVRS remete para a QDV que se encontra

dependente das doenças que as pessoas têm, analisando a contribuição dessa doença e do seu tratamento na QDV das pessoas. Quanto ao sentido específico, a QDVRS refere-se às limitações ou ao modo como a patologia específica interfere na QDV da pessoa. Assim sendo, seria mais correcto adequar o termo para Qualidade de Vida Relacionada com a Doença, uma vez que tendo por base o senso comum, quando falamos de saúde estamos a falar também de doença (Pais-Ribeiro, 1994).

Apesar do termo da QDV ainda não ter uma definição unânime, este possui diversas noções. Todavia, o que muitas dessas definições possuem em comum é precisamente o domínio da saúde, sendo considerado um componente da QDV, ou seja, um domínio de bem-estar humano. Assim, a saúde, a percepção a saúde, ou a satisfação com a saúde é considerado um factor predominante do bem-estar humano (Fleck e colaboradores, 2008).

Calman (1984) aponta que o termo QDV não diz respeito unicamente ao impacto do tratamento e dos efeitos colaterais, mas também o reconhecimento do paciente como um indivíduo, como uma pessoa inteira, composto com corpo, mente e espírito. Este autor refere também que investigar a QDV não é uma tarefa fácil visto que, primeiramente, existe a dificuldade no que concerne à sua definição, no entanto, mesmo que não existisse essa dificuldade, surge a dificuldade de a quantificar e de comparar um indivíduo com outro.

A QDV deverá ser descrita e medida em termos individuais, estando relacionada com o estilo de vida actual, com experiências passadas, as esperanças para o futuro e ambições. Assim a QDV deverá conter todas as áreas da vida e experiências da pessoa, tendo em consideração o impacto potenciado pela doença e pelo tratamento na sua vida (Calman, 1984).

O processo de saúde-doença é composto por determinantes e condicionantes multifactoriais e complexos. Deste modo, a saúde e a doença englobam processos

interpretados como um *continuum*, envolvendo aspectos económicos, sociais, culturais, experiência pessoal e estilo de vida (Seidl & Zannon, 2004).

No que concerne à relação existente entre QDV e QDVRS, o primeiro conceito é genérico, aplicando-se a todas as pessoas saudáveis ou não, integrando qualquer patologia sendo, deste modo, possível identificar e comparar a QDV e as suas dimensões entre diversos grupos, designadamente, ao nível da Psicologia procurando identificar os pontos fracos de determinado indivíduo, com doença ou não, procurando posteriormente, desenvolver programas que promovam o desenvolvimento desses pontos fracos (Pais-Ribeiro, 2002; 2009).

A designação da QDVRS é considerado um conceito específico de uma doença, pelo que só poderá ser ajustado a pessoas que possuem essa mesma patologia. Deste modo, estas técnicas valorizam os aspectos que são característicos dessa doença, nomeadamente, os sintomas, especificidades do tratamento e seus efeitos (Pais-Ribeiro, 2002; 2009).

O conceito da QDV é considerado fundamental nas populações saudáveis bem como, nas populações portadoras de doença. Assim, uma vez que a QDV assenta em percepções, expectativas, crenças, reacções emocionais do indivíduo, que integram componentes da QDV mas também, aspectos que a influenciam, revela-se imprescindível, a presença de apoio psicológico, tendo como principal objectivo, o desenvolvimento de competências junto das pessoas de modo a promover uma melhor QDV (Pais-Ribeiro, 2009).

### **3.2. Avaliação da Qualidade de Vida**

Apesar de não existir unanimidade quanto ao conceito da QDV, um grupo de investigadores da OMS desenvolveu uma nova conceptualização teórica e metodológica na avaliação da qualidade de vida. O grupo WHOQOL, nome atribuído a este conjunto de

investigadores da OMS, procurou desenvolver um instrumento que pudesse avaliar a QDV (Paredes, 2006).

Primeiramente, procurou-se clarificar o conceito de QDV por diferentes especialistas que provinham de diferentes culturas. Posteriormente, estes investigadores efectuaram um estudo qualitativo em 14 países, junto de pessoas que tinham variadas patologias, técnicos de saúde e população em geral, de modo a poder investigar a significação do termo em culturas distintas (The WHOQOL Group, 1995; 1998).

O projecto WHOQOL foi elaborado há mais de 10 anos, estando presentemente disponível em 40 países, sendo que este projecto procurou avaliar o construto da QDV, tornando-o num conceito mais universal. Assim, este instrumento foi criado com a pretensão de poder ser aplicado em todo o mundo, regulando-se pela simplicidade, procurando ser um instrumento útil e de fácil utilização nos mais variados contextos culturais (Skevington, Sartorius, Amir & WHOQOL-Group, 2004).

A criação de um instrumento que avaliasse a QDV tornava-se cada vez mais necessária, visto que através do conhecimento das áreas da QDV que estavam comprometidas ou deterioradas, seria mais fácil a intervenção do médico, orientando melhor a acção terapêutica. Convém ainda salientar, que este instrumento foi elaborado tendo por base directivas que tinham em consideração as preocupações do próprio doente, ao invés de se focar nas concepções médicas (Skevington, Sartorius, Amir & WHOQOL-Group, 2004).

Com base neste projecto foi elaborado o instrumento WHOQOL-100, que era composto por 6 domínios e facetas correspondentes a cada domínio. Estas facetas são avaliadas através de quatro questões, compondo um total de 100 questões, organizadas de acordo com 24 facetas específicas (The WHOQOL Group, 1998).

O WHOQOL-100 é um instrumento de avaliação que permite avaliar a QDV de um modo detalhado de cada faceta individual, contudo, poderá revelar-se muito extenso para o uso prático, surgindo a necessidade de elaboração de um outro instrumento com características psicométricas igualmente satisfatórias, todavia, de aplicação mais rápida (Fleck et al., 2008; The WHOQOL Group, 1998).

Com efeito, foi desenvolvido um instrumento que procurasse avaliar de um modo detalhado a QDV, fornecendo *scores* resumidos para quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), em detrimento de *scores* detalhados ao nível das facetas, denominando-se de WHOQOL-BREF (The WHOQOL Group, 1998).

De acordo com Fleck e colaboradores (2008), o WHOQOL- BREF é composto por 26 questões, sendo duas questões gerais de QDV e as restantes 24, representativas das 24 facetas que integram o instrumento original.

De acordo com Fleck e colaboradores (2000), o WHOQOL- BREF revelou ser uma alternativa útil nos casos em que a aplicação da versão longa é pouco recomendada. Constatase que este instrumento possui características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste.

Kluthcovsky e Takayanagui (2007) afirmam não existir actualmente consenso sobre o conceito de QDV, porém, grande parte dos investigadores aceitam que este conceito possui aspectos de subjectividade e multidimensionalidade. A QDV é considerado um tema actual e de grande importância, nomeadamente quando associado à promoção da saúde. Estes autores consideram, ainda, que a clarificação do conceito é de extrema importância, principalmente no âmbito da saúde, de modo a uniformizar um melhor entendimento sobre o conceito.

Apesar de existir actualmente uma variedade de estudos no âmbito da QDV, revela-se necessária a continuidade dessa investigação, de modo a poder compreender melhor e, de uma

forma fidedigna, este construto que ainda gera alguma dissonância na comunidade científica, procurando responder de uma forma mais eficaz às necessidades dos indivíduos. Quando o indivíduo se depara com determinada patologia, e como foi referido anteriormente, quer seja pela manifestação dos sintomas quer seja pelos efeitos do tratamento, a QDV poderá ser ou não comprometida. Deste modo, o presente trabalho irá procurar analisar a QDV nos indivíduos portadores de DPOC e de TB.

Com base no que foi exposto anteriormente, a DPOC e a TB são patologias que têm um impacto significativo na vida do doente. Por um lado, a DPOC enquanto doença crónica poderá propiciar o aparecimento de comorbilidades, nomeadamente, patologias psicológicas, como a ansiedade e depressão. Ao mesmo tempo, incutir no doente sentimentos de perda de funcionalidade e de isolamento social, denotando por isso um carácter limitador. Por outro lado, a TB enquanto doença infecciosa, apesar de ser curável, é ainda hoje uma patologia que acarreta consigo algum estigma, ora, tal facto, pode provocar no indivíduo sentimento de vergonha, raiva, medo entre outros.

Ambas as doenças, pressupõem a alteração e/ou ajustamento de algumas rotinas diárias e de estilo de vida, tendo em vista, minimizar o impacto da doença, conduzindo a uma melhor QDV.

### **3.3. Qualidade de Vida e DPOC**

Ferrer, Alonso, Morera, Marrades, Khalaf, Aguar, Plaza, Prieto e Antó (1996) verificaram no seu estudo que o impacto da DPOC na QDV dos indivíduos aumenta de acordo com o agravamento da doença. Os autores verificaram ainda que os valores da QDVRS nos doentes que se encontravam no Estádio I da doença (DPOC Ligeira) manifestavam um

comprometimento significativo da sua QDV. Por fim, a existência de comorbilidade comprometeu a relação entre a QDV e a própria doença.

Um outro factor que parece influenciar a QDV são os episódios de agravamento dos sintomas da doença (exacerbações), sendo que estes vão sendo mais frequentes à medida que a doença progride, podendo apresentar-se como um factor de risco para a vida do doente (DGS, 2005). Neste sentido, estudos efectuados neste âmbito, revelaram que estes episódios de agravamento da DPOC podem ter um impacto significativo no estado de saúde e, consequentemente, na QDV, sendo por isso considerado um factor de relevo nos estudos clínicos realizados. Deste modo, considera-se pertinente a identificação dos indivíduos que se encontram sob risco de terem estes episódios, uma vez que essa identificação permitirá a redução da morbilidade e mortalidade (Seemungal, Donaldson, Paul, Bestall, Jeffries & Wedzicha, 1998; Menn, Weber & Holle, 2010).

Num estudo realizado por Oliveira, Vale, Guimarães, Batista e Dantas (2009) com pessoas portadoras de DPOC, verificou-se que à medida que a DPOC se agrava existe uma redução da QDV. Ao mesmo tempo, constatou-se que os indivíduos que apresentavam a sua situação clínica estável e, que realizassem o tratamento prescrito de uma forma regular, com broncodilatadores e corticosteroides, manifestavam melhores resultados na QDV. No que concerne ao impacto gerado pela doença, designadamente, os efeitos sociais e psicossociais, evidenciaram a tendência para o isolamento social à medida que a doença se ia agravando.

Paralelamente, Carvalho, Ribeiro, Ribeiro, Nunes, Cukier e Stelmach (2007) referem a presença de psicopatologia, assinaladamente, ansiedade e depressão, nos indivíduos portadores desta patologia. Assim, a ansiedade e a depressão aparecem devido às limitações provocadas pelo comprometimento do seu estado de saúde, com que a pessoa se vai deparando nas actividades de vida diária, podendo levar à privação social do indivíduo.

Neste sentido, a ansiedade e depressão encontram-se presentes frequentemente, em indivíduos com DPOC, sendo que a sua identificação e tratamento, são de grande importância no prognóstico clínico do doente, visto que poderão comprometer a adesão ao tratamento por parte do doente, conduzindo a uma maior dificuldade no controlo da doença, potenciando consequentemente, um aumento de morbilidade e de mortalidade. Deste modo, revela-se pertinente que os técnicos de saúde estejam atentos quanto à presença de comorbilidade psicológica, dado que o seu tratamento efectivo, evitará um maior impacto negativo na QDV do indivíduo (Carvalho, Ribeiro, Ribeiro, Nunes, Cukier & Stelmach, 2007; Cully, Graham, Stanley, Ferguson, Sharafkhaneh, Souchak & Kunik, 2006).

De acordo com o estudo realizado por Seamark, Blake e Seamark (2004) existe um declínio das actividades de vida diária e isolamento social presente nos indivíduos com DPOC severa, verificando-se, assim, um decréscimo da QDV física acarretando implicações psicológicas tão graves como quando comparados com indivíduos com cancro no pulmão. Salienta-se, ainda, que o impacto sentido pela doença interfere não só na vida dos doentes, mas também junto dos cuidadores. Assim, os presentes autores sugerem a necessidade de partilha de informação e de vigilância sobre a doença, entre os profissionais de saúde, os cuidadores e o paciente.

Segundo um estudo levado a cabo por Silva, Souza, Francioni e Meirelles (2005) num grupo de convivência de onze pessoas portadoras de DPOC, verificaram que o controlo de sentimentos causadores de desconforto nestas pessoas, o investimento no sentido de possuírem uma vida melhor, através da superação das dificuldades associadas à doença e ao tratamento, bem como o apoio familiar, funcionariam como factores promotores da QDV no indivíduo.

### **3.4. Qualidade de Vida e TB**

Como foi referido anteriormente, a TB é uma doença infecciosa, contudo curável. O tratamento adequado é um factor fundamental na recuperação do estado de saúde do doente.

De acordo com Hansel, Wul, Changl e Diette (2004) a TB, assim como o tratamento associado, têm um impacto significativo na vida dos indivíduos afectados. A TB tem um impacto significativamente negativo, nomeadamente ao nível físico, psicológico e social, visto que as pessoas com TB poderão sentir-se isoladas da sua família e amigos, assim como vivenciarem situações de medo e ansiedade, esses sentimentos poderão ser despoletados pelo preconceito associado à própria doença (Guo, Marra & Marra, 2009).

Guo, Marra e Marra (2009) verificaram que a TB, assim como o seu tratamento antibacilar, apesar de ter um efeito muito positivo na QDV dos pacientes, causa um forte impacto mesmo após a conclusão do mesmo e com o restabelecimento do seu estado de saúde.

No âmbito de um estudo qualitativo realizado por Marra, Marra, Cox, Palepu e Fitzgerald (2004) com indivíduos portadores de TB, foi possível constatar que esta patologia tem um grande impacto sobre a QDV dos indivíduos. Concomitantemente, apesar destes doentes atribuírem importância quanto à necessidade de tratamento adequado, os factores relacionados com a obtenção do tratamento inicial, a hospitalização e a medicação diária, parecem prejudicar a vida dos doentes. Para além da TB interferir de um modo significativo no funcionamento físico e social do doente, estes referiram, ainda, que esta patologia acarreta consigo, reacções psicológicas de relevo, designadamente, o medo, a depressão e a raiva.

Ainda de acordo com este estudo, foi referido pelos participantes que a TB é uma patologia que despoleta alguns sentimentos negativos nomeadamente, tédio, frustração e isolamento, sentimentos esses despoletados pelo diagnóstico e pela hospitalização inicial. Foram ainda

tecidas algumas críticas quanto à atenção primária fornecida, bem como à morosidade por parte dos técnicos de saúde na determinação do diagnóstico de TB. Com efeito, estes indivíduos defendiam que deveria existir uma educação mais abrangente a respeito desta patologia nos cuidados de saúde prestados a esta população (Marra e colaboradores, 2004).

De acordo com Antunes e Pais-Ribeiro (2000) num estudo realizado com indivíduos portadores de TB, e em que utilizaram um instrumento para avaliar a QDV, verifica-se que estas pessoas têm uma QDV baixa. Ao mesmo tempo, verificou-se que os indivíduos diagnosticados com TB há mais de um ano manifestam valores mais altos de sintomatologia depressiva, quando comparados com indivíduos que têm o diagnóstico recente.

No que se refere ao tratamento da TB, como foi exposto no capítulo anterior, este é longo e pressupõe a toma de medicação diária durante um período de seis a nove meses de tratamento. Para além deste facto, esta patologia acarreta por vezes internamentos igualmente longos o que, de acordo com Teixeira (1993), pode provocar dificuldades psicológicas, nomeadamente, retraimento, inércia, isolamento e dificuldades de ressocialização.

Ainda de acordo com Antunes e Pais-Ribeiro (2000), os sintomas físicos são simultaneamente factores que provocam ou são provocados pela ansiedade, deste modo, existe uma proporcionalidade quanto ao aumento da ansiedade e o aumento da sintomatologia. Estes autores concluíram no seu estudo que as pessoas portadoras de TB apresentavam comprometimento em algumas áreas de vida, provocando uma diminuição da sua QDV.

Um estudo efectuado com indivíduos com co-infecção de TB e VIH em comparação com indivíduos com VIH sem TB activa, concluiu-se que as pessoas co-infectadas, manifestaram uma pior QDV em todos os domínios, além deste facto, foi verificado a presença de outros factores, designadamente o estigma pessoal associado à doença e a depressão. Neste estudo,

evidenciaram ainda a importância de integrarem nos programas de controle da TB, estratégias para melhorar a QDV nesta população, ou seja, nos indivíduos co-infectados com TB/VIH, devendo simultaneamente ser alvo de intervenção os factores que podem comprometer a QDV dos indivíduos. Por fim, este estudo refere que é necessário que haja uma educação e orientação junto das pessoas que possuem estas patologias, mas também junto da família (Deribew, Tesfaye, Hailmichael, Negassu, Daba, Wogi, Belachew, Apers & Colebunders, 2009).

Assim, face ao exposto, revela-se pertinente fazer algumas considerações quanto à avaliação do estadiamento da DPOC. Conforme referido, esta doença acarreta um grande comprometimento na QDV do indivíduo, derivado da deterioração progressiva do estado de saúde, em conformidade com o avanço dos estadios da doença, mas também pelos tratamentos que estes indivíduos necessitam de realizar. Concomitantemente, e de acordo com a literatura, a DPOC mas também a TB, são patologias que conduzem, muitas vezes, a quadros psicopatológicos como é o caso da depressão e da ansiedade.

Como tal, e uma vez que neste estudo não foram contempladas estas duas variáveis, a depressão e a ansiedade, seria de particular interesse o desenvolvimento da investigação neste âmbito, procurando avaliar através de instrumentos específicos, se estas variáveis se encontram ou não presentes, nestes indivíduos, mas sobretudo, qual o impacto que têm na sua QDV.

Adesão Terapêutica e Qualidade de Vida: estudo exploratório em indivíduos com  
Doença Obstrutiva Crónica e Tuberculose Pulmonar

## **Capítulo II – Estudio Empírico**

## **Capítulo IV – Contribuição Pessoal: Estudo Exploratório**

O presente estudo, de carácter exploratório, surge na sequência da experiência de estágio curricular realizado no Hospital de Joaquim Urbano (HJU) – Porto, onde foi possível verificar que os doentes portadores de patologia pneumológica referiam queixas relativas à sua condição de saúde e tratamentos realizados, sentindo o comprometimento da sua QDV.

No decorrer do estágio, e tendo em conta o acompanhamento psicológico prestado aos utentes internados, foi ainda possível analisar a existência de algumas crenças relacionadas com a patologia em questão, assim como com o tratamento associado podendo, ou não, estas crenças comprometerem o processo de adesão ao tratamento recomendado.

Com efeito, a dificuldade de adesão ao tratamento é um tema que merece particular atenção, sendo certamente pertinente a continuidade de investigação nesta área, de modo a eleger novas formas de intervenção, que possam evitar situações de abandono ao tratamento, procurando assim preservar a QDV do indivíduo.

### **4.1. Objectivos**

#### **4.1.1. Objectivo geral**

Relativamente ao objectivo geral, esta investigação procurará verificar qual o papel da Adesão Terapêutica na QDV dos indivíduos portadores de DPOC e TB.

#### **4.1.2. Objectivos específicos**

No que concerne aos objectivos específicos do presente estudo, estes pretenderam contribuir para uma compreensão desta temática, podendo ser uma ferramenta para os profissionais integrados na área da saúde.

Deste modo os objectivos específicos deste estudo são:

- (1) Analisar a relação entre a Adesão Terapêutica e as Crenças específicas;
- (2) Comparar os níveis de Adesão, as Crenças específicas e a QDV entre os indivíduos com DPOC e TB.

## **4.2. Método**

### **4.2.1. Procedimento**

A primeira fase do estudo prendeu-se com a definição dos instrumentos que iriam ser utilizados no presente estudo, de acordo com a temática em questão. Posteriormente, procedeu-se ao pedido de autorização, via e-mail, aos autores dos instrumentos supra-citados, onde constava o objectivo do estudo, bem como no contexto específico em que iria ser recolhida a mostra (Anexo A).

Assim, após o parecer favorável no concerne à autorização para a utilização dos referidos instrumentos, foi solicitado de igual modo, a respectiva autorização por parte da Comissão de Ética do HJU e ainda a autorização do Director de Serviço do Internamento de Infecciologia e Pneumologia do referido hospital onde iria decorrer a recolha de dados, apresentando a temática a ser estudada, bem como, os objectivos subjacentes (Anexo B).

Após a recepção das respectivas autorizações, foi elaborado o Termo de Consentimento Informado para os participantes (Anexo C), fazendo menção de qual seria o tema e os objectivos do estudo, certificando a confidencialidade dos dados obtidos. Concomitantemente, ressaltou-se, também, o carácter voluntário de participação no estudo, visto que os participantes, poderiam a qualquer momento da aplicação dos instrumentos, cessar da sua participação, sem que esse acto acarretasse algum tipo de consequência para estes, se assim o desejassem.

Revela-se ainda pertinente, salientar que a administração dos questionários foi realizada pela entrevistadora, de modo a auxiliar o participante no caso de existirem dúvidas quanto à interpretação das questões e quanto ao preenchimento do instrumento.

Assim, a recolha da amostra iniciou-se a 15 de Junho de 2009 tendo o seu término ocorrido a 31 de Dezembro de 2009. Relativamente às condições de recolha da amostra, convém referir que esta foi realizada na enfermaria do internamento de Pneumologia e de Infeciologia do HJU. O tempo médio de preenchimento de cada questionário era de aproximadamente 45 minutos.

No que se refere à administração dos instrumentos, esta obedeceu à seguinte ordem: Termo de Consentimento Informado, dados Sócio-demográficos, WHOQOL-Bref, Questionário de Crenças acerca dos Fármacos e, por último, a Escala de Adesão aos Medicamentos.

Para se proceder à selecção da amostra, antes de ser feito o pedido ao utente para a participação no estudo, foi efectuada previamente a pesquisa dos processos clínicos dos utentes internados, de modo a ser feita uma triagem onde seriam integrados apenas aqueles que possuíssem diagnóstico de DPOC ou TB. Deste modo, foram considerados como critérios de inclusão os indivíduos que tivessem um diagnóstico médico de DPOC e TB, e como critérios de exclusão, todos os indivíduos que possuíssem outra patologia que não as anteriormente mencionadas, ou seja, eram excluídos os indivíduos que tivessem diagnóstico de asma, neoplasia pulmonar. Assim, optou-se pela selecção da DPOC e da TB, pelo facto de serem as patologias com maior prevalência no internamento de Pneumologia.

No final da administração dos questionários aos participantes, foi referido o agradecimento pela sua colaboração na presente investigação. Assim, tendo em consideração o tratamento estatístico dos dados obtidos, foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 18.0, a partir do qual se realizaram diversas análises estatísticas, tendo em consideração os objectivos do estudo, designadamente, a análise descritiva/frequências ( $M$ ;

DP); análise diferencial ( $t$  de student), de forma a poder comparar as diferenças estatisticamente significativas entre as médias de dois grupos; análise correlacional ( $r$  de Pearson) e, análise preditiva (Regressão Linear Múltipla, através do método de *Stepwise*).

#### **4.2.2. Material**

O protocolo de investigação ficou constituído por três instrumentos de avaliação: Dados Sócio-demográficos e Clínicos (Anexo D), o *World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHOQOL-Bref- Anexo E), o Questionário de Crenças Acerca dos Fármacos (QCF- Anexo F), e a Escala de Adesão aos Medicamentos (EAM- Anexo G).

Relativamente à operacionalização da Adesão, esta foi realizada por meio da avaliação de dois instrumentos, o EAM, e o QCF-específico.

Os Dados Sócio-demográficos e Clínicos integram o género, idade, estado civil, escolaridade, profissão, a patologia actual e tempo de diagnóstico, fazendo parte integrante do WHOQOL-Bref, não exigindo deste modo a criação de um questionário específico, para a recolha desta informação.

O *World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL- Bref)* é uma versão mais reduzida do WHOQOL-100, no entanto, o grupo de investigadores que compõem o WHOQOL Group defendiam que o carácter abrangente presente no WHOQOL-100 deveria continuar a ser assegurado (Moreno, Faerstein, Werneck, Lopes & Chor, 2006). Deste modo, o WHOQOL-Bref destina-se à avaliação da QDV, em indivíduos adultos portadores de um qualquer tipo de patologia, bem com em pessoas da população em geral que não sejam portadores de nenhuma doença. A utilização deste instrumento revela-se adequada nas situações onde exista limitação de tempo (Canavarro, Simões, Serra, Pereira, Rijo, Quartilho, Gameiro, Paredes & Carona, 2007; Skevington, Lotfy & O'Connell, 2006).

O WHOQOL-Bref é constituído por 26 itens, sendo que 2 questões englobam a QDV geral e outra correspondente à percepção geral de saúde, e os restantes 24 itens correspondem às 24

facetas que compõem o WHOQOL-100. Todavia, na versão mais longa, o instrumento contempla 4 questões para cada faceta, enquanto que na versão do WHOQOL-Bref, existe apenas 1 questão para cada faceta (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000).

Assim, o WHOQOL-Bref encontra-se organizado segundo quatro domínios sendo eles: o Domínio Físico, o Domínio Psicológico, o Domínio das Relações Sociais e o Domínio do Ambiente (Canavarro e colaboradores, 2007).

Relativamente ao primeiro domínio, este refere-se ao domínio **físico**, que contempla a dor e o desconforto, a energia e a fadiga, o sono e o repouso, mobilidade, actividades de vida diária, dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho. No que concerne ao segundo domínio, este refere-se ao domínio **psicológico**, integrando as seguintes facetas: sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e, espiritualidade, religião, e crenças pessoais. No terceiro domínio estão presente **relações sociais**, designadamente, as relações pessoais, apoio social e actividade sexual. Relativamente ao quarto domínio, do **ambiente**, este atende à segurança física, ambiente do lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais, no que se refere à disponibilidade e qualidade, oportunidade para adquirir novas informações e competências, participação e/ou oportunidades de recreio e lazer, o ambiente físico (a poluição, o barulho, o transito e o clima), e transportes (Canavarro et al., 2007).

O WHOQOL-Bref engloba, ainda, duas questões gerais, referentes à percepção geral da QDV e da saúde permitindo, através destas questões, o cálculo de um indicador global da QDV (Canavarro e colaboradores, 2007; Moreno e colaboradores, 2006; The WHOQOL Group, 1997).

No que concerne às questões específicas de cada domínio, podemos agrupá-las do seguinte modo:

- Domínio Físico: (Q 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18);
- Domínio Psicológico: (Q 5, 6, 7, 11, 19, 26);
- Domínio das Relações Sociais (Q 20, 21, 22);
- Domínio do Ambiente (Q 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25) (Canavarro et al., 2007).

Segundo Canavarro e colaboradores (2007), este instrumento está formulado para quatro escalas tipo *Likert* de 5 pontos, encontrando-se definidas de forma positiva e de forma negativa, procurando medir a intensidade, a capacidade, a frequência e a avaliação dos indivíduos face às situações expostas nas duas últimas semanas (Canavarro e colaboradores, 2007; Skevington e colaboradores, 2004).

No que concerne à cotação do questionário, esta pode ser feita manualmente ou através de uma sintaxe para o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). A cada pergunta é atribuída uma cotação de 1 a 5, porém, os três itens formulados de forma negativa (Q 3, Q 4 e Q 26) devem ser invertidos para efeitos de cálculo, implicando a subtração do seu valor a seis unidades (Canavarro et al., 2007).

Assim, os domínios que apresentem 20% ou mais de omissões não são cotados, sendo os resultados transformados numa escala entre 0 e 100, de modo a que seja possível fazer a comparação entre os domínios compostos por um número desigual de itens (Skevington e tal., 2004).

Assim sendo, de acordo com Canavarro e colaboradores (2007), a fórmula geral para calcular os domínios do WHOQOL-Bref, pode ser feita do seguinte modo:

$$\text{Resultado dos domínios} = \frac{\text{Somatório de todos os itens} - \text{Número de itens}}{4 * \text{Número de itens}} * 100$$

Relativamente à interpretação dos resultados Canavarro e colaboradores (2007) referem que:

*“esta é feita de forma linear, os resultados mais elevados correspondem a uma melhor qualidade de vida. Dada a natureza multidimensional do conceito da qualidade de vida que se encontra subjacente ao instrumento, os resultados deverão ser sempre analisados de acordo com as pontuações obtidas nos quatro domínios que compõem o WHOQOL-Bref, não existindo uma pontuação total do instrumento. Indicações sobre a qualidade de vida em geral apenas podem ser obtidas através dos resultados da faceta que avalia a qualidade de vida em geral e a percepção geral de saúde”* (p. 95).

O estudo de validação do WHOQOL-Bref para português Europeu resultou da cooperação de investigadores das faculdades de Medicina, Psicologia e de Ciências da Educação e Ciências e Tecnologia (Departamento de Antropologia) da Universidade de Coimbra em conjunto com alunos de Mestrado e Doutoramento da mesma Universidade. Assim, este grupo constitui o Centro Português para Avaliação da Qualidade Vida da Organização Mundial de Saúde, sendo que os primeiros trabalhos a surgir em Portugal com este instrumento ocorreu em Abril de 2004 (Canavarro et al., 2007).

Quanto às qualidades psicométricas do WHOQOL-Bref, de acordo com Skevington e colaboradores (2004), estas são consideradas satisfatórias visto que têm sido obtidos bons resultados quanto à distribuição das respostas aos itens, denotam fidelidade ao nível da consistência interna, validade discriminante e validade de construto.

Canavarro e colaboradores (2007) apontam, de acordo com o seu estudo, que o WHOQOL-Bref manifesta valores aceitáveis de consistência interna ( $\geq 0,7$ ), avaliada através do *alfa* de Cronbach, em cada um dos domínios, revelando uma capacidade semelhante à versão original de discriminar indivíduos doentes de saudáveis. Assim, foram obtidos os seguintes valores: Domínio Físico ( $\alpha=0,82$ ); Domínio Psicológico ( $\alpha=0,81$ ); Domínio Ambiente ( $\alpha=0,80$ ). No Domínio Relações Sociais, obtiveram-se valores ligeiramente abaixo dos desejáveis ( $\alpha= 0,68$ ), o que pode ser justificado pelo reduzido número de itens que compõem esse domínio, quando comparado com os restantes.

Deste modo, as qualidades psicométricas que este instrumento tem demonstrado, de acordo com a sua validação e utilização, em realidades transculturais, fazem do WHOQOL-Bref um dos instrumentos de avaliação da QDV mais utilizados (Canavarro et al., 2007).

O **Questionário de Crenças Acerca dos Fármacos** (QCF) versão portuguesa do instrumento original *Beliefs About Medicines Questionnaire* (BMQ), criado por Horne, Weinman e Hankins (1997), pretende avaliar as representações cognitivas que os indivíduos fazem em relação aos fármacos (Pereira & Silva, 1999b).

Este instrumento foi adaptado para a população portuguesa por Pereira e Silva (1999), tendo sido aplicado o questionário a 246 utentes dos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Braga (Pereira & Silva, 1999b).

O QCF é um instrumento adequado para avaliar a o domínio das representações cognitivas dos indivíduos, saudáveis ou não, acerca dos fármacos, sendo constituído por duas secções que se denominam **QCF - Específica**, que avalia as representações dos fármacos prescritos para uso pessoal prescritos para o seu problema de saúde específico, e a **QCF - Geral**, que avalia as crenças acerca dos medicamentos em geral (Pereira & Silva, 1999b).

No que diz respeito à QCF – Específica, esta é formada por dez questões, que se agrupam em dois factores de cinco itens que, por um lado, avaliam as crenças dos indivíduos acerca da

necessidade da medicação que lhes foi prescrita e, por outro, as preocupações relacionadas com a medicação com base em crenças acerca dos perigos de dependência, toxicidade e efeitos secundários a longo prazo. Relativamente à QCF – Geral, esta é constituída por oito questões, que se agrupam em dois factores de quatro itens, que avaliam as crenças relacionadas com os potenciais efeitos nocivos, aditivos e tóxicos dos medicamentos (efeitos nocivos) e com a possibilidade de estes serem prescritos de forma excessiva pelos médicos (uso excessivo) (Pereira & Silva, 1999b).

De acordo com as autoras, as duas secções que compõem o instrumento, podem ser utilizadas em conjunto ou separadamente, consoante o objectivo do estudo, assim optou-se contemplar no presente estudo. No nosso estudo, optou-se por contemplar apenas a secção QCF- Específica, visto que o interesse principal é verificar as crenças relativas aos fármacos de uso pessoal.

No que se refere à correcção do instrumento, os itens são respondidos de acordo com uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos, ou seja, 1=Discordo totalmente; 2=Discordo; 3=Não tenho na certeza; 4=Concordo; 5= Concordo totalmente. Deste modo, o total de cada uma das sub-escalas do QCF – Geral (Uso Excessivo e Efeitos Nocivos), varia entre 4 e 20, sendo que se um indivíduo tiver uma pontuação alta na sub-escala Uso Excessivo, isto significa que mais forte é a sua crença de que os médicos prescrevem fármacos em excesso, confiando demais na sua utilização. Paralelamente, se um indivíduo obtiver um valor alto na sub-escala Efeitos Nocivos, significará que este possui uma forte crença no potencial nocivo provocado pelos fármacos, sendo estes vistos como prejudiciais e aditivos, assim como, a crença de que pessoas que tomam medicamentos deveriam parar por vezes o seu tratamento. A administração e cotação da secção QCF – específica são feitas de modo semelhante à secção do QCF – Geral (Pereira & Silva, 1999b).

Relativamente às características psicométricas do instrumento, foram avaliadas de acordo com a fidelidade e a validade. Assim, foi calculado o coeficiente do *alfa* de Cronbach para determinar a fidelidade da escala, sendo o resultado do *alfa* global foi de  $\alpha=0,713$  e nas sub-escalas obteve-se  $\alpha=0,690$  para Uso Excessivo e  $\alpha=0,463$  para Efeitos Nocivos, revelando resultados aproximados do estudo original. Confirmou-se, ainda, que existe uma maior consistência interna na sub-escala Uso Excessivo.

Por fim, verificou-se, globalmente, que a versão portuguesa deste instrumento se assemelha ao postulado da sua construção original (Pereira & Silva, 1999b).

Para o presente estudo apenas foi utilizado a secção do QCF - específico, uma vez que o que nos interessava seria apenas a forma como os participantes percepcionavam a sua própria medicação.

A **Escala de Adesão aos Medicamentos** (EAM) é uma versão adaptada para a população portuguesa da *Reported Adherence to Medication Scale* (RAM), tendo sido este instrumento desenvolvido por Horne, Weinman e Hankins (1997), sendo o seu objectivo primordial medir especificamente os níveis de adesão dos indivíduos à medicação, contemplando a frequência com que estes ajustam ou alteram as dosagens prescritas pelo médico. Deste modo, esta escala está indicada para avaliar os índices de adesão nos indivíduos que estejam a realizar algum tratamento farmacológico (Pereira & Silva, 1999a).

A tradução do EAM para português surge do estudo realizado por Pereira e Silva (1998), sobre as representações de saúde/doença e comportamentos de saúde. Assim, as autoras da tradução portuguesa, administraram a 246 utentes dos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Braga, tendo sido explicado a todos os participantes qual seria o propósito do estudo, ou seja, pretendia-se conhecer as perspectivas dos utentes de centros de saúde da zona Norte acerca dos aspectos relacionados com a sua saúde, doença e fármacos em geral,

salientando-se que todas as respostas seriam respostas anónimas e confidenciais (Pereira & Silva, 1999a).

A presente escala surge simultaneamente com o desenvolvimento e validação do QCF de Horne, Weinman e Hankins (1997) uma vez que, os autores consideravam que as escalas existentes de adesão revelavam-se insuficientemente adequadas, deste modo o QCF permitiu colmatar algumas fragilidades existentes na escala da adesão (Pereira & Silva, 1999a).

No que se refere à composição da escala, esta é constituída por 4 afirmações relativas à adesão, sendo que 2 dos itens referem-se ao grau em que os indivíduos se esquecem, ou não, de tomar a sua medicação, ou ainda, alterar as doses prescritas de acordo com as suas próprias necessidades. Os 2 itens restantes dizem respeito à frequência com que o fazem (Pereira & Silva, 1999a).

No que concerne à aplicação e correcção do instrumento, os dois primeiros itens deverão ser cotados numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos com cotação invertida, sendo que 1=Concordo totalmente; 2=Concordo; 3=Não tenho a certeza; 4=Discordo; 5=Discordo totalmente. Os dois últimos da escala, são formulados como questões directas, numa escala de 5 pontos em que 5=Nunca; 4=Raramente; 3=Às vezes; 4=Muitas vezes; 1=Quase sempre, avaliando, deste modo, a frequência com que os indivíduos ajustam ou se esquecem de tomar os seus remédios (Pereira & Silva, 1999a).

Assim, o *score* total da adesão é obtido através da soma dos quatro itens, de tal forma que os seus valores variam entre 4 e 20, ou seja, quanto mais elevado for o *score*, maiores serão os níveis de adesão (Pereira & Silva, 1999a).

Quanto às características psicométricas da versão portuguesa do instrumento, foi avaliada a fidelidade e validade, utilizando a metodologia da escala original de modo a poder ser feita uma comparação entre ambas (Pereira & Silva, 1999a).

Horne Weinman e Hankins (1997) encontraram coeficientes do *alfa* de Cronbach a variarem entre 0,60 e 0,83. Na amostra da versão portuguesa, o valor global obtido para o *alfa* de Cronbach foi de 0,709 para estes coeficientes, estando compreendido dentro dos valores indicados pelos autores na amostra original. Ao mesmo tempo, todos os itens apresentam coeficientes de correlação com o total acima de 0,30, indicando deste modo a existência de uma boa consistência interna e homogeneidade da escala (Pereira & Silva, 1999a).

Todavia, apesar de não existirem dados relativos à validade do EAM, foi feita uma análise factorial dos componentes principais pelas autoras portuguesas. Assim, foi possível concluir que esta escala apresenta boas propriedades psicométricas, nomeadamente, no que se refere à sua consistência interna, de validade, considerando a elevada percentagem de saturação dos itens nos factores e a percentagem de variância explicada (Pereira & Silva, 1999a).

#### **4.2.3. Participantes**

No que se refere às características dos participantes apresentam-se seguidamente as características Sócio demográficas da amostra em estudo. Relativamente à amostragem, esta é do tipo não probabilístico, uma vez que se procurou um equilíbrio quanto à distribuição de participantes, no que concerne à patologia, ou seja, DPOC e TB.

### Quadro 1

#### *Caracterização dos Participantes quanto à idade(N=35)*

	<i>M</i> *	<i>DP</i> **	Mínimo	Máximo
<b>Idade</b>	53,63	15,090	25	86

\*Média; \*\*Desvio Padrão

De acordo com os dados obtidos no quadro 1, a amostra total deste estudo é constituída por um total 35 sujeitos ( $N=35$ ) hospitalizados no Serviço de Infecçiology e Pneumologia do HJU. Relativamente à idade dos participantes, esta encontra-se compreendida entre os 25 e os 86 anos, sendo que a média de idades destes indivíduos é de 54 anos ( $M= 53,63$ ;  $DP= 15,090$ ) (Quadro 1).

**Quadro 2**

*Caracterização Sócio-demográfica dos Participantes(N=35)*

	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Género</b>		
Masculino	21	14
Feminino	14	40
<b>Estado civil</b>		
Solteiro(a)	7	20
Casado (a)	20	57,1
Divorciado(a)	7	20
Viúvo(a)	1	2,9
<b>Escolaridade</b>		
1º ao 4º anos	24	68,6
5º ao 6º anos	5	14,3
7º ao 9º anos	3	8,6
10º ao 12º anos	2	5,7
Estudos universitários	1	2,9
<b>Profissão</b>		
Reformado(a)	15	42,9
Doméstica	5	14,3
Desempregado(a)	5	14,3
Pedreiro	2	5,7
Ama da segurança Social	1	2,9
Trolha	2	5,7
Vendedor	1	2,9
Canalizador	1	2,9
Agricultor	1	2,9
Empregado de armazém	1	2,9
Auxiliar de serviços gerais	1	2,9

De acordo com a análise do Quadro 2, constata-se que a amostra total é constituída, maioritariamente, por indivíduos do género masculino ( $N=21$ ), equivalendo a 60% da amostra, e 14 participantes do género feminino, correspondendo a 40% da amostra.

Relativamente ao estado civil, verifica-se que existe uma prevalência de indivíduos casados ( $N=20$ ), ou seja, 57,1% da amostra. Seguidamente, encontram-se os indivíduos solteiros e divorciados, equivalendo cada um deles a 20% da amostra.

No que concerne ao grau de escolaridade, observa-se que a maioria dos inquiridos ( $N=24$ ) tem o primeiro ciclo concluído, ou seja, do 1º ao 4º ano, correspondendo a 68,6% da amostra.

Quanto à profissão, realça-se que esta amostra é composta por 15 indivíduos reformados, correspondendo a 42,9%, concluindo-se, porém, que a maioria dos inquiridos se encontram aposentados talvez devido a alguma incapacidade promovida pela patologia.

### Quadro 3

#### *Distribuição dos Participantes quanto à idade na DPOC e na TB*

	Idade		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<b>Patologia</b>			
DPOC	18	61,50	3,298
TB	17	45,29	2,790

No que diz respeito à distribuição da amostra tendo em conta a patologia e a idade, verifica-se que 18 participantes têm diagnóstico de DPOC, tendo uma média de idade correspondente a 62 anos ( $M=61,5$ ;  $DP=3,298$ ) e 17 indivíduos com diagnóstico de TB, sendo que neste caso a média de idade é de 45 anos ( $M=45,29$ ;  $DP=2,790$ ). Apesar de se verificar que os indivíduos com DPOC são, em média, mais velhos do que os indivíduos portadores de TB, esta diferença não tem significado estatístico ( $t=3,730$ ;  $p=0,328$ ).

**Quadro 4**

*Caracterização Sócio-demográfica dos Participantes na DPOC e na TB*

	DPOC		TB	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<b>Género</b>				
Masculino	9	50	12	70,6
Feminino	9	50	5	29,4
<b>Estado civil</b>				
Solteiro(a)	2	11,1	5	29,4
Casado (a)	12	66,7	8	47,1
Divorciado(a)	4	22,2	3	17,6
Viúvo(a)	0	0	1	5,9
<b>Profissão</b>				
Reformado(a)	11	61,1	4	23,5
Doméstica	4	22,2	1	5,9
Desempregado(a)	2	11,1	3	17,6
Pedreiro	1	5,6	1	5,9
Ama da segurança Social	0	0	1	5,9
Trolha	0	0	2	11,8
Vendedor	0	0	1	5,9
Canalizador	0	0	1	5,9
Agricultor	0	0	1	5,9
Empregado de armazém	0	0	1	5,9
Auxiliar de serviços gerais	0	0	1	5,9

No que respeita ainda à caracterização Sócio-demográfica de acordo com a patologia (Quadro 4) verificamos a existência de uma distribuição simétrica quanto ao número de inquiridos no que se refere ao género. Os inquiridos com diagnóstico de DPOC, são 9 do género masculino ( $N=9$ ) e 9 do género feminino ( $N=9$ ), perfazendo um total de 51,4% da

amostra. Relativamente à TB, contempla 12 inquiridos do género masculino ( $N=12$ ) e 5 do género feminino ( $N=5$ ), correspondendo a 48,6% da amostra total.

No que se refere ao estado civil, evidencia-se a prevalência de indivíduos casados, sendo que na DPOC são 12 ( $N=12$ ) e na TB são 8 ( $N=8$ ). Relativamente à profissão, a que mais se destaca é a de reformado(a), tanto nos participantes com DPOC ( $N=11$ ), como nos indivíduos portadores de TB ( $N=8$ ). Quanto à variável escolaridade, conclui-se que existe um predomínio de doentes com DPOC na categoria do 1º ao 4º ano (45,7%), assim como, nos inquiridos com TB, com 22,9%. Porém, é notada uma maior uniformidade nos indivíduos com TB, visto que é notada uma maior dispersão pelas outras classes.

#### Quadro 5

*Caracterização da Participantes de acordo com os dados clínicos (tempo de diagnóstico)*

	DPOC		TB	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
≤6 meses	0	0	17	48,6
>6 meses	18	51,4	0	0

No que concerne aos dados clínicos, mais especificamente ao tempo de diagnóstico, e de acordo com o quadro 5, os participantes com TB ( $N=17$ ) correspondem a 48,6% da amostra, sendo que todos eles, têm o conhecimento do diagnóstico num período igual ou inferior a 6 meses, enquanto que 18 inquiridos ( $N=18$ ) com DPOC, ou seja, 51,4% da amostra, sabem do seu diagnóstico num período superior a 6 meses. Convém ainda salientar que os resultados obtidos foram de modo aleatório, ou seja, o facto de todos os participantes portadores de DPOC têm o diagnóstico há mais de 6 meses e, os indivíduos portadores de TB são portadores da patologia há 6 meses ou há menos de 6 meses.

De um modo geral, podemos observar que a presente amostra, é constituída, maioritariamente, por indivíduos do género masculino, sendo a média de idade de 54 anos. Relativamente ao estado civil, podemos constatar que existe uma prevalência de participantes casados. Quanto à escolaridade e profissão, é verificado há um predomínio de indivíduos com o primeiro ciclo, sendo de realçar que grande parte dos participantes são reformados.

#### **4.3. Análise dos Dados e Interpretação dos Resultados**

Na presente secção, serão apresentados e discutidos os resultados obtidos, tendo em linha de conta os objectivos previamente definidos para o estudo.

Como tal, apresenta-se seguidamente os resultados obtidos dos instrumentos utilizados na presente amostra.

Conforme referido anteriormente, a adesão terapêutica foi operacionalizada através de dois instrumentos (EAM e QCF - Específico). Desta forma, iremos analisar a adesão terapêutica a partir do construto de adesão, propriamente dito, e da noção de crenças específicas acerca dos fármacos.

#### **Quadro 6**

*Percepção da Qualidade de Vida dos Participantes(N=35)*

	N	M	DP	Mínimo	Máximo	Pontos de Corte
<b>Domínio F (Físico)</b>	35	50,38	13,86	28,6	82,1	65,22
<b>Domínio P (Psicológico)</b>	35	60,71	13,75	37,5	87,5	58,88
<b>Domínio RS (Relações Sociais)</b>	35	58,34	18,74	16,7	91,7	55,88
<b>Domínio A (Ambiente)</b>	35	55,73	12,19	31,3	84,4	52,65
<b>Domínio G (Geral)</b>	35	47,14	25,92	0	87,5	58,21

De acordo com os resultados expostos no Quadro 6, referentes ao WHOQOL-Bref, podemos referir que os domínios que obtiveram uma pontuação média mais elevada foram: o Domínio Psicológico ( $M=60,71$ ;  $DP= 13,75$ ); o Domínio Relações Sociais ( $M=58,34$ ;  $DP=18,74$ ); Domínio Ambiente ( $M=55,73$ ;  $DP=12,19$ ). Contrariamente, os domínios que obtiveram uma pontuação mais baixa, isto é, encontram-se abaixo dos pontos de corte foram: o Domínio Físico ( $M=50,38$ ;  $DP=13,86$ ) e o Domínio Geral ( $M=47,14$ ;  $DP=25,92$ ).

Estes resultados permitem-nos considerar que os participantes apresentam, em termos gerais, uma qualidade de vida ligeiramente abaixo dos valores de referência. No entanto, quando considerados os domínios específicos, verificamos que os participantes apresentam sentimentos e pensamentos positivos, auto-estima, imagem corporal e aparência positivas (domínio psicológico), relações pessoais positivas e adequado apoio social (domínio relações sociais) e percebem os cuidados de saúde e os recursos como satisfatórios (domínio ambiente).

No que se refere ao Domínio Físico observa-se que existe um comprometimento da QDV, estando directamente relacionado com a dor e o desconforto, a energia e a fadiga, o sono e o repouso, a mobilidade, as actividades de vida diária, dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho. Assim, estes resultados são sustentados pelo estudo realizado por Seamark, Blake e Seamark (2004) com indivíduos com DPOC verificando-se um decréscimo na QDV Física, designadamente, o declínio verificado nas actividades de vida diárias destes indivíduos.

### **Quadro 7**

*Percepção da Adesão Terapêutica nos Participantes(N=35)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo
<b>EAM Total</b>	15,66	2,99	9	20

De acordo com os resultados expostos no Quadro 7, salienta-se que na EAM, se considerarmos que os *scores* totais variam entre 4 e 20, e se colocarmos como ponto médio o valor da média aritmética, isto é, o valor 12, podemos constatar que os indivíduos se inserem acima da média, sendo que como referem Pereira e Silva (1999a), quanto mais próximos estiverem os indivíduos do valor máximo, melhores serão os níveis de adesão. Deste modo, podemos depreender de acordo com os dados obtidos que os participantes demonstram bons níveis de adesão ( $M=15,66$ ;  $DP=2,99$ ).

### Quadro 8

*Análise descritiva das médias das Crenças Específicas dos Fármacos dos Participantes(N=35)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo
<b>QCF – Específico</b>	36,63	5,47	23	49
Sub-escala <sup>1</sup>	20,26	3,28	11	25
Sub-escala <sup>2</sup>	16,37	3,69	7	24

Perante os resultados obtidos no Quadro 8, no que se refere à secção QCF – Específico, e considerando que o valor total varia entre 10 e 50, constatamos que os participantes se encontram acima dos valores médios ( $M=36,63$ ;  $DP=5,47$ ), considerando como valores médios a média aritmética (30).

<sup>1</sup> Sub – escala do QCF – Específico referente às crenças quanto à necessidade de toma dos fármacos prescritos para uso pessoal.

<sup>2</sup> Sub – escala do QCF – Específico relativa às preocupações do indivíduo acerca da medicação no que se refere aos perigos de dependência e toxicidade e efeitos secundários a longo prazo.

Relativamente às sub-escalas, e tendo em consideração que as pontuações podem variar entre 5 e 25, vamos também tomar como referência a média aritmética (15). Assim, e no que se refere às crenças dos participantes sobre a necessidade de medicação prescrita, constata-se que estes se encontram acima dos valores médios ( $M=20,26$ ;  $DP=3,28$ ), revelando desta forma que têm uma forte crença quanto à necessidade da toma da medicação, percebendo-a como necessária.

Ao mesmo tempo, na sub-escala das crenças relacionadas com a preocupação quanto aos perigos de dependência e toxicidade e efeitos secundários da medicação a longo prazo, verificamos de igual modo que os participantes se encontram acima do valor médio ( $M=16,37$ ;  $DP=3,69$ ).

Estes dados indicam que, apesar destes indivíduos manifestarem preocupações quanto aos possíveis efeitos nocivos despoletados pelos fármacos, eles apresentam uma forte crença quanto à necessidade de medicação prescrita, o que poderá estar na origem dos bons níveis de adesão encontrados.

Estes resultados vão de encontro com o estudo realizado por Horne e Weinman (1999) com indivíduos com doença crónica, tendo sido observado que em 89% dos casos a medicação era percebida como adequada e necessária para manter o seu estado de saúde, contudo, cerca de 1/3 dos participantes manifestavam grande preocupação com a medicação que tomavam, apresentando crenças que se prendiam com a dependência que estes poderiam provocar assim como, os efeitos secundários que poderiam ser sentidos a longo prazo.

Procurando analisar de que forma as variáveis se associam, realizou-se uma análise correlacional através do  $r$  de Pearson (Quadro 9).

**Quadro 9**

*Correlações entre Qualidade de Vida, Crenças Específicas e Adesão Terapêutica dos Participantes(N=35)*

	DF	DP	DRS	DA	DG	EAM	QCFE	QCFE1	QCFE2
DF	-	0,506**	0,494**	0,532**	0,570**	0,208	<b>-0,361*</b>	<b>-0,390*</b>	-0,189
DP	0,506**	-	0,741**	0,702**	0,681**	<b>0,413*</b>	<b>-0,407*</b>	0,319	-0,320
DRS	0,494**	0,741**	-	0,513**	0,555**	<b>0,345*</b>	<b>-0,352*</b>	<b>-0,347*</b>	-0,213
DA	0,532**	0,702**	-0,513**	-	0,406*	<b>0,405*</b>	-0,297	-0,292	-0,181
DG	0,570**	0,681**	0,555**	0,406*	-	0,030	<b>-0,550**</b>	<b>-0,498**</b>	<b>-0,373*</b>
EAM	0,208	<b>0,413*</b>	<b>0,345*</b>	<b>0,405*</b>	0,030	-	-0,324	-0,57	<b>-0,429*</b>
QCFE	<b>-0,361*</b>	<b>-0,407*</b>	<b>-0,352*</b>	-0,297	<b>-0,550**</b>	-0,324	-	0,753**	0,812**
QCFE1	<b>-0,390*</b>	0,319	<b>-0,347*</b>	-0,292	<b>-0,498**</b>	-0,57	0,753**	-	0,228
QCFE2	-0,189	-0,320	-0,213	-0,181	<b>-0,373*</b>	<b>-0,429*</b>	0,812**	0,228	-

\* $p \leq 0,05$

\*\* $p \leq 0,01$

Pela análise do quadro, verificamos que existem correlações significativas entre a QDV, a Adesão Terapêutica e as Crenças específicas. Mais concretamente, constatamos que a QDV Geral se encontra negativamente associada às crenças específicas ( $r=-0,550$ ;  $p=0,001$ ), bem como às suas duas dimensões ( $r=-0,498$ ;  $p=0,002$ ;  $r=-0,373$ ;  $p=0,028$ , respectivamente).

Considerando cada um dos domínios da QDV, observamos que existem associações negativas significativas entre as Crenças específicas e os Domínios Físico, Psicológico e Relações Sociais. A sub-escala 1, que se refere à Crença quanto à necessidade de fármacos prescritos, encontra-se negativa e significativamente correlacionada com os Domínios Físico e Relações Sociais. Assim, podemos considerar que quanto mais forte for a crença do indivíduo quanto à necessidade de toma dos fármacos, menor será a sua percepção de QDV Física, designadamente, pelo dor e desconforto, a energia e a fadiga, o sono e o repouso, a mobilidade, as actividades de vida diária a noção de dependência de medicação e tratamentos

e capacidade de trabalho. Ao mesmo tempo, podemos afirmar que, de acordo com os resultados obtidos nesta amostra, quanto mais forte for a crença do indivíduo quanto à necessidade de medicação, menor será a QDV das suas relações sociais, nomeadamente, nas relações pessoais e apoio social. De acordo com estes resultados, poderemos referir o estudo conduzido por Seamark, Blake e Seamark (2004) onde foi demonstrado a evidência do declínio nas Actividades de Vida Diária dos indivíduos com DPOC, bem como, o isolamento social associado, devido ao agravamento progressivo do seu estado clínico.

Relativamente à Adesão, esta encontra-se positiva e significativamente relacionada com os Domínios Psicológico, Relações Sociais e Ambiente, deste modo, quanto melhores forem os níveis de adesão dos indivíduos melhor será a sua QDV ao nível psicológico, relações sócias e ambiente.

Assim, estes resultados sugerem que quanto mais forte for a crença do indivíduo quanto à necessidade de medicação e aos efeitos nocivos desta, menor será a sua percepção de QDV Geral, bem como da sua QDV física e psicológica.

## Quadro 10

*Preditores da Qualidade de Vida da Amostra(N=35)*

	QCF - Específico			
	$R^2$	$\beta$	$F$	$P$
<b>Domínio Geral (QDV)</b>	0,302	-0,550	14,312	0,001

$p \leq 0,05$

No sentido de testar quais os melhores preditores da QDV, realizou-se a regressão linear múltipla, pelo método de *stepwise*, relativamente ao Domínio Geral da QDV, conjugados com

as outras variáveis em estudo, designadamente, as Crenças específicas e a Adesão Terapêutica.

Assim, de acordo com o Quadro 10, conclui-se que 30,2% da variância total da QDV Geral é explicada pelas Crenças específicas totais, que se referem às representações dos indivíduos sobre os fármacos prescritos para uso pessoal. No que se refere à significância, podemos também verificar que esta é significativa ( $p=0,001$ ), visto que evidencia um valor inferior a 0,05.

Assim, tendo em conta os resultados e dado o valor preditivo das Crenças específicas sobre a QDV, devemos realçar que se forem trabalhadas as crenças dos indivíduos, nomeadamente, através da Psico-educação e Reestruturação Cognitiva, estas poderão contribuir para uma melhor QDV.

#### Análise da relação entre a Adesão Terapêutica e Crenças

No que se refere ao presente objectivo específico, podemos constatar que existe uma correlação linear estatisticamente significativa, negativa entre a Adesão Terapêutica e as Crenças Específicas ( $r=-0,429$ ;  $p=0,010$ ), mais concretamente com a sub-escala do QCF específico, ou seja, podemos referir que quanto maior for a crença quanto ao potencial efeito nocivo dos fármacos, menores serão os níveis de adesão encontrados.

Deste modo, no que diz respeito às preocupações quanto à medicação, nomeadamente, quanto ao perigo de dependência, toxicidade e efeitos secundários a longo prazo, estes resultados coadunam-se com o estudo levado a cabo por Bardel, Wallender e Svärdsudd (2007), tendo sido verificado que as preocupações manifestadas pelos indivíduos quanto aos fármacos influenciavam negativamente o processo de adesão ao tratamento.

Comparar os níveis de Adesão Terapêutica, Crenças Específicas e a QDV nos indivíduos com  
DPOC e TB

Seguidamente serão apresentados os resultados operacionalizados através da análise diferencial (*t* de student), onde se procurará identificar as diferenças existentes relativamente à Adesão Terapêutica, as Crenças específicas e QDV nos dois grupos de participantes.

**Quadro 11**

*Diferenças da Adesão Terapêutica na DPOC e TB*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>gl</i>	<i>T</i>	<i>P</i>
<b>EAM total</b>					
DPOC	15,83	2,41	33	0,353	0,726
TB	15,47	3,59			

\* $p \leq 0,05$

Como pode ser verificado de acordo com o Quadro 11 não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,726$ ) no que concerne à Adesão, nos indivíduos portadores de DPOC e TB, sendo que as médias apresentadas nestes dois grupos são aproximadas.

## Quadro 12

### *Diferenças das Crenças específicas dos Participantes na DPOC e na TB*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
<b>QCF – Específica</b>					
DPOC	38,11	4,68	33	1,696	0,099
TB	35,06	5,93			
<b>Sub-escala 1</b>					
DPOC	21,28	2,69	33	1,977	0,056
TB	19,18	3,56			
<b>Sub-escala 2</b>					
DPOC	16,83	2,88	33	0,756	0,455
TB	15,88	4,44			

\* $p \leq 0,05$

Relativamente ao Quadro 12 como é possível analisar, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as Crenças específicas dos participantes com DPOC e com TB. Contudo, na sub-escala 1 denota-se uma maior diferença das médias na DPOC ( $M=21,28$ ;  $DP=2,69$ ) e na TB ( $M=19,18$ ;  $DP=3,56$ ), no entanto, não é significativa.

**Quadro 13**

*Diferenças da Qualidade de Vida dos Participantes na DPOC e TB*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Domínio Físico</b>					
DPOC	44,63	11,95	33	-2,759	0,009*
TB	56,47	13,42			
<b>Domínio Psicológico</b>					
DPOC	54,86	11,09	33	-2,851	0,007*
TB	66,91	13,85			
<b>Domínio Relações Sociais</b>					
DPOC	50,47	14,43	33	-2,801	0,008*
TB	66,67	19,54			
<b>Domínio Ambiente</b>					
DPOC	53,66	11,15	33	-1,035	0,308
TB	57,92	13,17			
<b>Domínio Geral</b>					
DPOC	34,03	26,36	33	-3,574	0,001*
TB	61,03	17,05			

\* $p \leq 0,05$

No que se refere às diferenças das médias nos participantes, podemos referir em conformidade com o Quadro 13 que estes se distinguem de modo estatisticamente significativo em praticamente todos os domínios.

Relativamente ao Domínio Geral, podemos verificar que este é o domínio que mais se distingue ( $p=0,001$ ), sendo que os valores das médias obtidas na TB ( $M=61,03$ ;  $DP=17,05$ ) são significativamente superiores aos valores obtidos na DPOC ( $M=34,03$ ;  $DP=26,36$ ). Assim, a percepção geral de saúde dos indivíduos com TB é significativamente superior dos indivíduos com DPOC. Contudo, podemos verificar que no que concerne ao Domínio Ambiente

não foram demonstradas diferenças estatisticamente significativas da QDV em doentes com DPOC e TB.

Assim, tendo em conta o carácter de cronicidade associado à DPOC, e considerando as limitações progressivas associadas ao agravamento dos sintomas podem influenciar a QDV destes doentes. De acordo com Ferrer e colaboradores (1996); Oliveira e colaboradores (2009) o impacto que a DPOC pode produzir na vida do indivíduo, vai aumentando de acordo com o agravamento dos sintomas, comprometendo progressivamente a sua QDV.

Pelo contrário, os indivíduos com TB manifestam uma maior QDV em todos os domínios, quando comparados com as médias dos participantes com DPOC, podendo este facto decorrer do facto de se tratar de uma doença infecciosa, mas tratável e curável. Para além deste facto, quando a TB é detectada numa fase precoce, poderá evitar o confronto com os sintomas mais comprometedores da doença. No entanto, estes resultados não se coadunam com os estudos de Antunes e Pais-Ribeiro (2000), tendo sido concluído que os indivíduos com TB apresentavam de um modo geral uma QDV baixa. Paralelamente, Marra, Marra, Cox, Palepu e Fitzgerald (2004) afirmaram que apesar da TB ser uma patologia com tratamento adequado, acarreta um impacto significativo na vida dos indivíduos, sendo que no seu estudo os domínios mais afectados da QDV foram o domínio físico, psicológico e social.

## **Conclusão**

O presente estudo exploratório teve como objectivo primordial verificar qual o papel da Adesão Terapêutica na QDV em doentes com DPOC e TB.

O aumento da esperança de vida conduziu a um aumento de patologias crónicas. Os efeitos que estas provocam na vida dos indivíduos, têm merecido particular atenção nos estudos de investigação.

A DPOC é considerada uma patologia com considerável impacto na QDV, uma vez que a pessoa portadora desta patologia, assiste a um contínuo agravamento dos sintomas e, conseqüente comprometimento do seu estado de saúde. Esta patologia apresenta um carácter de irreversibilidade com progressão dos sintomas.

A causa mais comum associada à DPOC, é o consumo de tabaco, fazendo com que seja considerada uma das patologias com maior índice de morbilidade e mortalidade a nível mundial (Almeida, 2001). À medida que a doença avança, o doente vai tomando uma maior consciência do quão incapacitante é esta patologia, não só pela manifestação dos próprios sintomas tais como: tosse, limitação ventilatória, dispneia, insuficiência respiratória crónica com episódios de exacerbação dos sintomas, podendo estes conduzir à morte, mas também, pelos tratamentos que tem de realizar nomeadamente, no período nocturno, obrigando o doente ao uso de uma máscara de oxigénio denominada de Bipap (*Bi Level Positive Airway Pressure*) tendo como objectivo melhorar a respiração, reduzindo a sensação de falta de ar. Contudo, este aparelho obriga o doente a adoptar uma determinada posição para dormir, podendo interferir no seu padrão de sono.

Com efeito, um indivíduo quando se depara com um diagnóstico de DPOC, ficará à partida com a noção, de que terá a doença para toda a vida, pelo facto de ser considerada doença crónica, mas também, pela previsão de comprometimento do seu estado de saúde e, conseqüentemente, da sua QDV.

As doenças crónicas, exigem que o doente tenha de seguir determinadas prescrições médicas, surgindo a necessidade de se adaptar a um novo estilo de vida, tendo por base a aquisição de novas aprendizagens. Assim, patologias desta natureza necessitam de um controlo periódico de observação e de tratamento regular e adequado (Pais-Ribeiro, 2005b).

Paralelamente, as doenças contagiosas produzem um enorme impacto na vida do indivíduo, visto que é encarada com algum receio, acarretando um carácter estigmatizador, interferindo não só a nível físico, mas também a nível emocional.

No que se refere à TB esta é uma patologia que tem cura, contudo, exige da parte do doente uma responsabilização relativamente ao tratamento, nomeadamente, na toma diária e num horário específico, durante todo o tratamento mesmo que possam existir melhorias dos sintomas. O tratamento da TB é longo (entre 6 e 9 meses) podendo conduzir ao abandono. Quando o indivíduo opta por abandonar o tratamento, cria-se uma situação de resistência aos medicamentos, podendo levar à morte (Munz & Bergstrom, 2004).

O diagnóstico de TB pode provocar sentimentos negativos, de revolta, angústia. Deste modo, é necessário que exista uma colaboração do doente, mas também, de um acompanhamento dos técnicos de saúde tentando apoiar e alertar para comportamento de saúde adequados, evitando comprometer o tratamento.

Todavia, o abandono terapêutico na TB continua a ser um facto recorrente, sendo uma das causas de insucesso terapêutico e de internamentos devido ao agravamento do estado de saúde.

O presente estudo procurou determinar o papel da Adesão Terapêutica na QDV destes indivíduos. De acordo com os dados obtidos, verificamos que a Adesão é um construto que se constitui não só pelo seguimento das prescrições médicas recomendadas, mas também, por determinadas Crenças sobre a sua doença ou sobre o tratamento, que podem interferir ou não, positiva ou negativamente, no processo de Adesão, incidindo deste modo, na qualidade de vida dos indivíduos.

Relativamente à Adesão, não foram demonstradas diferenças significativas entre os dois grupos. No entanto, a QDV dos doentes com DPOC encontrava-se mais comprometida do que nos indivíduos com TB, havendo por isso diferenças estatisticamente significativas.

Os níveis de Adesão deste estudo revelaram-se satisfatórios, contudo, não podemos deixar de referir que, os dados da amostra foram recolhidos em contexto de internamento, podendo deste modo ter influenciado os resultados obtidos, dado que as respostas ao questionário poderiam ter sido dadas de acordo com a desejabilidade social. Paralelamente, a Adesão é uma variável que ainda pressupõe algum desconhecimento quanto aos factores que podem interferir potenciadores de incumprimento, realçando-se o facto de não existirem actualmente, muitos instrumentos que possam medir esta variável, No entanto, existem ainda outros instrumentos de avaliação, para além do EAM, que poderiam ter sido utilizados, designadamente, a “Medida de Adesão aos Tratamentos” de B. Delgado e L. Lima (2001).

A Adesão Terapêutica não revelou no presente estudo, correlações estatisticamente significativas com a QDV física, podendo ser justificado pelo facto de todos os participantes da amostra estarem em regime de internamento, havendo por isso, um maior controlo quanto à toma da medicação, uma vez que esta é administrada pelo técnico de saúde que estiver responsável pelo doente. Assim, dado ao cumprimento diário da medicação prescrita durante o período de internamento, os doentes poderão percepcionar uma melhor QDV física, visto que, os sintomas da doença estarão à partida controlados.

Relativamente às limitações, podemos enunciar que o facto da amostra ter sido recolhida no contexto de internamento, pode ter enviesado alguns resultados, visto que uma das causas que levavam ao internamento dos doentes no HJU, era a baixa adesão aos tratamentos, nomeadamente, no caso da TB conduzindo a situações de resistência aos antibacilares (medicação para a TB).

É ainda importante referir que a amostra em questão é bastante reduzida, tendo em consideração os dois grupos de indivíduos, contudo, e pelo facto destes doentes terem internamentos longos, não foi possível aceder a um maior número de utentes.

Seria pertinente posteriormente, haver um desenvolvimento de estudos neste âmbito, nomeadamente, com um grupo de indivíduos não hospitalizados, verificando então, as possíveis diferenças existentes. No entanto, seria importante controlar algumas variáveis que possam eventualmente interferir nos resultados.

O conceito de QDV despoleta ainda alguma controvérsia, pelo facto de ter associado uma variedade de factores, contudo, torna-se cada vez mais premente a investigação deste construto nos contextos de saúde, procurando identificar possíveis causas que podem comprometer o seu estado de saúde.

Não podemos deixar de destacar que as Crenças específicas nesta amostra revelaram ser uma variável preditora da QDV. Assim, parece-nos que os técnicos de saúde poderão ter um papel importante junto destes indivíduos, particularmente o Psicólogo procurando identificar Crenças distorcidas ou desadaptadas, que possam interferir no processo de adesão e, nesse sentido comprometer a QDV do indivíduo.

É importante ainda referir que o internamento pode provocar no doente um sentimento de dependência e de instabilidade, não só de ordem física, mas também psicológica. Nesse sentido, os técnicos de saúde, deverão promover comportamentos de saúde adequados, assim como, estarem atentos às queixas, receios e necessidades dos indivíduos, para que deste modo possam prevenir futuros internamentos.

Finalizando, consideramos que este estudo exploratório não poderá ser generalizado, uma vez que a amostra é pequena sendo proveniente de um contexto particular. Como foi referido anteriormente, a QDV continua a ser um construto em crescendo desenvolvimento, pelo que a determinação de variáveis directamente associadas, em contextos específicos não é uma tarefa simples de se realizar. No entanto, espera-se que este estudo possa contribuir de alguma forma para a continuidade de desenvolvimento da investigação nesta área, com consciência de ainda haver muito trabalho por realizar.

## Referências bibliográficas

- Almeida, A. P. B. (2001). Inflamação e doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, VII(1), 57-78.
- Antunes, A. F. (2010). *Ponto de situação epidemiológica e de desempenho. Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose*. Direcção Geral de Saúde.
- Antunes, A. F. (2009). *Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose (PNT)*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Antunes, S. C. & Pais-Ribeiro, J. L. (2000). Qualidade de vida e tuberculose pulmonar. In J. L. Pais-Ribeiro, I. Leal & M. R. Dias (Eds.). *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 643-660). Lisboa: ISPA.
- Bardel, A., Wallender, M. A. & Svärdsudd, K. (2007). Factors associated with adherence to drug therapy: a population-based study. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 63, 307-314.
- Barroso, E. C., Mota, R. M. S., Morais, M. F. M., Campelo, C. L., barroso, J. B. & Rodrigues, J. L. N. (2003). Factores associados aos tratamentos inadequados em grupo de portadores de tuberculose multirresistente. *Jornal de Pneumologia*, 29(6), 350-357.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bergel, F. S. & Gouveia, N. (2005). Retornos frequentes como nova estratégia para a adesão ao tratamento da tuberculose. *Revista Saúde Pública*, 39(6), 898-905.

- Borges, M. C., Vianna, E. S. O. & Filho, J. T. (2003). Abordagem Terapêutica na Exacerbação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). *Simpósio: Urgências e Emergências Respiratórias*, 36(3), 241-247.
- Bourbeau, J. & Bartlett, S. J. (2007). Patient adherence in COPD. *Thorax*, 63(9), 831-838.
- Brand, F. N., Smith, R. T., Brand, A. P. (1977). Effect of Economic Barriers to Medical Care on Patients Noncompliance. *Public Health Reports*, 92(1), 72-78.
- Brawley, L. R. & Culos-Reed, N. (2000). Studying Adherence to Therapeutic Regimens: Overview, Theories, Recommendations. *Controlled Clinical Trials*. 21, 156s-163s.
- Campos, H. S. (2004). Asma e DPOC: vida e morte. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, 12(1), 37-53.
- Canteiro, C., Heitor, C., Gomes, I., Melo, I., Moita, J., Ferreira, M., Fernandes, M., Santos, J. M. (1997). Normas Clínicas na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, III(3), 331-362.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Serra, A. V., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M., Gameiro, S., Paredes, T. & Carona, C. (2007). WHOQOL-BREF: Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Coords.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol.III), (77-100). Coimbra: Quarteto Editores.
- Caballo, V. (2003). *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos: Transtornos de ansiedade, sexuais, afectivos e psicóticos*. São Paulo: Santos.

- Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients-an hypothesis. *Journal of medical ethics*, 10, 124-127.
- Carvalho, N. S., Ribeiro, P. R., Ribeiro, M., Nunes, M. P. T., Cukier, A. & Stelmach, R. (2007). Asma e doença pulmonar obstrutiva crônica: uma comparação entre variáveis de ansiedade e depressão. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33(1), 1-6.
- Cully, J. A., Graham, D. P., Stanley, M. A., Ferguson, C. J., Sharafkhaneh, A., Souchak, J. & Kunik, M. E. (2006). Quality of Life in Patients with Chronic Obstrutive Pulmonary Disease and Comorbid Anxiety or Depression. *Psychosomatics*, 47(4), 312-319.
- Chiattonne, H. B. C., Sebastiani, R. W., Fongaro, M. L. H. & Santos, C. T. (1998). *e a Psicologia entrou no Hospital...*São Paulo: Pioneira Editora.
- Correia, E. (2006). Uma visão fenomenológica-existencial em psicologia da saúde?!. *Análise Psicológica*, 3(24), 337-341.
- Celli, B. R. (2007). Os fenótipos da doença pulmonar obstrutiva crônica e a sua relevância clínica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XIII(1), 146-150.
- Chang, B., Wu, A. W., Hansel, N. N. & Diette, G. B. (2004). Quality of life in tuberculosis: A review of the English language literature. *Quality of Life Research*. 13, 1633-1642.
- Conrad, P. (1985). The meaning of medication: another look at compliance. *Social Science and Medicine*. 20(1), 29-37.
- Constant, C. A., Ferreira, P. B., Valadas, E. & Antunes, F. (2002). Tuberculose Multirresistente. *Acta Médica Portuguesa*, 17(1), 157-166.
- Cunha, M. F. & Gandini, R. C. (2009). Adesão e Não-Adesão ao Tratamento Farmacológico para a Depressão. *Psicologia. Teoria e Pesquisa*. 25(3), 409-418.

- Delamater, A. M. (2006). Improving Patient Adherence. *Clinical Diabetes*, 24(2), 71-77.
- Delgado, A. B. & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma Medida de Adesão aos Tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(2), 81-100.
- Deribew, A., Tesfaye, M., Hailmichael, Y., Negussu, N., daba, S., Wogi, A., Belachew, T., Apers, L. & Colebunders, R. (2009). Tuberculosis and HIV co-infection: its impact on quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(105), 1-7.
- Direcção-Geral da Saúde (2005). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. *Circular Normativa*, 4.
- Duarte, R., Amado, J., Lucas, H. & Sapage, J. M. (2006). Tratamento da tuberculose latente: revisão das normas. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XIII(3), 397-418.
- Eram, U., Khan, I. A., Tamanna, M. Z., Zhan, Z., Nhaliq, N. & Abidi, A. J. (2006). Patient Perception of Illness and Initial Reaction to the Diagnosis of Tuberculosis. *Indian Journal of Community Medicine*, 31(3), 198.
- Erhabor, G. E., Aghanwa, H. S., Yusuf, M., Adebayo, R. A., Arogundade, F. A. & Omidiora, A. (2000). Factors influencing compliance in patients with tuberculosis on directly observed therapy at ile-ife, Nigeria. *East African Medical Journal*, 77(5), 235-239.
- Ferreira, S. (2008). Crenças acerca dos Fármacos; Atitudes face aos médicos e à medicina e adesão terapêutica em doentes com Lombalgia crónica a receber tratamento de Fisioterapia versus Acupuntura. *Journal of Traditional Chinese Medicine*, 6(21), 33-38.
- Ferrer, M., Alonsi, J., Morera, J., Marrades, R. M., Khalaf, A., Aguar, M. C., Plaza, V., Prieto, L. & Antó, J. M. (1997). Chronic Obstrutive Pulmonary Disease Stage and Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*, 127(12), 1072-1079.

- Fleck, M. P. A. & Colaboradores (2008). *A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artemed Editora.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183.
- George, J., Kong, D. C. M., Thoman, R. & Stewart, K. (2005). Factors Associated with Medication Nonadherence in Patients with COPD. *Chest Journal*, 128, 3198-3204.
- Laforest, L., Denis, F., Ganse, E. V., Ritleng, C., Saussier, C., Passant, N., Devouassoux, G., Chaté, G., Freymond, N. & Pacheco, Y. (2010). Correlates of adherence to respiratory drugs in COPD patients. *Primary Care Respiratory Journal*, 19(2), 148-154.
- Hansel, N. N., Wul, A. W., Changl, B. & Diette, G. B. (2004). Quality of Life in tuberculosis: Patient and provider perspectives. *Quality of Life Research*, 13, 639-652.
- Horne, R. & Weinman, J. (1999). Patients beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*. 47(6), 555-567.
- Horne, R., Weinman, J., Barber, N. & Elliott, R. (2005). *Concordance, adherence and compliance in medicine taking*. London: NCCSDO.
- Gerbino, P. (1993). Patient compliance. *Annals of Pharmacotherapy*, 27(9), 5-19.
- Godoy, D. V. & Godoy, R. F. (2002). Redução nos níveis de ansiedade e depressão de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) participantes de um programa de reabilitação pulmonar. *Jornal de Pneumologia*, 28(3), 120-124.

- Grilo, A. M. & Pedro, H. (2005). Contributos da psicologia para as profissões da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(1), 69-89.
- Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde – Desenvolvimento e intervenção. Guia metodológico dirigido a psicólogos, médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde*. Porto: Edições Asa.
- Jr., J. B. S. (2004). Tuberculose: Guia de Vigilância Epidemiológica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 30(1), 57-85.
- Karadag, F., Ozcan, H., Eskin, M., Karul, A. B., Ceylan, E., Tufek, Y. & Cildag, O. (2008). Psychological distress in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Stress and Health*, 24, 115-122.
- Kerkoski, E., Borenstein, M. S., Gonçalves, L. O. & Francioni, F. F. (2007). Grupo de convivência com pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: Sentimentos e expectativas. *Texto Contexto Enferm*, 16(2), 225-232.
- Kluthcovsky, A. C. G. C. & Takayanagui, A. M. M. (2007). Qualidade de Vida- Aspectos Conceituais. *Revista Salus-Guarapuava-PR*, 1(1), 13-15.
- Krueger, K. P., Berger, B. A. & Felkey, B. (2005). Medication Adherence and Persistence: A Comprehensive Review. *Advances in Therapy*. 22(4), 313-356.
- Leal, I. (2006). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Leite, S. N. & Vasconcellos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adoptados na literatura. *Ciência & Saúde Colectiva*. 8(3), 775-782.
- Liefooghe, R., Michiels, N., Habib, S., Moran, M. B. & Muynck, A. (1995). Perception and Social Consequences of Tuberculosis: A focus group study of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan. *Social Science & Medicine*. 41(12), 1685-1692.

- Lima, A. C., Sturion, R. F. & Franco, L. M. (2004). Tratamento das Pneumopatias em HIV positivas. *Saúde em Revista*, 6(14), 61-66.
- Maldaner, C. R., Beuter, M., Brondani, C. M., Budó, M. L. D. & Pauletto, M. R. (2008). Factores que influenciam a Adesão ao Tratamento na Doença Crónica: o doente em terapia hemodialítica. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 29(4), 647-653.
- Marra, C. A., Marra, F., Cox, V. C., Palepu, A. & Fitzgerald, J. M. (2004). Factors influencing quality of life in patients with active tuberculosis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(58), 1-10.
- Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37(1), 1-14.
- McIntyre, T. M. (1994). *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*. Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Mendes, A. M. & Fensterseifer, L. M. (2004). Tuberculose: porque os doentes abandonam o tratamento?. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, 12(1), 25-36.
- Meneses, R. F. (2005). *Promoção da Qualidade de Vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das Epilepsias Focais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Meneses, R. F. & Ribeiro, J. P. (2000). Como ser saudável com uma doença crónica: Algumas palavras orientadoras de acção. *Análise Psicológica*, 4(XVIII), 523-528.
- Menn, P., Weber, N. & Holle, R. (2010). Health-related quality of life in patients with severe COPD hospitalized for exacerbation-comparing EQ-5D, SF-12 and SGRQ. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(39), 1-9.

- Moreira, V., Nogueira, F. N. N. & Rocha, M. A. S. (2008). Leitura fenomenológica mundana do adoecer em pacientes do Serviço de Fisioterapia do Núcleo de Atenção Médica Integrada. *Estudos de Psicologia*, 24(2), 191-203.
- Moreno, A. B., Faerstein, E., Werneck, G. L., Lopes, C. S. & Chor, D. (2006). Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de saúde no estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12), 2585-2597.
- Munro, S. A., Lewin, S. A., Smith, H. J., Engel, M. E., Fretheim, A. & Volmink, J. (2007). Patient Adherence to Tuberculosis Treatment: a Systematic Review of Qualitative Research. *PLOS Medicine*, 4(7), 1230-1245.
- Munz, M. & Bergstrom, K. (2004). *Guia para Agentes de Apoio ao tratamento de tuberculose*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Odgen, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, F. B., Vale, R. G., Guimarães, F. S., Batista, L. A. & Dantas, E. H. M. (2009). Efeitos do Grau de DPOC sobre a Qualidade de Vida de Idosos. *Fisioterapia em Movimento*, 22(1), 87-93.
- Osterberg, L.M.D. & Blaschke, T. M. D. (2005). Drug Therapy: Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*. 353(5), 487-497.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005a). *O importante é a Saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde-SF-36*. Fundação Merck Sharp & Dolme.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005b). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 2-3(XII), 179-191.

- Pais-Ribeiro, J. L. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In Cruz, J. P., Jesus, S. N. & Nunes, C. (Coords.), *Bem-Estar e Qualidade de Vida*, (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In Durá, M. R. D. E, *Territórios da Psicologia Oncológica*, (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paredes, T., Simões, M. R., Canavarro, M. C., Serra, A. V., Pereira, M., Quartilho, M. J., Rijo, D., Gameiro, S. & Carona, C. (2008). Impacto da Doença Crónica na Qualidade de Vida: Comparação entre Indivíduos da População Geral e Doentes com Tumor do Aparelho Locomotor. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(1), 73-87.
- Patrão, I. & Leal, I. (2002). Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: Estudo exploratório numa amostra de utentes do centro de saúde de Peniche. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), 103-112.
- Paúl, M. C. (1995). Acompanhamento Psicológico de Doentes Crónicos e Terminais. In McIntyre, T. M. & Vila-Chã, C. (1995). *O Sofrimento do Doente: Leituras Multidisciplinares*. Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Pereira, A.M.S. (2006). Stress e doenças: Contributos da Psicologia da Saúde na última década”. In Isabel Leal (Eds), *Perspectivas em Psicologia da Saúde*, (pp.145-167). Coimbra: Quarteto Editora.
- Pereira, M.A.C. (2009). *Qualidade de Vida e Espiritualidade na Esclerose Múltipla*. Dissertação de Mestrado (Psicologia da Educação e Intervenção Comunitária). Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Pereira, M. G. (1997). A Adesão aos Regimes de Tratamento na Perspectiva do Modelo Biopsicossocial. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 209-216.

- Pereira, M. G. & Silva, N. S. (1999a). Escala de Adesão Aos Medicamentos. In A. P. Soares, S. Araújo & S. Caires (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. VI), (347-352). Braga: Psiquilíbrios.
- Pereira, M. G. & Silva, N. S. (1999b). Questionário de Crenças Acerca dos Fármacos. In A. P. Soares, S. Araújo & S. Caires (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. VI), (52-57). Braga: Psiquilíbrios.
- Pereira, M. G. & Silva, N. S. (2002). Atribuição de sintomas, comportamentos de saúde e adesão em utentes de Centro de Saúde da Zona Norte. *Análise Psicológica*, 1(20), 35-43.
- Rajeswari, R., Muniyandi, M., Balasubramanian, R. & Narayanan, P. R. (2005). Perceptions of tuberculosis patients about their physical, mental and social well-being: a field report from South India. *Social Science and Medicine*, 60(8), 1845-1853.
- Ramos-Cerqueira, A. T. A. & Crepaldi, A. L. (2000). Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. *Jornal de Pneumologia*, 26(4), 207-213.
- Rand, C. S. (2005). Patient adherence with COPD Therapy. *European Respiratory Review*, 14(96), 97-101.
- Sá, L. D., Souza, K. M. J., Nunes, M. G., Palha, P. F., Nogueira, J. A. & Villa, T. C. S. (2007). Tratamento da Tuberculose em Unidades de Saúde da Família: Histórias de Abandono. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(4), 712-718.
- Serra, A. V. (1991). *Reacções Emocionais à Doença Grave*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- Silva, J. F. (1995). O Doente, o Sofrimento e os profissionais de saúde: Uma experiência Hospitalar. In McIntyre, T. M. & Vila-Chã, C. (1995). *O Sofrimento do*

- Doente: Leituras Multidisciplinares*, (pp. 99-105) Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Stroebe, W. & Stroebe, M. S. (1995). *Psicologia Social e Saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceptuais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Silva, D. M. G. V., Souza, S. S., Francioni, F. F. & Meirelles, B. H. S. (2005). Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. *Revista Latino-am de Enfermagem*, 13(1), 7-14.
- Skevington, S. M., Lotfy, M. & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial a report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- Skevington, S. M., Sartorius, N., Amir, M. & WHOQOL-Group (2004). Developing methods fo assessing quality of life in different cultural settings: the history of the WHOQOL instruments. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 1-8.
- Shane, R. E., Woodruff, P. G., Dinno, A., Covinsky, K. E. & Walter, L. C. (2008). Prevalence and Risk Factors for Depressive Symptoms in Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Gen Intern Med*, 23(11), 1757-1762. ???
- Seemungal, T. A. R., Donaldson, G. C., Paul, E. A., Bestall, J. C., Jeffries, D. J. & Wedzicha, J. A. (1998). Effect of Exacerbation on Quality of Life in Patients with Chronic Obstrutive Pulmonary Disease. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 157, 1418-1422.

- Skevington, S. M., Lotfy, M. & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial a report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research, 13*, 299-310.
- Smoller, J. W., Pollack, M. H., Otto, M. W., Rosenbaum, J. F. & Kradin, R. L. (1996). Panic anxiety, dyspnea and respiratory disease: Theoretical and clinical considerations. *Am J Respir Crit Care Med, 154*(1), 6-17.
- Taylor, S. E. & Repetti, R. L. (1997). Health Psychology: What is an Unhealthy Environment and How Does It Get Under the Skin?. *Annual Reviews Psychology, 48*, 411-447.
- Teixeira, J. A. C. & Trindade, I. (2007). *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Teixeira, J. A. C. (Org.) (2007). *Psicologia da saúde. Contextos e áreas de intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Teixeira, J. A. C. (2004). Psicologia da saúde. *Análise Psicológica, 3* (XXII), 441-448.
- Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde-Utentes. *Análise Psicológica, 22*(3), 615-620.
- Teixeira, J. A. C. (1993). *Psicologia da Saúde e Sida*. Lisboa: ISPA.
- The WHOQOL Group (1998). The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social, Science and Medicine, 46*, 1569-1585.
- The WHOQOL Group (1997). Programme on Mental Health (WHOQOL): Measuring Quality of Life. Genebra: WHOQOL Group.

The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social, Science and Medicine*, 41, 1403-1410.

The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social, Science and Medicine*, 46, 1569-1585.

Vásquez, I. A., Rodríguez, C. F. & Álvarez, M. P. (2003). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Widjanarko, B., Gompelman, M., Dijkers, M. & Werf, M. J. (2008). Factors that influence treatment adherence of tuberculosis patients living in Java, Indonesia. *Dovepress*, 3, 231-238.

World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. WHO [on line]. Disponível: [http://www.who.int/chp7knowledge/publications/adherence\\_report/en/index.html](http://www.who.int/chp7knowledge/publications/adherence_report/en/index.html).

World Health Organization (2006). *Tratamento da Tuberculose: Linhas Orientadoras para Programas Nacionais*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

## **Anexos**

**Anexo A**  
**“Consentimientos dos instrumentos”**

## Alteração da população de estudo

De: **Ana Catarina Roque** (ana\_catarina\_roque@hotmail.com)

Enviada: segunda-feira, 2 de fevereiro de 2009 18:04:34

Para: Dra. Sofia Gameiro (sgameiro@fpce.uc.pt)

---

Boa tarde, Dra. Sofia Gameiro.

Eu, Ana Catarina dos Anjos Roque, a frequentar o 2º ano do 2º ciclo do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Fernando Pessoa (Porto), venho deste modo, informá-la que o estudo a que me propus, do qual pedi a autorização para a utilização do Questionário WHOQOL- Bref, irá sofrer alterações no que se refere à população de estudo. Assim, o estudo que irá ser realizado no Hospital de Joaquim Urbano, intitulado " *O Papel da Adesão terapêutica na Promoção/ Manutenção da Qualidade de Vida em doentes portadores de VIH/SIDA*", passará a ser " *O Papel da Adesão Terapêutica na Promoção/ Manutenção da Qualidade de Vida em doentes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*". Esta alteração deve-se essencialmente, com a disponibilidade de tempo e de recursos existentes, e deste modo, pedia a autorização para poder utilizar o instrumentio acima referido, visto que a população em estudo se alterou.

Grata pela atenção e compreensão dispensada.

Atenciosamente.

Ana Catarina dos Anjos Roque

---

Receba GRÁTIS as mensagens do Messenger no seu celular quando você estiver offline. Conheça o MSN Mobile! Crie já o seu!

---

## [WHOQOL-bref] Envio de material

De: **Sofia Gameiro** (sgameiro@fpce.uc.pt)  
Enviada: quinta-feira, 22 de janeiro de 2009 22:11:11  
Para: ana\_catarina\_roque@hotmail.com  
Anexos:  
WHOQOL-BREF.zip (154,7 KB)



---

Cara Dra. Ana Roque,

Em anexo envio o material relativo ao WHOQOL-bref, nomeadamente:  
- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-bref  
- manual de aplicação e cotação  
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS

Poderá encontrar outra informação relevante em  
<http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>  
<http://www.fpce.uc.pt/saude/whoqolbref.htm>

A equipa do Projecto de Validação do WHOQOL (100 e bref) para Português de Portugal agradecia se pudesse, após realização do trabalho/investigação a que se propõe, disponibilizar um resumo dos resultados obtidos.

Estou disponível para o esclarecimento de qualquer questão.

Grata, Sofia Gameiro.

--

Sofia Gameiro  
sgameiro@fpce.uc.pt

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação  
Universidade de Coimbra  
Rua do Colégio Novo, Apartado 6153  
3001-802 COIMBRA  
telf. 239 851450 / fax 239 851465

## [WHOQOL-BREF] Pedido de preenchimento de formulário necessário ao envio do instrumento

De: **Sofia Gameiro** (sgameiro@fpce.uc.pt)  
Enviada: quarta-feira, 7 de janeiro de 2009 23:57:02  
Para: ana\_catarina\_roque@hotmail.com  
Anexos:  
FormularioWHOQOL.doc (25,5 KB)



---

Cara Ana Roque,

Em anexo segue um formulário que agradecia que preenchesse e enviasse por email ou correio normal (para a morada abaixo indicada), de forma a que lhe possamos enviar o WHOQOL-BREF e algum material adicional (manual de procedimentos de aplicação, cotação e sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS).

Grata, Sofia Gameiro.

--

Sofia Gameiro  
sgameiro@fpce.uc.pt

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação  
Universidade de Coimbra  
Rua do Colégio Novo, Apartado 6153  
3001-802 COIMBRA  
telf. 239 851450 / fax 239 851465

---

## Re: Pedido de envio dos instrumentos

De: **Maria da Graça Pereira** (garialves@gmail.com)

Enviada: terça-feira, 12 de maio de 2009 16:49:34

Para: Catarina Roque (ana\_catarina\_roque@hotmail.com)

Anexos:

CRENÇAS ACERCA DOS MEDICAMENTOS.docx (11,4 KB), ESCALA DE ADESÃO AOS MEDICAMENTOS.doc (23,3 KB)



---

Cara Catarina

Junto envio os questionários

Votos de Bom trabalho

M. Graça Pereira

2009/5/8 Catarina Roque <ana\_catarina\_roque@hotmail.com>

Bom dia Prof. Doutora Maria da Graça Pereira.

Sou Ana Catarina dos Anjos Roque, aluna de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, pela Univeridade Fernando Pessoa- Porto, e venho desta forma, solicitar-lhe o envio dos instrumentos Escala de Adesão aos Medicamentos (EAM) e Questionário de Crenças acerca dos Fármacos (QCF), para utilizar na minha tese de mestrado intitulada "*Crenças acerca da medicação, adesão terapêutica e Qualidade de Vida em doentes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica(DPOC)*". Grata por toda a disponibilidade e, também, pela sua autorização para os administrar.

Com os melhores cumprimentos,  
Ana Catarina Roque.

---

Conheça os novos produtos Windows Live. [Clique aqui!](#)

---

Boa tarde Prof. doutora Maria da Graça Pereira.

Pedido de autorização para a utilização dos instrumentos Escala de Adesão aos Medicamentos (EAM) e Questionário de Crenças acerca dos Fármacos (QCF).

Eu, Ana Catarina dos Anjos Roque, aluna do 2º ano, do 2º ciclo de estudos do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, pela Universidade Fernando Pessoa (Porto), venho por este meio, solicitar a autorização para aplicar os instrumentos Escala de Adesão aos Medicamentos (EAM) e Questionário de Crenças acerca dos Fármacos (QCF), a um grupo de 90 indivíduos adultos, no âmbito da Dissertação de Tese de Mestrado intitulada "*Crenças acerca da medicação, adesão terapêutica e Qualidade de Vida em doentes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*".

Este estudo irá ser realizado no Hospital de Joaquim Urbano-Porto, no internamento de Pneumologia e Infeciologia, com doentes portadores de DPOC, tendo como principal objectivo avaliar as representações cognitivas que estes indivíduos possuem sobre a medicação, o seu nível de adesão à mesma, estimando desta forma, a sua relevância na qualidade de vida destes doentes.

Deste modo, considero bastante útil a aplicação destes instrumentos no meu estudo, e como tal, solicito a vossa Ex.<sup>a</sup>, se possível, a sua autorização e o envio dos respectivos instrumentos.

Agradeço desde já toda a atenção dispensada.

Atenciosamente

Ana Catarina dos Anjos Roque

Boa tarde

Tem autorização para usar os referidos instrumentos. Infelizmente neste momento a até ao dia 8 de maio encontro-me ausente pelo que não lhos poderei enviar. Só a partir dessa data pelo que solicitava que nessa altura me recordasse.

Com os melhores cumprimentos  
M. Graça Pereira

2009/4/27 Maria Graça Pereira Alves <gracep@iep.uminho.pt>

-----

**De:** Carla Sousa[SMTP:CSOUSA@UFP.EDU.PT]  
**Enviado:** segunda-feira, 27 de Abril de 2009 18:51:31  
**Para:** Maria Graça Pereira Alves  
**Cc:** ana\_catarina\_roque@hotmail.com  
**Assunto:** Re: FW: Pedido de autorização para a utilização do instrumento | Muito urgente  
**Reencaminhamento automático por uma regra**

Boa tarde,  
Peço desculpa, mas não estou certa que tenha recebido este mail.

2009/4/21, Carla Sousa <csousa@ufp.edu.pt>:

Exma. Sr<sup>a</sup> Profa. Doutora Maria Graça Pereira,

Vimos desta forma solicitar a v/ atenção para a situação abaixo descrita pela n/ aluna Ana Catarina dos Anjos Roque.

Agradecendo desde já a v/ colaboração, apresento os meus melhores cumprimentos,

Carla Sousa

--

Carla Sousa  
**Coordenação Biblioteca**  
**Universidade Fernando Pessoa**  
Praça 9 de Abril, 349 | 4249-004 Porto | Portugal  
Tel.: +351225071301 | Fax: +351225508269  
E-mail: biblioteca@ufp.pt | URL: www.ufp.pt

Antes de imprimir este e-mail, pense se é mesmo necessário.

---

**Anexo B**  
**“Consentimentos Comissão de Ética”**



**Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Ética  
Hospital de Joaquim Urbano**

**Assunto:** Pedido de autorização para a investigação

Eu, Ana Catarina dos Anjos Roque, estagiária curricular nesta instituição e aluna do 2º ano do 2º ciclo de estudos do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade Fernando Pessoa – Porto, venho por este meio solicitar a V. Ex.ª autorização para realizar uma investigação no âmbito da tese de mestrado.

Esta investigação, intitula-se “*Crenças acerca da medicação, adesão à medicação e Qualidade de Vida em doentes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*”.

A investigação a que me proponho, tem como objectivo, avaliar as representações cognitivas acerca dos fármacos em indivíduos portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), ou seja, este estudo pretende indagar as concepções que estes indivíduos têm sobre a sua doença, e de que modo, pode ou não influenciar no processo de adesão ao tratamento/medicação. Ao mesmo tempo, pretende-se estimar, especificamente, os níveis de adesão à medicação/tratamento, de modo a que posteriormente, se verifique se as crenças e os níveis de adesão poderão afectar, interferir ou até, serem determinantes na Qualidade de Vida destes doentes.

Assim, considero ser de extrema importância, o desenvolvimento de estudos nesta área, contribuindo para um melhor entendimento do fenómeno, para que posteriormente, sejam desenvolvidos esforços para diminuir o impacto da doença nestes indivíduos, ou ainda, criar estratégias para que possam lidar com a patologia de forma mais adaptada.

A amostra desta investigação seria constituída por 90 participantes, de ambos os sexos e, a recolha de dados, seria efectuada no internamento de Infecçiology e Pneumologia. O material utilizado para a recolha dos dados, consistiria numa escala denominada de Escala de Adesão aos Medicamentos – EAM (anexo 1); Questionário Sócio-demográfico para os utentes (anexo 2), Questionário de Crenças acerca dos Fármacos - QCF (anexo 3) e, por último para avaliar a Qualidade de Vida, o Questionário *World Health Organization Quality of Life – Bref - WHOQOL – Bref* (anexo 4).

Já foram efectuados os respectivos pedidos de autorização às autoras (cf. anexos), estando de momento a aguardar a respectiva autorização dos instrumentos Escala de Adesão aos



Medicamentos – EAM e Questionário de Crenças acerca dos Fármacos (QCF). Deste modo, comprometo-me a entregar a V. Ex.<sup>a</sup>, as respectivas autorizações e instrumentos, assim que me forem enviados.

A presente investigação, tem por base um estudo descritivo, visto que fornece informação acerca da população em estudo, correlacional, uma vez que se analisam as relações entre as variáveis e diferencial.

Os resultados obtidos nesta investigação, seriam sujeitos a um tratamento estatístico, o *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS (versão 16), e apenas utilizado para fins de investigação, a qual ficará na posse do Hospital de Joaquim Urbano e da Universidade Fernando Pessoa.

Aos participantes seriam dadas garantias de anonimato e confidencialidade (com recurso à codificação) e, obter-se-ia junto dos mesmos a declaração de consentimento informado (anexo 5).

Sem mais assunto de momento, atenciosamente.

---

(Responsável pela investigação)

---

( Orientadora da investigação)

**Exmo. Sr. Director de Serviço de Pneumologia  
do Hospital de Joaquim Urbano  
Prof. Doutor Pinheiro Braga**

**Assunto:** Pedido de autorização para a investigação

Eu, Ana Catarina dos Anjos Roque, estagiária curricular nesta instituição e aluna do 2º ano do 2º ciclo de estudos do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade Fernando Pessoa – Porto, venho por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para realizar uma investigação no âmbito da tese de mestrado.

Esta investigação, intitula-se “*Crenças acerca da medicação, adesão à medicação e Qualidade de Vida em doentes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*”. A investigação a que me proponho, procurará avaliar as representações cognitivas de indivíduos portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), possuem acerca dos fármacos. Ao mesmo tempo, pretende-se estimar, especificamente, os níveis de adesão à medicação, com intuito de verificar se estas variáveis podem de alguma forma, relacionar-se com a qualidade de vida das pessoas que possuem esta patologia. Desta forma, considero ser de extrema importância tentar desenvolver estudos nesta área, contribuindo assim, para um melhor entendimento do fenómeno para, posteriormente, desenvolver esforços para diminuir o impacto da doença nos indivíduos que a possuem.

A amostra desta investigação seria constituída por 90 participantes, de ambos os sexos e, a recolha de dados, seria efectuada no internamento de Infecçiology e Pneumologia. O material utilizado para a recolha dos dados, consistiria numa escala denominada de Escala de Adesão aos Medicamentos – EAM (anexo 1); Questionário Sócio-demográfico para os utentes (anexo 2), Questionário de Crenças acerca dos Fármacos - QCF (anexo 3) e, por último para avaliar a Qualidade de Vida, o Questionário *World Health Organization Quality of Life – Bref - WHOQOL – Bref* (anexo 4). Já foram efectuados os respectivos pedidos de autorização às autoras (cf. anexos), estando de momento a aguardar a respectiva autorização dos instrumentos Escala de Adesão aos Medicamentos – EAM e Questionário de Crenças acerca dos Fármacos (QCF). Deste modo, comprometo-me a entregar a V. Ex.<sup>a</sup>, as respectivas autorizações e instrumentos, assim que me forem enviadas.

Os resultados obtidos nesta investigação, seriam sujeitos a um tratamento estatístico, o *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, e apenas utilizado para fins de

investigação, a qual ficará na posse do Hospital de Joaquim Urbano e da Universidade Fernando Pessoa.

Aos participantes seriam dadas garantias de anonimato e confidencialidade (com recurso à codificação) e, obter-se-ia junto dos mesmos a declaração de consentimento informado (anexo 5).

Sem mais assunto de momento, atenciosamente.

---

(Responsável pela investigação)

**Exmo. Sr. Director Clínico**  
**Hospital de Joaquim Urbano**  
**Prof. Doutor Rui Morais Sarmiento**

**Assunto:** Pedido de autorização para a investigação

Eu, Ana Catarina dos Anjos Roque, estagiária curricular nesta instituição e aluna do 2º ano do 2º ciclo de estudos do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade Fernando Pessoa – Porto, venho por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para realizar uma investigação no âmbito da tese de mestrado.

Esta investigação, intitula-se “*Crenças acerca da medicação, adesão à medicação e Qualidade de Vida em doentes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*”. A investigação a que me proponho, procurará avaliar as representações cognitivas de indivíduos portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), possuem acerca dos fármacos. Ao mesmo tempo, pretende-se estimar, especificamente, os níveis de adesão à medicação, com intuito de verificar se estas variáveis podem de alguma forma, relacionar-se com a qualidade de vida das pessoas que possuem esta patologia. Desta forma, considero ser de extrema importância tentar desenvolver estudos nesta área, contribuindo assim, para um melhor entendimento do fenómeno para, posteriormente, desenvolver esforços para diminuir o impacto da doença nos indivíduos que a possuem.

A amostra desta investigação seria constituída por 90 participantes, de ambos os sexos e, a recolha de dados, seria efectuada no internamento de Infecciologia e Pneumologia. O material utilizado para a recolha dos dados, consistiria numa escala denominada de Escala de Adesão aos Medicamentos – EAM (anexo 1); Questionário Sócio-demográfico para os utentes (anexo 2), Questionário de Crenças acerca dos Fármacos - QCF (anexo 3) e, por último para avaliar a Qualidade de Vida, o Questionário *World Health Organization Quality of Life – Bref - WHOQOL – Bref* (anexo 4). Já foram efectuados os respectivos pedidos de autorização às autoras (cf. anexos), estando de momento a aguardar a respectiva autorização dos instrumentos Escala de Adesão aos Medicamentos – EAM e Questionário de Crenças acerca dos Fármacos (QCF). Deste modo, comprometo-me a entregar a V. Ex.<sup>a</sup>, as respectivas autorizações e instrumentos, assim que me forem enviadas.

Os resultados obtidos nesta investigação, seriam sujeitos a um tratamento estatístico, o *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, e apenas utilizado para fins de

investigação, a qual ficará na posse do Hospital de Joaquim Urbano e da Universidade Fernando Pessoa.

Aos participantes seriam dadas garantias de anonimato e confidencialidade (com recurso à codificação) e, obter-se-ia junto dos mesmos a declaração de consentimento informado (anexo 5).

Sem mais assunto de momento, atenciosamente.

---

(Responsável pela investigação)



# HOSPITAL DE JOAQUIM URBANO

Ministério da Saúde Administração Regional de Saúde do Norte

Exm<sup>a</sup> Senhora  
Dr<sup>a</sup> Ana Catarina dos Anjos Roque

Hospital de Joaquim Urbano

Sua referência	Data	Nossa referência	Data	Processo
		160/CES	03.06.09	

**ASSUNTO: Pedido de autorização de realização de investigação no âmbito da tese de mestrado em Psicologia Clínica e Saúde da Universidade Fernando Pessoa, denominado "Crenças acerca da medicação, adesão à medicação e Qualidade de Vida em doentes portadores de DPOC"**

Na sequência da reunião da Comissão de Ética do Hospital de Joaquim Urbano de 6 de Maio de 2009, relativamente ao pedido de parecer de realização de estudo de investigação, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa, denominado "Crenças acerca da medicação, adesão à medicação e Qualidade de Vida em doentes portadores de DPOC", da autoria de Ana Catarina dos Anjos Roque, foram analisadas as alterações solicitadas constatando-se, ainda, a necessidade de retirar a referência a "Questionário Nº \_\_\_\_" da Folha de Consentimento Informado. Após o envio destas alterações será emitido parecer favorável.

Com os melhores cumprimentos,

Porto e Hospital Joaquim Urbano, 12 de Maio de 2009

A Comissão de Ética

Dr.ª Elizabete Maria das Neves Borges

*Sida: prevenir a infeção, despertar consciências e mobilizar recursos*

**Anexo C**  
**“Termo de Consentimento Informado”**

## **Termo de Consentimento Informado**

Eu, abaixo assinado, declaro que aceito participar no estudo que Ana Catarina dos Anjos Roque, está a desenvolver no âmbito de dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, pela Universidade Fernando Pessoa, a realizar-se no Hospital de Joaquim Urbano.

Declaro ainda que, ainda antes de optar pela participação neste estudo, me foram prestados todos os esclarecimentos que considerei importantes para a tomada desta decisão.

Como tal, foi-me informado que a presente investigação, tem como objectivo, avaliar as representações cognitivas acerca dos fármacos em indivíduos portadores de Doença Pulmonar, ou seja, este estudo pretende indagar as concepções que os indivíduos têm sobre a sua doença, e de que modo, pode ou não influenciar no processo de adesão ao tratamento/medicação. Ao mesmo tempo, pretende-se estimar, especificamente, os níveis de adesão à medicação/tratamento, de modo a que posteriormente, se verifique se as crenças e os níveis de adesão poderão afectar, interferir ou até, serem determinantes na Qualidade de Vida dos doentes com esta patologia.

Especialmente, fui informado/a do objectivo, dos procedimentos do estudo, da garantia de anonimato e confidencialidade dos dados, bem como, da possibilidade de recusar ou cessar a minha participação em qualquer momento, sem qualquer consequência para mim.

Consciente de que estou a contribuir para a investigação, comprometo-me a colaborar com total sinceridade às questões que me forem colocadas.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do investigador: \_\_\_\_\_

Porto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2009

**Anexo D**  
**“Dados Sócio – Demográficos e Clínicos”**

## DADOS PESSOAIS

**A1** Idade  anos

**A2** Data de Nascimento  /  /

**A3** Sexo  Masculino  
 Feminino

<b>A4</b> Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	<input type="text"/>
	Sabe ler e/ou escrever	<input type="text"/>
	1º-4º anos	<input type="text"/>
	5º-6º anos	<input type="text"/>
	7º-9º anos	<input type="text"/>
	10º-12º anos	<input type="text"/>
	Estudos Universitários	<input type="text"/>
Formação pós-graduada	<input type="text"/>	

**A5** Profissão

**A6.1** Freguesia   
**A6.2** Concelho   
**A6.3** Distrito

<b>A7</b> Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="text"/>
	Casado(a)	<input type="text"/>
	União de facto	<input type="text"/>
	Separado(a)	<input type="text"/>
	Divorciado(a)	<input type="text"/>
	Viúvo(a)	<input type="text"/>

**B1a** Está actualmente doente? Sim  Não

**B1b** Que doença é que tem?

**B2** Há quanto tempo?

**B3** Regime de tratamento? Internamento  Consulta Externa  Sem tratamento

### C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado
2. Assistido pelo entrevistador
3. Administrado pelo entrevistador

### D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

---

---

---

---

---

**OBRIGADO PELA SUA AJUDA!**

**Anexo E**  
***“World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL - Bref)”***

# WHOQOL-BREF



**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE**

**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
<b>Domínio 1</b>	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
<b>Domínio 2</b>	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
<b>Domínio 3</b>	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
<b>Domínio 4</b>	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

## Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

**Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.**

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
<b>1 (G1)</b>	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
<b>2 (G4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
<b>3 (F1.4)</b>	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
<b>4 (F11.3)</b>	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>5 (F4.1)</b>	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
<b>6 (F24.2)</b>	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
<b>7 (F5.3)</b>	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
<b>8 (F16.1)</b>	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>9 (F22.1)</b>	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
<b>10 (F2.1)</b>	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>11 (F7.1)</b>	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
<b>12 (F18.1)</b>	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
<b>13 (F20.1)</b>	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>14 (F21.1)</b>	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
<b>15 (F9.1)</b>	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
<b>16 (F3.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
<b>17 (F10.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>18 (F12.4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
<b>19 (F6.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
<b>20 (F13.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
<b>21 (F15.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
<b>22 (F14.4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
<b>23 (F17.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
<b>24 (F19.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
<b>25 (F23.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
<b>26 (F8.1)</b>	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

**Anexo F**  
**“Questionário de Crenças acerca dos Fármacos (QCF - Específico)”**

**QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS ACERCA DOS MEDICAMENTOS (Específico)**  
**Horne, Weinman & Hankins, 1997**  
**Versão Portuguesa de M. Graça Pereira & N. Sofia Silva, 1999**  
**Universidade do Minho**

**II. Agora gostaríamos de saber qual a opinião que tem acerca dos medicamentos QUE ESTÁ A TOMAR. As frases que vai ler são opiniões que outras pessoas têm acerca dos medicamentos que tomam.**

**Por favor indique o grau em que concorda ou discorda escolhendo a resposta adequada.**

**1. Neste momento a minha saúde depende de medicamentos.**

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

**2. Ter que tomar medicamentos preocupa-me**

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

**3. A minha vida seria impossível sem medicamentos**

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

**4. Sem medicamentos eu estaria muito doente**

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

**5. Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo**

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

**6. Os meus medicamentos são um mistério para mim**

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

**7. A minha saúde no futuro irá depender de medicamentos**

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

**8. Os meus medicamentos desorganizam a minha vida**

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

**9. Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos meus medicamentos**

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

**10. Os meus medicamentos impedem que eu fique pior**

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

**Anexo**  
**“Escala de Adesão aos Medicamentos (EAM)”**

**ESCALA DE ADESÃO AOS MEDICAMENTOS**  
**Horne, Weinman & Hankins, 1997**

**Versão Portuguesa de M. Graça Pereira & N. Sofia Silva (1999)**  
**Universidade do Minho**

**Leia as frases que se seguem e diga em que grau concorda ou discorda.**

**1. Às vezes eu esqueço-me de tomar os meus remédios.**

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

**2. Às vezes eu altero as doses da minha medicação de forma a satisfazer as minhas próprias necessidades**

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

**3. Algumas pessoas esquecem-se de tomar os seus remédios. Com que frequência isto lhe acontece a si?**

Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre

**4. Algumas pessoas dizem que se esquecem de uma dose da sua medicação ou ajustam-na para satisfazer as suas próprias necessidades. Com que frequência você faz isto?**

Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre