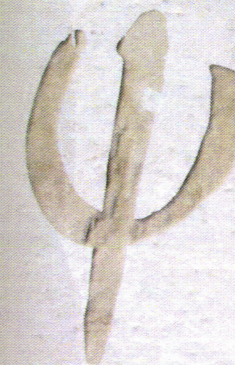




Patricia Alexandra Lopes Ginó

REPRESENTAÇÕES DE DOENÇA, ESPIRITUALIDADE E ADESÃO AO
TRATAMENTOS EM PACIENTES COM O DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA

UE
174
603



UNIVERSIDADE DE ÉVORA | ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

REPRESENTAÇÕES DE DOENÇA, ESPIRITUALIDADE E ADESÃO AO TRATAMENTOS EM PACIENTES COM O DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA

Patrícia Alexandra Lopes Ginó
Orientação: Professora Doutora Adelaide Claudino

Mestrado em Psicologia
Área de especialização: **Psicologia Clínica e da Saúde**

Évora | 2010

UNIVERSIDADE DE ÉVORA | ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**REPRESENTAÇÕES DE DOENÇA, ESPIRITUALIDADE E ADESÃO AO
TRATAMENTO EM PACIENTES COM O DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA**

Patrícia Alexandra Lopes Ginó

Orientação: Professora Doutora Adelaide Claudino

Mestrado em Psicologia

Área de Especialização: Psicologia Clínica e da Saúde



174 603

ÉVORA|2010

RESUMO

Esta investigação tem como objectivo estudar as representações de doença em pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia e a forma como estas são variáveis preditoras da adesão ao tratamento. Este estudo teve como base o modelo de auto-regulação de Leventhal, que tem sido largamente aplicado à doença física e começa a dar os primeiros passos em trabalhos a nível da saúde mental. A investigação empírica deste trabalho foi assim conduzida tendo em conta o papel activo que os sujeitos possuem na elaboração das suas próprias doenças. O estudo consistiu na aplicação de questionários de percepção de doença (IPQS), Crenças sobre os medicamentos (BMQ) adesão ao tratamento (RAM) e espiritualidade. Os resultados demonstram que algumas representações de doença são preditoras significativas da adesão ao tratamento. Também as crenças acerca dos medicamentos possuem um efeito preditor ainda que de uma forma menos acentuada. A interacção entre representações de doença e crenças espirituais também possuem efeitos preditores na adesão ao tratamento.

Palavras Chave: Esquizofrenia, Representações de Doença, Crenças sobre os Medicamentos, Adesão ao Tratamento e Crenças Espirituais.

Illness Representations, Spiritual Beliefs and treatment adherence in Patients with the diagnosis of Schizophrenia

ABSTRACT

This study has the objective of make an approach about the illness perceptions of patients with the diagnosis of schizophrenia and the way by witch this variables are predictors of treatment adherence. Using the model of self regulation of Leventhal, that has been largely applied to physical disease and starts now to develop investigations in the area of mental health problems. The empirical investigation has been conducted having in mind the active role that subjects have in elaborating their own diseases. The present study was made by means of application of the disease illness perception questionnaire (IPQS), beliefs about medicines (BMQ), treatment adherence (RAM) and spirituality. Our results show that some illness cognitions are significative predictors of treatment adherence, as well as the beliefs about medicines have a predictive effect but in a less strong way. Also the interactions between illness representations and spiritual beliefs have predicted the treatment adherence.

Key Words: Schizophrenia, Illness Representations, beliefs about medicines, Treatment Adherence and Spiritual Beliefs.

Agradecimentos

A realização deste trabalho apenas foi possível graças à contribuição de pessoas que directa ou indirectamente me proporcionaram apoio e estabilidade para a sua concretização.

Desde já o meu muito obrigado à Professora Doutora Adelaide Claudino pelo seu acompanhamento, por ter acreditado que eu era capaz mesmo quando as barreiras se levantavam e ameaçavam derrubar-me.

Ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo de Évora, e a toda a equipa por terem aceitado a recolha de dados e por tão prontamente estarem disponíveis para colaborar, pela cedência de espaço e de condições para o desenvolvimento da investigação empírica.

A todos os que me apoiaram nos piores e nos melhores momentos, acreditando em mim, chorando e sorrindo comigo os dissabores e as glórias, não só deste trabalho como também de uma vida.

Sabem quem são, todos eles sem dúvida! Fiz questão de o dizer pessoalmente a cada pessoa, as palavras de agradecimento e de reconhecimento por tudo, especialmente por me terem ajudado a transformar na pessoa que sou hoje.

Uma palavra para os meus avós... perdi-vos pelo caminho, a vossa presença material deixou os meus dias mas o vosso espírito acompanha-me sempre...quando não me resta a força que vem de dentro sei que vocês são essa fonte inesgotável que nunca me abandona. Dedico-vos este trabalho, por tantos anos passados desde o nosso último encontro e por tantos momentos em que me inspirei em vocês.

A uma avó “emprestada” que me alimentou o espírito e a sede de conhecimento desde a mais tenra idade, a uma amiga que me encheu de vontade de ser mais e melhor e que fez de mim uma pessoa mais sábia com a sua experiência.

A ti que és especial e que enches os meus dias de alegria e de vontade de ir mais longe.

Aos meus pais e irmã...exemplo contínuo de luta e de coragem, de espírito de sacrificio e de honra.

Aos que me abrigaram no seu lar como se de um membro da família se tratasse, os que mais próximos estiveram da realização deste trabalho e que mais suportaram as minhas “crises”.

A todos obrigado por estarem ao meu lado mesmo quando as minhas ausências me podiam ter anulado.

Patrícia Ginó

ÍNDICES

- Índice Geral
- Índice de Quadros
- Índice de Figuras
- Índice de Anexos

ÍNDICE GERAL

Introdução.....	1
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
CAPÍTULO 1 – CARACTERIZAÇÃO DA ESQUIZOFRENIA	5
1. 1. CONCEITO DE PERTURBAÇÃO MENTAL	5
1.2. ESQUIZOFRENIA: A DOENÇA	6
1.3. EPIDEMIOLOGIA DA ESQUIZOFRENIA – PADRÕES DE OCORRÊNCIA	
MUNDIAIS E NACIONAIS	7
1.3.1. Epidemiologia: Panorama Mundial.....	8
1.3.2. Epidemiologia: Panorama Nacional	9
1.3.3. Variáveis Psicossociais e Demográficas na Esquizofrenia	8
1.4. CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA	9
1.4.1 SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA	10
1.4.1.1. Esquizofrenia de tipo Paranóide	10
1.4.1.2. Esquizofrenia de tipo Residual	11
1.5. TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA	12
1.5.1. Estádios clínicos da esquizofrenia	12
1.5.2. Medicação	12
1.5.2.1 Efeitos secundários da medicação	12
1.6. PROGNÓSTICO NA ESQUIZOFRENIA: EVOLUÇÃO DA DOENÇA	14
CAPÍTULO 2 - MODELOS COGNITIVOS E REPRESENTAÇÕES DE DOENÇA	17
2.1. MODELO DE AUTO-REGULAÇÃO DO SENSO COMUM.....	17
2.1.1. Características Do Modelo De Auto-Regulação Do Senso Comum.....	18
2.1.2. Origens do Modelo de Auto-Regulação do Senso Comum.....	18
2.1.2.1. Aplicação do Modelo de Auto-Regulação do Senso Comum à	
Saúde.....	21
2.1.3. As representações de doença	23
2.3.4. Investigações tendo por Base o Modelo De Auto-Regulação	
do Senso Comum De Leventhal	25
2.1.5. Percepção De Doença: Investigações na Esquizofrenia e outras	
Doenças Mentais	27
2.1.6. Limitações das investigações produzidas com base neste	
Modelo.....	30

CAPÍTULO 3. CRENÇAS SOBRE A MEDICAÇÃO E ADESÃO AO TRATAMENTO	31
3.1. A ADESÃO AO TRATAMENTO	31
3.1.1. Adesão ao Tratamento medicamentoso	32
3.1.2. Adesão ao tratamento por pacientes com esquizofrenia	32
3.1.3. Factores de risco no caso da adesão ao tratamento	34
3.1.3.1. Factores individuais	34
3.1.3.2. Qualidade da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente	35
3.1.3.2. Factores de risco associados à doença mental	35
3.1.3.2.1. A doença em si	35
3.1.3.3.2. Características do paciente	35
3.1.3.3.3. Crenças de saúde	36
3.2.1.3.4. Tratamento	36
3.1.4. Modelos De Adesão	36
3.1.4.1. Teoria cognitiva da aprendizagem social	36
3.1.4.2. Teoria da acção planeada	37
3.1.4.3. Teoria do comportamento planeado	38
3.1.4.4. Modelo da hipótese cognitiva de adesão de Ley	39
3.2.4.5. Adesão do ponto de vista da auto-regulação	39
3.1.4.5.1.. Adesão ao tratamento em esquizofrenia e o modelo de auto-regulação	41
3.2. CRENÇAS SOBRE A MEDICAÇÃO	42
3.2.1. Limitações relativas às investigações sobre as crenças sobre a medicação	44
 CAPÍTULO 4 - ESPIRITUALIDADE APLICADA À SAÚDE MENTAL	45
4.1. DISTINÇÃO ENTRE RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE E CRENÇAS RELIGIOSAS DE EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS SIMPLES	45
4.2. INVESTIGAÇÕES SOBRE CRENÇAS ESPIRITUAIS E DOENÇA MENTAL	46
 PARTE II – Investigação Empírica	
 CAPÍTULO 5 – METODOLOGIA	49
5.1. OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO	49
5.2. HIPÓTESES	50
5.2.1 ANÁLISES EXPLORATÓRIAS	50
5.3. VARIÁVEIS ESTUDADAS	50

5.3.1. VARIÁVEIS PREDITORAS/MODERADORAS.....	51
5.3.2. VARIÁVEIS DE RESULTADO.....	51
5.3.3. VARIÁVEIS SOCIO-DEMOGRÁFICAS.....	51
5.3.4. VARIÁVEIS CLÍNICAS E DADOS CLÍNICOS.....	52
5.4. PARTICIPANTES	52
5.4.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES.....	54
5.4.1.1. Diferenças sócio-demográficas de acordo com a variável Género.....	57
5.4.2. Caracterização Sócio-Demográfica dos Participantes por Diagnóstico....	59
5.4.2.1 Características clínicas dos participantes por diagnóstico.....	63
5.5. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	64
5.5.1. Questionário sócio-demográfico.....	64
5.5.2. Questionário clínico.....	64
5.5.3. Illness Perception Questinnaire For Schizophrenia: IPQS.....	64
5.5.3.1. Origem e desenvolvimento	69
5.5.3.2. Cotação	71
5.5.3.3. Características psicométricas	72
5.5.3.4. Características Psicométricas na população portuguesa	74
5.5.3.4.1. Características da amostra de validação.....	75
5.5.3.4.2. Validade.....	77
1. Validade de constructo.....	77
2. Validade convergente.....	81
3. Precisão	82
5.5.3.4.3. - Análise da escala causas da doença do IPQS.....	90
1. Validade de construto.....	90
2. Precisão	92
5.5.3.4.4. Comparação entre os resultados na amostra de validação do estudo original com os resultados da amostra portuguesa.....	94
5.5.4. Beliefs about medicines questionnaire (BMQ).....	97
5.5.4.1. Origem e desenvolvimento.....	97
5.5.4.2. Cotação.....	98
5.5.4.3. Características Psicométricas da Versão Original.....	98
1. Validade	98
2. Fidelidade.....	99
5.5.4.4. Características Psicométricas numa amostra Portuguesa.....	99
5.5.4.5. Características psicométricas na amostra em estudo.....	100
1. Validade de construto.....	100

2. Análise de precisão.....	103
5.5.5. Reported Adherence to Medication Scale (RAM).....	107
5.5.5.1 Origem e desenvolvimento	107
5.5.5.2. Os dados psicométricos da versão original.....	107
5.5.5.3. Cotação.....	107
5.5.5.4. Características psicométricas da Versão portuguesa	108
1. Fidelidade.....	108
2. Validade	108
5.5.5.5. Características psicométricas na amostra em estudo.....	109
1. Validade	109
2. Precisão.....	110
5.5.6. Escala de Avaliação de espiritualidade em contextos de saúde	112
5.5.6.1. Origem e desenvolvimento.....	112
5.5.6.2 Características Psicométricas.....	113
5.5.6.2.1. Características psicométricas da amostra em estudo.....	114
1. Validade de construto.....	114
2. Precisão.....	116
5.6. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	118
5.7. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS	120
CAPÍTULO 6- RESULTADOS	122
6.1. REPRESENTAÇÕES DE DOENÇA COMO PREDITORAS DA ADESÃO AO TRATAMENTO.....	122
6.2. CRENÇAS SOBRE A MEDICAÇÃO COMO PREDITORAS DA ADESÃO AO TRATAMENTO.....	123
6.4. O PAPEL DA ESPIRITUALIDADE SOBRE A DOENÇA E O TRATAMENTO.....	124
6.5 ANÁLISES EXPLORATÓRIAS	127
6.5.1. Variáveis sócio-demográficas	127
6.5.1.1.Habilitações literárias	127
6.5.1.2. Estatuto profissional	128
6.5.1.3. Local de residência.....	130
6.5.1.4. Agregado familiar	131
6.5.2.VARIVEIS CLINICAS	131
6.5.2.1 Rótulo atribuído à doença	131
6.5.2.2. Idade de aparecimento dos primeiros sintomas.....	133
6.5.2.3.História da doença na família	133

Discussão dos resultados	136
Limitações e vantagens do estudo	139
Conclusões e implicações práticas	140
Sugestão de estudos futuros.....	140
Referências bibliográficas.....	142
Anexos	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 5.1.- Caracterização sócio-demográficas dos participantes, por frequência, percentagem, média e desvio-padrão.....	53
Quadro 5.2.-Distribuição absoluta e percentual das características sócio demográficas, de acordo com o sexo e resultados dos testes Qui-Quadrado.....	56
Quadro 5.3. – Características sócio-demográficas dos participantes por diagnóstico, por frequência, percentagem, média, desvio-padrão, Qui-Quadrado	58
Quadro 5.4. - características clínicas dos participantes por diagnóstico, por frequência, percentagem, média, desvio padrão e Qui-Quadrado.....	60
Quadro 5.5. - Caracterização sócio-demográfica da amostra de validação do IPQS por diagnóstico.....	71
Quadro 5.6.- caracterização clínica da amostra de validação do IPQS por Diagnóstico.....	72
Quadro 5.7.- Análise de Componentes Principais – IPQS (itens por escala (N=22).....	75
Quadro 5.8. - Correlações de <i>Pearson</i> para as subescalas do IPQS.....	78
Quadro 5.9. - Resultados da avaliação da consistência interna do “ <i>Questionário De Percepção de Doença para a Psicose</i> ” subescala de Identidade (58 itens) (N=22).....	79
Quadro 5.10. - Resultados da avaliação da consistência interna do “ <i>Questionário de Percepção de Doença para a Psicose</i> ” subescala de Identidade (58 itens) (N=22).....	80
Quadro 5.11 - Resultados da avaliação da consistência interna do “ <i>Questionário de Percepção de Doença para a Psicose</i> ” subescala de duração aguda/ crónica (6 itens) (N=22).....	83
Quadro 5.12. - Resultados da avaliação da consistência interna do “ <i>Questionário de Percepção de Doença para a Psicose</i> ” subescala de duração cíclica (4 itens) (N=22).....	83
Quadro 5.13. - Resultados da avaliação da consistência interna do “ <i>Questionário de Percepção de Doença para a Psicose</i> ” subescala de consequências (11 itens) (N=22).....	84
Quadro 5.14. - Resultados da avaliação da consistência interna do “ <i>Questionário de Percepção de Doença para a Psicose</i> ” subescala de controlo pessoal (4 itens) (N=29).....	85
Quadro 5.15.- Resultados da avaliação da consistência interna do “ <i>Questionário</i> ”	

de Percepção de Doença para a Psicose” subescala de auto-culpabilização (3 itens) (N=22).....	85
Quadro 5.16. - Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Percepção de Doença para a Psicose” subescala de controlo pelo tratamento (5 itens) (N=22).....	86
Quadro 5.17. - Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Percepção de Doença para a Psicose” subescala de coerência ~ da doença (5 itens) (N=29).....	86
Quadro 5.18. - Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Percepção de Doença para a Psicose” subescala de representação emocional (8 itens) (N=22).....	89
Quadro 5.19. - Análise de componentes principais da subescala de possíveis causas da doença (N=22).....	89
Quadro 5.20. - Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Percepção de Doença para a Psicose” subescala de causalidade factores externos (9 itens) (N=22).....	91
Quadro 5.21.- Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Percepção de Doença para a Psicose” subescala de causalidade factores internos (6 itens) (N=22).....	91
Quadro 5.22. - Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Percepção de Doença para a Psicose” subescala de causalidade factores biológicos (3 itens) (N=29).....	92
Quadro 5.23 - Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Percepção de Doença para a Psicose” subescala de causalidade consumos (3 itens) (N=22).....	92
Quadro 5.24. - Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Percepção de Doença para a Psicose” subescala de causalidade acontecimentos marcantes/família (5 itens) (N=22).....	93
Quadro 5.25. - Média, Mediana, Correlações inter-itens e alfas de cronbach para cada subescala do IPQS – resultados da amostra portuguesa.....	94
Quadro 5.26.- Média, Mediana, Correlações inter-itens e alfas de cronbach para cada subescala do IPQS – resultados da amostra de validação do estudo original	96
Quadro 5.27. – Média, Mediana, Correlações inter-itens e alfas de cronbach para Cada subescalada dimensão causas da doença do IPQS.....	97
Quadro 5.28.- Análise de componentes principais para o BMQ-Geral.....	101

Quadro 5.29. - Análise de componentes principais para o BMQ-específico.....	102
Quadro 5.30. - Coeficientes de correlação de Pearson entre as subescalas do BMQ e destas com o total.....	103
Quadro 5.31.- Análise de consistência interna para a subescala <i>harm</i> do BMQ.....	104
Quadro 5.32 - Análise de consistência interna da subescala <i>overuse</i> do BMQ.....	104
Quadro 5.33. - Análise de consistência interna da subescala crenças acerca dos potenciais efeitos nocivos da medicação.....	105
Quadro 5.34. - Resultados da análise de consistência interna para o BMQ-Total.....	105
Quadro 5.35. – análise de componentes principais do RAM (n=33).....	107
Quadro 5.36. – coeficientes de correlação de pearson para as subescalas do RAM e para o RAM total.....	110
Quadro 5.37.- Análise de consistência interna subescala esquecimento da medicação do RAM (n=33).....	111
Quadro 5.38. – Análise de consistência interna subescala alterações da medicação do RAM.....	112
Quadro 5.39. - Análise consistência interna RAM-Total.....	112
Quadro 5.40. – Análise de componentes principais da escala de espiritualidade em Contextos de saúde (N=33).....	113
Quadro 5.41. - Coeficientes de correlações de pearson entre as subescalas da escala de espiritualidade em contextos de saúde e entre as subescalas e o total. (N=33).....	116
Quadro 5.42.- análise de consistência interna da subescala crenças espirituais da escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde (N=33).....	117
Quadro 5.43.- análise de consistência interna total escala de avaliação da Espiritualidade em contextos de saúde (N=33).....	117
Quadro 5.44.- análise de consistência interna da subescala esperança optimismo da escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde (N=33).	118
Quadro 6.1. - Resultados da análise de regressão para verificar o efeito da subescala alterações da medicação (RAM) nas subescalas do IPQS.....	118
Quadro 6.2.- Resultados da análise de regressão para verificar o efeito das crenças Relativamente à medicação na adesão ao tratamento.....	124
Quadro 6.3. - Resultados da análise de regressão para verificar o efeito das representações de doença em interacção com a espiritualidade sobre a adesão ao tratamento (RAM)	126
Quadro 6.4.- Resultados significativos da análise de variância multivariada	

referentes ao IPQP: subescala representação emocional, em função do género e das habilitações literárias (N=33).....	129
Quadro 6.5.- Resultados significativos da análise de variância multivariada referentes ao IPQP: subescala consequências, em função do género e das habilitações literárias (N=33).....	132
Quadro 6.6. - Resultados significativos da análise de variância multivariada referentes ao IPQP: subescala coerência da doença, BMQ: subescalas de crenças acerca dos efeitos nocivos dos medicamentos e subescala de preocupações com os perigos de toxicidade dos medicamentos e RAM: subescala de alterações da medicação, em função das habilitações literárias (N=33).	133
Quadro 6.7. – Resultados significativos da análise de variância multivariada referentes ao IPQP: subescala consequências, culpabilização pessoal e representação emocional em função do local de residência e do sexo(N=33).	134
Quadro 6.8. – Resultados significativos da análise de variância multivariada referentes Ao RAM: em função do local de residência (N=33).....	135
Quadro 6.9. Resultados significativos da ANOVA referente à Espiritualidade: subescala esperança/optiimismo em função do agregado familiar (n=33).....	136
Quadro 6.10- Resultados significativos da ANOVA referente ao IPQS: subescalas de consequências, coerência da doença e representação emocional em unção do rótulo da doença considerado pelo paciente (n=33).....	137
Quadro 6.11.- Resultados significativos da ANOVA referente ao RAM: subescalas de alterações da medicação, esquecimento da medicação e RAM-total em função do rótulo da doença considerado pelo paciente (n=33).....	138
Quadro 6.12. -Resultados significativos da ANOVA referente ao BMQ: subescalas de crenças acerca da necessidade da medicação prescrita e de utilização excessiva da medicação pelos médicos em função do rótulo da doença considerado pelo paciente (n=33)	138
Quadro 6.13.- Resultados significativos da ANOVA referente ao BMQ: subescala Crenças perigos de dependência e toxicidade dos medicamentos em função do rótulo da idade de aparecimento dos sintomas (n=33).....	139
Quadro 6.14. Resultados significativos da ANOVA referente ao BMQ: subescala	

Crenças perigos de dependência e toxicidade dos medicamentos em função da existência de historial da doença na família (n=33).	140
Quadro 6.15. Resultados significativos da ANOVA referente à Espiritualidade: subescalas Crenças espirituais em função da existência de historial da doença na família (n=33).....	140

Índice de figuras

Figura 2.1. O modelo do processamento paralelo.....	19
Figura 2.2. Modelo de auto-regulação de Leventhal	23
Figura 2.3. os cinco domínios das representações de doença.....	24
Figura 3.1. Percepções de Tratamento e o Modelo de Auto Regulação do Senso Comum	43

Índice de Anexos

Consentimento Informado

Questionário de Dados Clínicos

Questionário sócio-demográfico

Illness Perception Questionnaire for Schizophrenia (IPQS)

Reported Adherence to Medicines (RAM)

Beliefs About Medicines Questionnaire (BMQ)

Questionário de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde

Introdução

Nos documentos da Organização Mundial de Saúde estima-se que cerca de 24 milhões de pessoas possuem esquizofrenia, sendo que a esquizofrenia se encontra entre as primeiras seis afecções neuropsiquiátricas das 20 que provocam maior incapacitação (Organização Mundial de Saúde, 2002). Segundo a American Psychiatric Association (2000) a esquizofrenia tem sido observada um pouco por todo o mundo sendo a sua prevalência muitas vezes situada entre os 0,5 e 1,5%, no âmbito das doenças mentais.

A nível nacional, no censo de 2001 verificou-se que na distribuição de grupos de patologias, as esquizofrenias foram as patologias mais frequentes com 3556 doentes, o que representa 21,2% das patologias que procuram os cuidados de saúde da psiquiatria, logo seguidas das depressões (Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental, 2004).

Podemos considerar alguns subtipos dentro do diagnóstico de Esquizofrenia, como é o caso da esquizofrenia de tipo paranóide que tem como principal característica a presença de ideias delirantes dominantes ou alucinações auditivas, num contexto de relativa preservação das funções cognitivas e do afecto, e da esquizofrenia de tipo residual, diagnóstico este que é utilizado quando tenha existido pelo menos um episódio de esquizofrenia, mas no actual quadro clínico não existe evidência de sintomas psicóticos positivos dominantes (como por exemplo as ideias delirantes, as alucinações e o discurso ou o comportamento desorganizados) (American Psychiatric Association, 2000).

No que respeita ao tratamento da doença podemos considerar três estádios: a fase aguda começa quando os pacientes experienciam um episódio psicótico e termina quando existe a remissão dos sintomas. Há medida que os sintomas melhoram, os pacientes entram no segundo estágio durante o qual, apesar de melhorarem, se encontram mais vulneráveis a piorarem em determinadas circunstâncias tais como stressores ambientais ou mudanças nos tratamentos farmacológicos, este estágio pode durar vários meses até que os pacientes entrem na fase de estabilização (Marder & Wirshing, 2003).

O tratamento médico da esquizofrenia baseia-se em drogas psicotrópicas que consistem em compostos neurolépticos com capacidade de produzir estados de calma e indiferenças sem perder a consciência. A designação utilizada para esta medicação é, normalmente a de anti-psicóticos (Silverstone & Turner, 1995a). Os antipsicóticos porém, trazem consigo vários efeitos secundários.

O prognóstico dos pacientes com esquizofrenia varia bastante, existindo uma grande variabilidade de funcionamentos possíveis. A evolução da doença não pode ser compreendida logo a partir do seu início motivo pelo qual os factores sócio-ambientais interagem com o indivíduo doente de forma que se pode esperar que estes mesmos factores contribuam ou impeçam uma boa recuperação das fases agudas da doença (Strauss & Carpenter, 1981a).

Segundo Gochman (1997), as teorias cognitivas na investigação sobre os comportamentos de saúde incluem modelos sobre a forma como a saúde e a doença se encontram representadas ou organizadas dentro das estruturas cognitivas dos indivíduos.

O modelo de senso comum acaba por ser uma extensão do modelo de processamento paralelo da informação. Um indivíduo não consegue formular modelos estruturais da mente sem antes especificar o conteúdo das situações e dos comportamentos, pelo que se revelou necessário identificar os conteúdos para que depois se possa analisar o processo cognitivo que lhes está subjacente. Tendo por base estes factores, a investigação fundamentada no modelo de auto-regulação do senso comum tem procurado identificar elementos estáveis e universais do conteúdo da cognição da doença, dado que a doença é intrínseca à condição humana. (Leventhal & Nerenz, 1985).

As representações de doença são multidimensionais e as dimensões, por sua vez, possuem multi-níveis, ou seja, podem ser definidas quer em termos abstractos quer em termos concretos o que constitui um factor crítico para as cognições de doença e para a compreensão do comportamento durante um episódio de doença (Leventhal & Nerenz, 1985). De acordo com os autores a regulação cognitiva assim como a regulação emocional são necessárias para que possamos organizar e executar, de uma forma bem sucedida, as nossas acções dirigidas para a concretização de determinados objectivos.

Weinman & Petrie (1997) defendem que as percepções de doença dizem sobretudo respeito ao modelo de doença que o próprio indivíduo constrói sobre a sua condição. Destes modelos, podem emergir muitas vezes enviesamentos cognitivos que servem para minimizar os efeitos da doença ou do tratamento que podem representar verdadeiros obstáculos no ajustamento à doença.

Na saúde mental, o estudo de crenças tem sido focado sobretudo nas interpretações que as pessoas fazem de experiências internas e externas sobre a sua doença e a forma como estas interpretações contribuem quer para o desenvolvimento quer para a manutenção de sintomas psicóticos (Lobban, Barrowclough & Jones, 2002).

Assim, partindo do princípio que os sujeitos têm um papel activo na resolução de problemas, as estratégias de *coping* que acabam por seleccionar são guiadas pelas suas interpretações e avaliações da doença. As consequências destes comportamentos são depois avaliadas e incluídas nos modelos da doença e/ou utilizadas como futuras respostas para lidar com o problema.

Segundo Horne (2003) as representações “ a favor” ou “contra” a medicação determinam os estilos de adesão das pessoas. As que acreditam nos benefícios da medicação possuem uma maior propensão para realizar visitas regulares aos profissionais de saúde ao passo que as que não acreditam tendem a assumir o comportamento oposto.

Existindo vários motivos para a não adesão ao tratamento, um deles pode ser a não-adesão devido a um conjunto de compreensões partilhadas quer sobre a doença quer sobre o tratamento em si (Lau, 1997).

A adesão tem subjacente a participação do paciente, bem como o seu envolvimento na manutenção do regime que a pessoa acredita que será benéfico, implicando por isso uma parceria terapêutica, essencial para que os pacientes sigam a adesão terapêutica (Zygmunt, Olfson, Boyer & Machanic, 2002). A não adesão implica por isso consequências tangíveis e intangíveis nomeadamente o sofrimento, a morte, diminuição da qualidade de vida, frustração no paciente, raiva e desesperança.

A adesão aos tratamentos com eficácia comprovada é uma determinante fundamental da eficácia do tratamento, optimizando os benefícios clínicos e a qualidade de vida relacionada com a saúde dos pacientes. Para além disso, níveis elevados de adesão possuem benefícios económicos, reduzindo exacerbações na doença que culminem em hospitalizações, visitas às emergências ou tratamentos caros (Bosworth, 2006).

No domínio da saúde física, têm sido discutidas, para além das crenças sobre a doença, aspectos como por exemplo as crenças relacionadas com a cultura, o significado e a espiritualidade, que podem também ser fundamentais no caso da doença mental (Kinderman, Setzu, Lobban & Salmon, 2006).

Tendo por base os aspectos anteriormente descritos, este estudo teve como objectivo principal contribuir para a promoção da adesão ao tratamento por doentes com o diagnóstico de esquizofrenia bem como a compreensão da esquizofrenia. Para este fim, contribuiu com a tradução e validação de um questionário para avaliar as crenças e cognições de doença especificamente para esta população.

Quanto à sua estrutura, este trabalho divide-se em duas partes, uma primeira parte que compreende a parte teórica do tema, a revisão de literatura, apresentada nos

4 primeiros capítulos e uma parte de investigação empírica presente nos últimos dois capítulos.

O primeiro capítulo tem o nome de *caracterização da esquizofrenia* e descreve alguns dados importantes para a compreensão da doença bem como os seus critérios de diagnóstico e tratamento.

O segundo capítulo tem o nome de *Modelos Cognitivos e Representações de Doença*, e descreve os modelos cognitivos, nomeadamente o Modelo de Auto-Regulação do Senso Comum, e dados de investigações com base no mesmo incidindo sobre a doença física e mental.

O terceiro capítulo denomina-se *Crenças sobre a Medicação e Adesão Ao Tratamento*, tendo na sua estrutura os conceitos de adesão e as crenças que mais se relacionam com ela, bem como dados da investigação empírica e factores de risco associados à adesão.

O quarto capítulo denomina-se *A Espiritualidade Aplicada à Saúde Mental* e descreve dados sobre os mais recentes estudos de integração desta variável na compreensão e intervenção com os portadores de doença que utilizam a espiritualidade como estratégia de *coping*.

O quinto capítulo descreve a metodologia e os instrumentos utilizados para a concretização deste estudo e o sexto os resultados obtidos com a investigação.

No último capítulo tem lugar a *Discussão*, onde se discutem os resultados obtidos e se verifica a sua congruência/incongruência com os dados da investigação. Seguem-se as limitações e vantagens do estudo e sugestões para estudos futuros e implicações para a prática clínica.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Ao longo da primeira parte deste estudo, será apresentada uma breve revisão teórica sobre a temática em investigação. No primeiro capítulo será exposta uma caracterização da esquizofrenia em termos de características, diagnóstico, epidemiologia e tratamento. No capítulo dois é apresentado o modelo de auto-regulação do senso comum utilizado como pilar da investigação.

Por sua vez, o capítulo 3 irá basear-se na apresentação de conteúdos sobre a adesão ao tratamento, os factores associados quer à adesão quer à não adesão ao mesmo e ainda modelos existentes sobre a temática.

Finalmente, no capítulo 4 será abordado o tema da espiritualidade, numa óptica de distinção entre a mesma e a religião e ainda a exploração do seu envolvimento nos processos de doença.

Capítulo 1

Caracterização da Esquizofrenia

Ao longo deste capítulo serão abordados os aspectos fundamentais para compreender e categorizar a esquizofrenia, distinguindo-a dos restantes grupos nosológicos existentes em saúde mental. Assim, numa fase inicial será apresentado o conceito de perturbação mental, seguindo de uma apresentação da esquizofrenia e de dados epidemiológicos nacionais e mundiais bem como variáveis psicossociais associadas à esquizofrenia.

Ainda ao longo deste primeiro capítulo, serão apresentados os critérios de diagnóstico da esquizofrenia e os seus subtipos, bem como aspectos relacionados com o tratamento e prognóstico da doença.

1. 1. CONCEITO DE PERTURBAÇÃO MENTAL

Segundo a American Psychiatric Association (2000) o conceito de perturbação mental é o seguinte: *“síndrome ou padrão de sintomas comportamentais ou psicológicos clinicamente significativos que ocorrem num sujeito e que ocorrem com ansiedade actual (por exemplo um sintoma doloroso) ou incapacidade (por exemplo, incapacidade em uma ou mais áreas do funcionamento) ou com um risco significativamente aumentado de sofrer morte, dor, incapacidade ou uma perda importante da liberdade”* (p. XXXI).

1.2. ESQUIZOFRENIA: A DOENÇA

O termo psicótico era anteriormente usado quando resultasse em incapacidade que interferisse de forma acentuada com a realização das necessidades quotidianas. Este termo foi também definido conceptualmente como uma “perda de limites do eu” ou como um “marcado défice no teste de realidade”. No caso da esquizofrenia o termo psicótico refere-se a ideias delirantes, a quaisquer alucinações proeminentes, ao discurso desorganizado e ao pensamento desorganizado ou catatónico (American Psychiatric Association, 2000).

A esquizofrenia foi descoberta por Emil Kraemlin e Eugene Bleuler, tendo sido descrita, há cem anos atrás como uma “demência precoce” (Sedvall & Terenius, 2000).

Trata-se assim de uma perturbação mental que afecta as capacidades únicas que caracterizam a espécie humana: a capacidade de ter consciência, o pensamento e a linguagem (Sedvall & Terenius, 2000).

Desta forma, a esquizofrenia pode ser definida como uma doença que se manifesta com sinais e sintomas que abrangem toda a actividade mental humana, uma vez que se trata de uma doença cerebral que se manifesta nas actividades da mente, lesionando várias funções vistas com sendo especificamente humanas (Andraesen, 2000).

Dada a complexidade desta doença e o muito que ainda falta descobrir sobre ela, é importante ter em consideração alguns aspectos sobre a esquizofrenia. Esta perturbação mental aparece apresentando como sinais um conjunto de comportamentos e de processos mentais, que devem poder ser definidos com clareza suficiente para que seja possível distinguir entre esta e outras síndromes psiquiátricas. Porém, alguns aspectos desta psicopatologia podem sobrepor-se com outras condições

psicopatológicas. Deve-se portanto ter em linha de conta, que a esquizofrenia por si só não impede o aparecimento de outras doenças (Strauss & Carpenter, 1981b).

Por outro lado, a esquizofrenia é uma síndrome na qual se encontram compreendidas mais do que uma doença. Posto isto, e tendo em conta a complexidade humana, existe uma grande variabilidade na manifestação desta doença, bem como das suas consequências funcionais (Strauss & Carpenter, 1981b).

Dada a existência de processos sociais, psicológicos e biológicos envolvidos na doença, é importante que os profissionais de saúde trabalhem com mecanismos genéticos, bioquímicos e neuropsicológicos por um lado, mas também com mecanismos psicológicos sociais e culturais por outro, de forma a obter bases suficientemente amplas para compreender a esquizofrenia (Strauss & Carpenter, 1981b).

1.3. EPIDEMIOLOGIA DA ESQUIZOFRENIA – PADRÕES DE OCORRÊNCIA MUNDIAIS E NACIONAIS

1.3.1. Epidemiologia: Panorama Mundial

Nos documentos da Organização Mundial de Saúde estima-se que cerca de 24 milhões de pessoas possuem esquizofrenia, sendo que a esquizofrenia se encontra entre as primeiras seis afecções neuropsiquiátricas das 20 que provocam maior incapacitação (OMS, 2002).

O CGD - *Centre Georges Devereux* (2000, cit in OMS, 2002) estima que a prevalência da esquizofrenia seja de 0,4%. Segundo a OMS (2002), quando tomados efectivamente, os medicamentos podem reduzir para metade o risco de reincidência, ajudando ainda o paciente a beneficiar de outras formas de tratamentos psicossociais, mas salienta-se também que a adesão ao tratamento é muito baixa por parte destes doentes.

Segundo a American Psychiatric Association (2000) a esquizofrenia tem sido observada um pouco por todo o mundo, sendo a sua prevalência muitas vezes situada entre os 0,5 e 1,5%, no âmbito das doenças mentais.

1.3.2. Epidemiologia: Panorama Nacional

No censo de 2001 verificou-se, na distribuição de grupos de patologias a nível nacional, que as esquizofrenias foram as patologias mais frequentes com 3556 doentes, o que representa 21,2% das patologias que procuram os cuidados de saúde da psiquiatria, logo seguidas das depressões (Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental, 2004).

Na distribuição por sexo verificam-se 2314 (65,1%) casos em sujeitos do sexo masculino e 1242 (35,5%) casos em sujeitos do sexo feminino num total de 3556 casos com este diagnóstico (Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental, 2004).

No que respeita à distribuição por idade, os censos indicam que entre os 15 e os 34 anos se registaram 673 (20,2%) casos com esquizofrenia. Entre os 35 e os 64 anos registaram-se 2136 (22,8%) diagnósticos de esquizofrenia e finalmente, com mais de 64 anos 718 casos de esquizofrenia o que representa 24,2% do total de diagnósticos, sendo a esquizofrenia, nesta faixa etária, o diagnóstico mais frequente (Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental, 2004).

No internamento, as esquizofrenias foram a principal causa da procura de cuidados, com 2378 doentes (36,5%) dos quais 1533 (64,5%) pertenciam ao grupo do sexo masculino e 845 (35,5%) pertenciam ao grupo do sexo feminino (Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental, 2004).

Relativamente à presença em consulta externa, acorreram 1083 casos com o diagnóstico de esquizofrenia representando 12,4 % do total de diagnósticos, entre os quais 727 (67,1%) dos doentes são do sexo masculino e 356 (32,9%) do sexo feminino. Ao serviço de urgência acorreram, no total, 99 casos (6,7%) por esquizofrenia (Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental, 2004).

Numa análise geral, as esquizofrenias fazem parte das patologias mais frequentes que levam os utentes a procurar os serviços de Psiquiatria em Portugal com um total de 21%, sendo que as esquizofrenias, em conjunto com os atrasos mentais correspondem a 2/3 dos internamentos em psiquiatria (Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental, 2004).

Desta forma, sendo a esquizofrenia uma das doenças mentais mais preocupantes em termos de saúde mental, não só em Portugal como em todo o Mundo, é necessário aprofundar o seu estudo, no sentido de procurar aumentar a adesão ao tratamento, uma vez que existem já tratamentos consideravelmente eficazes que ajudam a melhorar a qualidade de vida e os prognósticos destes pacientes (Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental, 2004).

1.3.3. Variáveis Psicossociais e Demográficas na Esquizofrenia

Vários estudos epidemiológicos sugerem que alguns grupos em particular são mais susceptíveis ao desenvolvimento da esquizofrenia do que outros.

Desta forma, podemos considerar o facto de a esquizofrenia possuir uma maior prevalência nuns grupos do que em outros o que se pode dever a factores sociais e/ou genéticos, podendo estes factores também ser concebidos como consequências da própria doença. Assim Kohon (s/d cit in Strauss & Carpenter, 1981c) levantou a hipótese de haver um fenómeno de classes sociais, sugerindo a existência de uma estrutura no tecido social bem como experiências de pessoas de classe social baixa com um maior stress e possuindo mecanismos de coping menos flexíveis que podem contribuir para uma vulnerabilidade à esquizofrenia.

Um outro padrão demográfico, segundo Strauss & Carpenter (1981c) interessante na esquizofrenia é a sua distribuição e prevalência por idade e sexo. Apesar de podemos considerar que, de uma forma geral a esquizofrenia ocorre quer em sujeitos do sexo masculino quer em sujeitos do sexo feminino, o início da doença é mais precoce nos homens, com entradas no hospital de sujeitos com sintomas com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos de idade o que se revela mais tardio nas mulheres, que contrariamente à tendência do género masculino possuem entradas no sistema de saúde com idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos de idade.

1.4. CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é assim uma perturbação que dura pelo menos seis meses e inclui pelo menos um mês de fase de sintomas activos ou seja, dois ou mais dos seguintes sintomas: ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado, comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico e sintomas negativos (American Psychiatric Association, 2000).

Esta perturbação mental tem como características um conjunto de sinais e sintomas característicos que podem ser positivos (excesso ou distorção das funções normais) ou negativos (diminuição ou perda de funções normais): ideias delirantes; alucinações, discurso desorganizado; comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico; sintomas negativos como embotamento afectivo, alogia ou avolição (American Psychiatric Association, 2000).

Estes sintomas devem estar presentes pelo menos durante 1 mês (ou um período mais curto no caso de tratamento bem sucedido, com sinais de perturbação

persistindo pelo menos durante 6 meses (Critérios A e C) (American Psychiatric Association, 2000).

Os sinais e sintomas estão associados a uma disfunção social e ocupacional marcada (Critério B). As alterações não se devem a perturbação esquizoaffectiva ou a uma perturbação do humor com características psicóticas e não é devida aos efeitos fisiológicos directos de uma substância ou de um estado físico geral (Critérios D e E) (American Psychiatric Association, 2000).

No caso de sujeitos com diagnóstico prévio de perturbação autística (ou outra Perturbação Global do Desenvolvimento) o diagnóstico adicional de esquizofrenia apenas se justifica se as ideias delirantes ou alucinações proeminentes estiverem presentes pelo menos durante um mês (Critério F) (American Psychiatric Association, 2000).

Os sintomas que caracterizam a esquizofrenia envolvem um conjunto de disfunções cognitivas e emocionais que incluem percepção, pensamento indutivo, linguagem e comunicação, comportamento, afecto, fluência e produção do pensamento e do discurso, capacidade hedónica, vontade e impulsos e atenção. Há que ter em conta que o diagnóstico inclui uma constelação de sinais e sintomas associados à incapacidade de funcionamento ocupacional e social (American Psychiatric Association, 2000).

1.4.1 SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA

1.4.1.1. Esquizofrenia de tipo Paranóide

A esquizofrenia de tipo paranóide tem como principal característica a presença de ideias delirantes dominantes ou alucinações auditivas, num contexto de relativa preservação das funções cognitivas e do afecto (American Psychiatric Association, 2000).

As ideias delirantes presentes neste tipo de esquizofrenia são tipicamente persecutórias ou de grandeza, ou ambas, mas podem também ocorrer ideias delirantes com outra temática. As ideias delirantes podem ser múltiplas, mas estão geralmente organizadas em torno de um tema coerente (American Psychiatric Association, 2000).

Na esquizofrenia de tipo paranóide o sujeito pode apresentar uma postura de superioridade, de comando, afectação, formalismo ou uma extrema intensidade nas relações interpessoais (American Psychiatric Association, 2000).

O início da esquizofrenia de tipo paranóide tende a ser mais tardio em relação aos outros tipos de esquizofrenia e as características distintivas podem ser mais estáveis no tempo que nas restantes (American Psychiatric Association, 2000).

Para que ocorra o diagnóstico de esquizofrenia de tipo paranóide (código 295.30) devem estar presentes os seguintes critérios de acordo com a American Psychiatric Association (2000):

- Preocupação com uma ou mais ideias delirantes ou alucinações auditivas frequentes (critério A);
- e não predominância de sintomas como o discurso desorganizado, bem como de comportamento desorganizado ou catatónico. Também não deve ser predominante o afecto embotado ou inapropriado (critério B)

1.4.1.2. Esquizofrenia de tipo Residual

O diagnóstico de esquizofrenia de tipo residual (código 295.60) é utilizado quando tenha existido pelo menos um episódio de esquizofrenia, mas no actual quadro clínico não existe evidência de sintomas psicóticos positivos dominantes (como por exemplo as ideias delirantes, as alucinações e o discurso ou o comportamento desorganizados) (American Psychiatric Association, 2000).

Esta perturbação traduz-se sobretudo na presença de sintomas negativos ou de dois ou mais sintomas positivos mas de uma forma atenuada. A evolução do tipo residual pode estar limitada no tempo e representar uma transição entre um episódio completo e uma remissão completa (American Psychiatric Association, 2000).

Para que seja realizado o diagnóstico de esquizofrenia de tipo residual é necessária a presença dos seguintes critérios no quadro clínico:

- A ausência de ideias delirantes dominantes, de alucinações, de discurso desorganizado, bem como a ausência de comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico (Critério A);
- Deve existir evidência constante da perturbação, traduzida pela presença de forma atenuada de sintomas negativos ou de dois ou mais sintomas presentes no critério A da esquizofrenia (como por exemplo crenças estranhas, experiências perceptivas estranhas).

1.5. TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA

1.5.1. Estádios Clínicos da Esquizofrenia

Ao longo do tempo, têm sido realizadas várias abordagens para definir os estádios clínicos da esquizofrenia. O American Psychiatric Association Treatment Guidelines for Schizophrenia (American Psychiatric Association, 1997 citado por Marder & Wirshing, 2003) propõe três estádios de tratamento.

A fase aguda começa quando os pacientes experienciam um episódio psicótico e termina quando existe a remissão dos sintomas. À medida que os sintomas melhoram, os pacientes entram no segundo estágio durante o qual, apesar de melhorarem, se encontram mais vulneráveis a piorarem em determinadas circunstâncias tais como stressores ambientais ou mudanças nos tratamentos farmacológicos. Este estágio pode durar vários meses até que os pacientes entrem na fase de estabilização (Marder & Wirshing, 2003).

Quando a doença se encontra em fase aguda, é necessário considerar várias possibilidades, na medida em que existem inúmeros factores que podem estar na origem desta exacerbação tais como: agravamento da própria doença, não adesão ao tratamento, abuso de substâncias, crise psicossocial, efeitos toxicológicos da própria medicação, entre outros. Desta forma, identificar as causas da exacerbação dos sintomas é importante, de forma a maximizar o tratamento na fase aguda e a planear acções futuras nas fases de estabilização (Rosenbaum, Arana, Hyman, Lobbate & Fava, 2005).

Apesar de o decurso da doença poder ser pautado por exacerbações seguidas de períodos com menos sintomas psicóticos proeminentes, a esquizofrenia é uma doença crónica que, ao longo dos anos, provoca uma deterioração e diminuição de função e, geralmente incapacidade para manter uma vida activa (Rosenbaum et al., 2005).

1.5.2. Medicação

As drogas psicotrópicas utilizadas na esquizofrenia baseiam-se em compostos neurolépticos com capacidade de produzir estados de calma e indiferença sem perder a consciência. A designação utilizada para esta medicação é, normalmente a de anti-psicóticos (Silverstone & Turner, 1995b).

Os anti-psicóticos podem ser agrupados em três categorias: de acordo com a sua configuração química, com as suas especificidades farmacológicas e com o espectro de acções clínicas (Silverstone & Turner, 1995b).

A medicação anti-psicótica é escolhida e adequada sempre que haja necessidade de o fazer, ou seja, são escolhidos anti-psicóticos para controlo inicial da esquizofrenia (logo após o aparecimento dos primeiros sintomas), para tentar melhorar os sintomas específicos, existindo também um tipo de tratamento específico para a esquizofrenia mais crónica, causada pela não adesão aos tipos de medicação anteriormente descritos, de tal forma que se verifica a necessidade de efectuar compostos injectáveis que substituam a medicação por via oral (Silverstone & Turner, 1995b).

A investigação tem mostrado que as drogas antipsicóticas são eficazes no controlo das exacerbações agudas da esquizofrenia e também para a manutenção das fases de estabilidade (Rosenbaum et al., 2005).

Considera-se porém que a utilização de drogas antipsicóticas é mais eficaz no tratamento dos sintomas positivos do que no tratamento dos sintomas negativos. Porém, esta acaba por ser apenas uma suposição pois normalmente os sintomas negativos respondem de uma forma positiva ao tratamento. Além disso, alguns dos sintomas positivos como por exemplo as alucinações resistem aos tratamentos anti-psicóticos (Rosenbaum et al., 2005).

Diferentes investigações nesta área têm demonstrado que o tratamento com drogas antipsicóticas pode, a longo prazo, aumentar o espaço de tempo entre crises agudas da doença (Rosenbaum et al., 2005).

1.5.2.1. Efeitos secundários da medicação

Interessa, para o decurso deste estudo, perceber alguns efeitos secundários da medicação prescrita para os casos de esquizofrenia.

O primeiro tipo de efeitos secundários são claramente agudos, ou seja permanecem enquanto o paciente está sob o efeito da medicação e cessa logo que o seu efeito desaparece. A *distonia aguda* consiste na contracção involuntária dos músculos esqueléticos, mais frequentemente verificada na cabeça e no pescoço. A *distonia* pode dar lugar a crises que começam por um estado fixo ao qual se segue um descontrolo do globo ocular, hiper-extensão do pescoço e o abrir a boca. Estas crises podem durar horas até uma súbita remissão (Silverstone & Turner, 1995c).

Um outro efeito secundário da medicação é o *pseudo-parkinsonismo* que se assemelha bastante às mímicas parkinsonianas, com perda de expressão facial e o característico temor da cabeça e das mãos (Silverstone & Turner, 1995c).

Para além dos efeitos secundários aqui descritos existem outros padrões que afectam alguns pacientes sob o efeito de anti-psicóticos e que são determinantes várias vezes para a decisão de continuar ou para de tomar a medicação (Silverstone & Turner, 1995c)

1.6. PROGNÓSTICO NA ESQUIZOFRENIA: EVOLUÇÃO DA DOENÇA

Também o prognóstico dos pacientes com esquizofrenia varia bastante, existindo uma grande panóplia de funcionamentos possíveis. A evolução da doença não pode ser compreendida logo a partir do seu início, motivo pelo qual os factores sócio-ambientais interagem com o indivíduo doente de forma que se pode esperar que estes mesmos factores contribuam ou impeçam uma boa recuperação das fases agudas da doença (Strauss & Carpenter, 1981a).

O impacto da deterioração, quando esta ocorre, de um paciente com esquizofrenia é devastador para o próprio paciente, para a sua família e amigos. Contudo, existem pacientes com uma evolução favorável da doença. Apesar de muitas vezes se considerar que o diagnóstico de esquizofrenia resulta certamente em deterioração, este pode não ser necessariamente o caso, o que Strauss & Carpenter (1981a) procuram explicar. A primeira explicação, é o facto de poderem haver erros de diagnóstico, ou por utilização de critérios errados ou então por existência de outra patologia que levou a uma avaliação errada, por exemplo, a psicose esquizofreniforme pode ser facilmente confundida com a esquizofrenia.

A segunda explicação dos autores para uma evolução favorável na esquizofrenia passa pela crença de que a esquizofrenia é uma doença que compreende mais do que uma entidade nosológica. Os conceitos de personalidade pré-mórbida boa/má, o facto de ser reactiva ou processual, com bons ou maus prognósticos nos diferentes subtipos, originaram diferentes subclassificações de esquizofrenia dando a ideia de que existem dois ou mais subtipos de real esquizofrenia com diferentes prognósticos.

Contudo, tal como já foi referido anteriormente, existem várias variáveis que interferem na evolução da doença como por exemplo os factores sócio-ambientais ou a personalidade na infância, todas elas com implicações para o prognóstico e evolução da doença quer vendo-as de forma dicotómica (boa/má), quer concebendo-as como um contínuo (Strauss, & Carpenter, 1981a).

Finalmente, podemos também conceber o conceito de “Funcionamento” como multidimensional, o que pode também representar uma explicação plausível para a grande heterogeneidade de evoluções possíveis nesta psicopatologia. Esta concepção recente que começou a ser aplicada aos hospitais psiquiátricos mudou bastante o curso dos internamentos dos pacientes com esquizofrenia, uma vez que as instituições passaram a percebê-los como pacientes com capacidades, tratando-os num contexto comunitário e respeitando as suas necessidades (Strauss, & Carpenter, 1981a)

Depois de uma exploração da esquizofrenia e das principais características da doença, do tratamento e da incidência proceder-se-á à apresentação dos modelos cognitivos de doenças, com especial incidência sobre o modelo de auto-regulação do senso comum de Leventhal, uma vez que será este o modelo sobre o qual a investigação empírica irá incidir.

2. MODELOS COGNITIVOS E REPRESENTAÇÕES DE DOENÇA

2.1. MODELOS COGNITIVOS

De forma a melhor perceber o papel que cada sujeito possui nos seus processos de doença, importa reportar à forma como a informação sobre saúde e doença se organiza na mente dos sujeitos, motivo pelo qual se procederá a uma breve exploração dos modelos cognitivos de doença.

A forma como se concebem os termos saúde e doença tem assistido a grandes alterações. Assim, o facto de se estar doente deixa de ser um termo exclusivamente médico passando a ser também concebido no âmbito das experiências pessoais que cada pessoa possui sobre o seu estado de saúde. Desta forma, segundo Lau (1997) passa-se da explicação dos sinais e sintomas de uma doença com características meramente biológicas que cabe aos diagnósticos, para assumir um valor idiossincrático, inerente ao sujeito que os experiencia.

O termo cognição refere-se, segundo Gochman (1997) aos *“processos de pensamentos pessoais que servem como pontos de referência para organizar as experiências”* (p.42). As crenças, as expectativas, as percepções, valores, motivações e atitudes dão à pessoa formas de filtrar, interpretar, compreender e predizer acontecimentos.

Desta forma, segundo Gochman (1997) o termo cognições de saúde refere-se a crenças, expectativas, valores, motivos e atitudes que dão aos sujeitos pontos de referência para organizar e avaliar os níveis de *health* (saúde), *illness* (associado a sentir-se doente), *disease* (associado a estar-se doente e a entidades nosológicas traduzidas em sintomas físicos e condições orgânicas, passíveis de diagnóstico médico) e *sickness* (relativo a comportar-se como doente, ou seja, refere-se aos comportamentos relacionados com pessoas rotuladas como não saudáveis) quer estas cognições tenham ou não comprovações empíricas com a realidade, sendo ou não objectivamente válidas.

É então necessário fazer uma distinção entre os termos *disease* e *illness*, sendo que o primeiro diz respeito a anormalidades orgânicas e/ou biológicas no organismo humano e, o segundo diz sobretudo respeito à percepção subjectiva de anormalidade. Desta forma a *disease* pode existir na ausência de qualquer percepção de doença do mesmo modo que pode existir a percepção de doença sem que exista um substrato biológico e/ou orgânico inerente. É também de notar que a percepção de doença pode variar bastante entre pessoas com uma mesma *disease*, podendo as percepções da

própria doença e as consequências percebidas da mesma determinar o decurso da doença (Lau, 1997).

As teorias cognitivas na investigação sobre os comportamentos de saúde incluem modelos sobre a forma como a saúde e a doença se encontram representadas ou organizadas dentro das estruturas cognitivas dos indivíduos (Gochman, 1997).

Tendo em conta a importância da percepção que cada sujeito possui acerca do seu estado de saúde, surgiu a necessidade de identificar a forma como o organismo responde quando se vê perante uma ameaça.

2.1.1. MODELO DE AUTO-REGULAÇÃO DO SENSO COMUM

2.1.2. CARACTERÍSTICAS DO MODELO DE AUTO-REGULAÇÃO DO SENSO COMUM

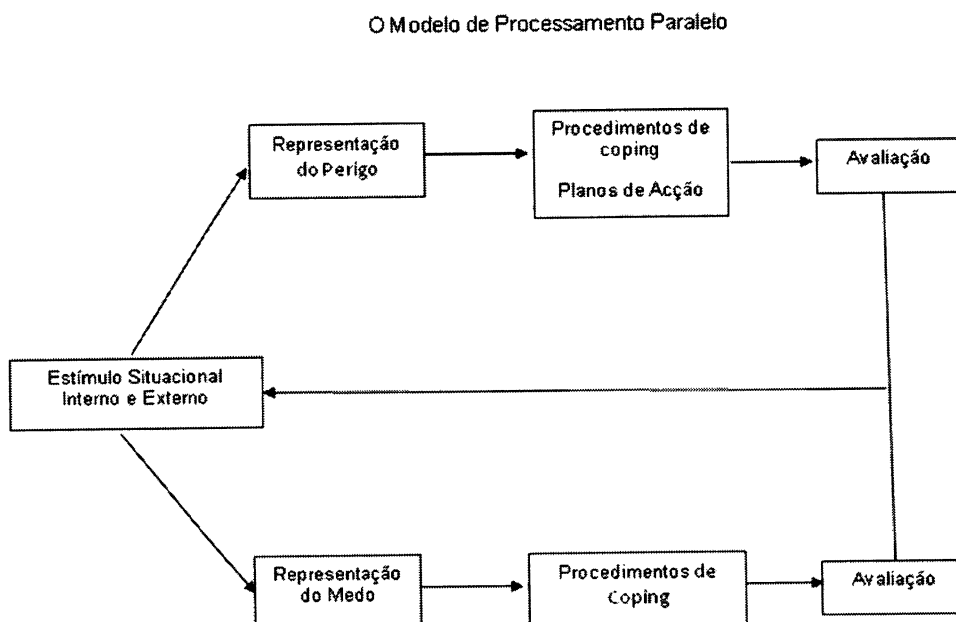
2.1.2.1. Origens do Modelo de Auto-Regulação do Senso Comum

Virtualmente, todos os modelos constroem a auto-regulação como um processo sistemático que envolve esforços conscientes para modular pensamentos, emoções e comportamentos para cumprir os seus objectivos dentro de um ambiente em mudança (Zeidner et al, 2000 cit in Cameron & Leventhal, 2003). Trata-se de um sistema motivacional dinâmico para alcançar objectivos, desenvolver estratégias para os alcançar, avaliar os progressos e rever os objectivos bem como as estratégias.

As respostas emocionais são assim, também elas, elementos fundamentais para os sistemas motivacionais na medida em que dirigem as respostas para avaliações dos progressos realizados para alcançar os objectivos à medida que as experiências vão sendo reguladas e vão também influenciando as cognições e por sua vez os comportamentos (Cameron & Leventhal, 2003).

Desta forma, podemos considerar que a auto-regulação descreve o processamento paralelo de objectivos, quer focados nos problemas quer focados nas emoções, em conjunto com os processos cognitivos e comportamentais, simultaneamente dedicados ao controlo do problema de saúde objectivo e à regulação do *distress* emocional. Este processamento paralelo foi claramente identificado por Lazarus e Folkman (1984) tal como pode ser observado na figura 2.1.

Figura 2.1 - O Modelo de Processamento Paralelo



Fonte: Leventhal, Brissette & Leventhal (2003), p. 46

O termo “resolução de problemas” é muitas vezes utilizado para se referir a uma acção propositada: delimitação de objectivos, verificação do estado actual relativamente a esses objectivos, selecção e activação de estratégias para alcançar esses objectivos, remover obstáculos para a concretização de objectivos e determinar a utilidade da implementação de estratégias. Desta forma, existem várias actividades quotidianas que podem ser caracterizadas através desta resolução consciente de problemas, assumindo que aplicamos estas fases a uma vasta gama de acções, em vez de utilizar as funções executivas de uma forma mais complexa (Cameron & Leventhal, 2003).

O essencial da resolução de problemas foi aplicado ao modelo de auto-regulação ainda que mediante a utilização de rótulos diferentes. Os objectivos são representados por valores de referência; a análise do estado actual vai funcionar com a função de input; a selecção e implementação de estratégias para alcançar os objectivos, reduzir as barreiras para nos aproximarmos dos objectivos desejados adquire a função de output; o processo utilizado para avaliar se as estratégias escolhidas estão a ser bem sucedidas para alcançar os objectivos, ou aproximar-se deles vai funcionar como um elemento comparativo (Powers, 1974, citado por Cameron & Leventhal, 2003).

Os princípios de auto-regulação começaram com base nos princípios do controlo cibernéticos, postulando um feedback simples TOTE (*test, operate, test, exit*) através do qual o sistema em auto-regulação testa o seu estado actual perante os valores de referência, altera-se para produzir o output que altera o input aproximando-se assim dos valores de referência, testando novamente o input com os valores de referência, repetindo este processo até que seja alcançado um grau satisfatório de concordância entre o input e a referência de modo que o sistema deixe de produzir outputs (Cameron & Leventhal, 2003).

O modelo TOTE pode ser considerado um mecanismo que nos dá um modelo genérico para conceptualizar o feedback dos sistemas podendo ser aplicado a sistemas físicos bem como a sistemas biológicos. Porém este modelo não nos diz o que está a ser regulado e a forma como esta regulação é encontrada, o que é fundamental para compreender a forma como os organismos biológicos funcionam, incluindo a forma como os seres humanos protegem a sua saúde e o modo como evitam a doença (Cameron & Leventhal, 2003).

Desta forma, o termo auto-regulação refere-se não só ao facto de o sistema se poder organizar para alcançar os objectivos desejados, mas também ao facto de poder ser regulado em termos da sua “maquinaria física” e aos recursos funcionais em si. Os objectivos da auto-regulação são constituídos pelas experiências perceptuais concretas, as experiências físicas ou sintomas, o humor ou emoções ou sentimentos de vigor e competência gerados pelo *self* psicológico e biológico. Os procedimentos e estratégias escolhidos para a regulação são definidos em função da dimensão da ameaça para a saúde, bem como os recursos disponíveis para o contexto e cultura individual e social do sujeito (Cameron & Leventhal, 2003).

Segundo Cameron & Leventhal (2003) a auto-regulação é, assim, uma descrição das propriedades dos sistemas e a conotação com o rótulo do que está a ser regulado, enfatizando o conteúdo. Adicionando esta vertente do conteúdo, não só permite a formulação de hipóteses mais específicas como também introduz novos mecanismos funcionais e estruturais no sistema auto-regulado.

Desta forma, podemos afirmar que o modelo de senso comum acaba por ser uma extensão do modelo de processamento paralelo da informação. Um indivíduo não consegue formular modelos estruturais da mente sem antes especificar o conteúdo das situações e dos comportamentos, pelo que se revelou necessário identificar os conteúdos para que depois se possa analisar o processo cognitivo que lhes está subjacente. Tendo por base estes factores, a investigação com base no modelo do senso comum tem procurado identificar elementos estáveis e universais do conteúdo da

cognição da doença, dado que a doença é intrínseca à condição humana. (Leventhal & Nerenz, 1985).

2.1.2.2. Aplicação do modelo de Auto-Regulação do Senso Comum à Saúde

A auto-regulação pode ser definida como o processo através do qual os indivíduos monitorizam e ajustam o seu comportamento, pensamentos e emoções de forma a manter o equilíbrio e um sentido de funcionamento normal (Morrinson & Bennet, 2009).

Os modelos de auto-regulação começaram a partir da preposição de que as pessoas, quando se deparam com um problema, activamente tentam resolvê-lo e lidar com ele. São considerados três estádios na resolução de problemas sendo eles a interpretação (face a uma mudança no ambiente normal e equilibrado, surge a representação ou compreensão do problema), o *coping* (quando se planeia e executa um conjunto de acções com o objectivo de retornar ao estádio de equilíbrio) e a avaliação (quando o sucesso das estratégias de *coping* é avaliado e, no caso de terem sido ineficazes, desenvolvem-se novas interpretações e estratégias de coping (Lau, 1997).

No domínio da saúde, o estádio de interpretação pode ser marcado por mudanças nas sensações somáticas (Lau, 1997). Segundo o modelo de auto-regulação, as sensações somáticas e sociais fazem com que se activem vários procedimentos que permitem à pessoa definir o seu significado e agir no sentido de remover qualquer risco, e retornar ao normal e a um equilíbrio saudável. Para que encontre estratégias de acção a pessoa baseia-se no conhecimento armazenado bem como em experiências de outras pessoas com sintomas semelhantes.

A principal diferença entre o modelo de auto-regulação e o modelo do senso comum é que as representações cognitivas, no caso do modelo de auto-regulação, são desencadeadas simultaneamente à percepção de desvio do equilíbrio. Assim, as emoções podem ser o resultado directo de alguns sintomas somáticos que desencadeiam o estádio inicial de interpretação, podendo também surgir como consequência da interpretação inicial ou ainda a reacção emocional poder influenciar a interpretação inicial do problema (Lau, 1997).

Além disso, qualquer mecanismo de coping deve lidar quer com as consequências cognitivas quer com as consequências emocionais da representação inicial da ameaça para a saúde (Lau, 1997).

Desta forma, segundo Lau (1997) na fase de avaliação ocorrem os seguintes processos:

- Na primeira fase, quando a pessoa percebe uma potencial ameaça para a sua saúde, constrói uma interpretação (cognitiva e emocional) para essa mesma ameaça baseada na experiência pessoal anterior sobre as características biológicas e os sintomas percebidos.

- Numa segunda fase, as interpretações cognitivas e emocionais sobre a ameaça guiam a selecção de um plano designado para lidar com a ameaça. Este plano é concebido com os seguintes objectivos: definir a ameaça para a saúde de uma forma mais precisa e eliminar a ameaça.

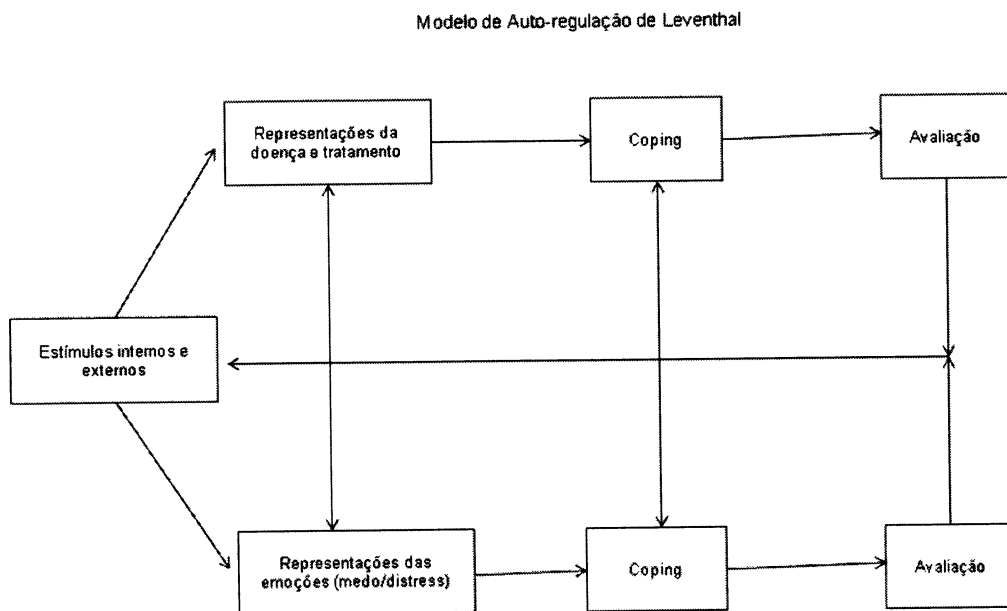
- Finalmente, numa terceira fase, a interpretação inicial não só guia a acção e o plano de coping como estabelece critérios para avaliar o sucesso do plano. Se o sucesso for negativo, o processo recomeça.

Leventhal & Nerenz (1985) descrevem o modelo do senso comum como sendo activado por um episódio comportamental que parece ser o produto por detrás do qual existe um sistema de controlo que pode ser dividido em três componentes ou estádios. Esta organização é, por vezes, directamente visível na organização da experiência e do comportamento:

- *Representações do problema:* a representação de um problema envolve um conjunto de atributos que identificam ou especificam características do problema e objectivos de acção.
- *Plano de acção:* o conjunto de respostas de coping percebidas como relevantes para a representação do problema, o que consiste num conjunto de comportamentos e explicações relativamente à sua eficácia ou impacto no problema correntemente definido.
- *Processo de avaliação:* um conjunto de regras para comparar as pré e pós relações entre as acções do organismo dos objectivos estabelecidos. O processo de avaliação avalia a medida na qual o movimento ocorreu de acordo com os objectivos especificados.

Estes processos podem ser observados na figura 2.2.

Figura 2.2. Modelo de Auto-Regulação de Leventhal



Fonte: Leventhal, Leventhal e Shafer (1991).

Assim, em cada estágio, é possível distinguir e definir atributos específicos no conteúdo destas variáveis e processos específicos (Leventhal & Nerenz, 1985).

2.1.3. As representações de doença

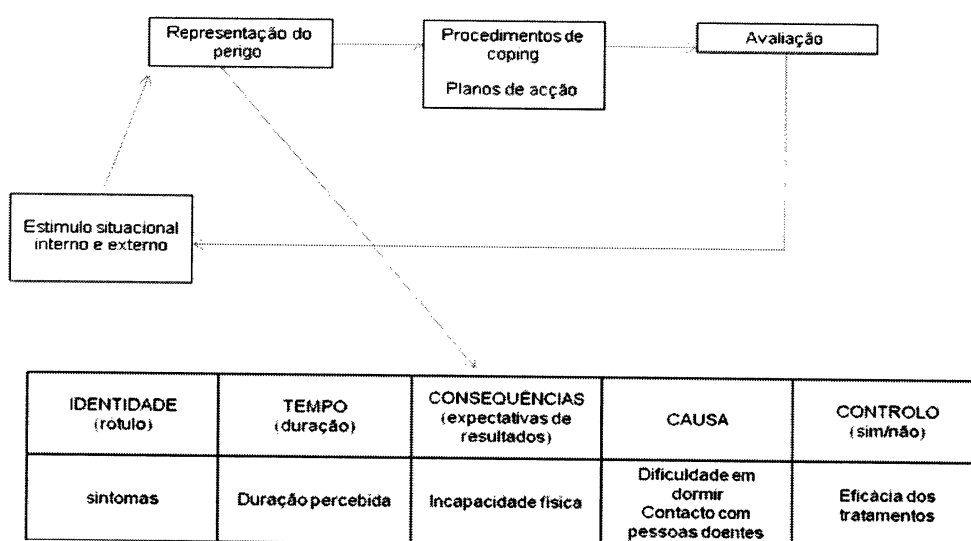
No que respeita às representações de doença, estas são multidimensionais e as dimensões, por sua vez, possuem multi-níveis, ou seja, podem ser definidas quer em termos abstractos quer em termos concretos o que constitui um factor crítico para as cognições de doença e para a compreensão do comportamento durante um episódio de doença. Porém foram identificados quatro atributos que parecem comuns à maioria das representações de doença (Leventhal & Nerenz, 1985).

- *A identidade:* variáveis que identificam a presença ou ausência de doença. A doença pode ser identificada de forma abstracta através de

rótulos (cancro, ataque cardíaco), de forma concreta através de sinais (sangrar) e ainda de acordo com os sintomas (dores, náuseas, etc.).

- **Duração:** o tempo de duração percebido para o desenvolvimento e duração da ameaça. A duração encontra-se implícita em todos os atributos da representação, em cada plano de acção e em cada acção. A duração pode ser caracterizada como aguda (de curta duração), crónica, ou cíclica/episódica.
- **Consequências:** as consequências percebidas a nível físico, social e económico (por exemplo, vergonha ou desespero)
- **Causas:** inclui as ideias que o sujeito possui acerca das causas possíveis para o aparecimento da sua doença, podendo estas ser internas (como por exemplo factores genéticos, ou externas (como por exemplo factores como o stress, ou mesmo aspectos alimentares).
- **Controlo:** diz sobretudo respeito às crenças sobre a forma como a doença pode ser curada ou controlada, bem como o grau no qual o indivíduo se encontra envolvido nestes processos.

Figura 2.3. os cinco domínios das representações de doença



Fonte: Leventhal, Brissete e Leventhal (2003, p. 50)

Estes cinco componentes descrevem a arquitectura que ajuda as pessoas a organizar e a processar a informação sobre a sua doença, mas que também lhes diz o que esperar quando ficam doentes (Lau, 1997).

Desta forma, tendo em conta as representações e os seus atributos, cada pessoa pode estar consciente dos seus esforços activos para suprimir o medo e encontrar uma definição benigna para os sintomas da doença/ameaça. É, porém, menos provável que estejam conscientes do processo automático inicial que dá lugar, por exemplo, a uma interpretação de cancro (Leventhal & Nerenz, 1985).

De acordo com Leventhal, & Nerenz, (1985), a regulação cognitiva assim como a regulação emocional são necessárias para que possamos organizar e executar, de uma forma bem sucedida, as nossas acções dirigidas para a concretização de determinados objectivos.

2.1.4. Investigações aplicadas à doença física tendo por Base o Modelo De Auto-Regulação do Senso Comum De Leventhal

Neste modelo existe a visão de que os comportamentos de saúde são guiados em função de um processo interactivo no qual as pessoas integram estímulos internos e externos às estruturas cognitivas existentes, de forma a dar significado à sua experiência pessoal, o que faz com que em vez de passivamente reagirem ao estímulo externo criem significados sobre a sua própria experiência e guiem os seus planos de acção e estratégias de coping para lidarem com a ameaça para a sua saúde (Bishop, 1991).

Esta concepção trás implicações como a existência de um modelo de doença implícito, no qual os sintomas definem a doença e a doença é compreendida tendo por base os sintomas envolvidos (Bishop, 1991).

Assim, os esquemas de doenças são vistos como esquemas de doenças individualizados, ou seja, representações idealizadas dos sintomas e de outros atributos associados a diferentes doenças (Bishop, 1991).

Tendo por base investigações conduzidas por Bishop (1991), quando uma pessoa experiencia sintomas físicos, ela interpreta-os trazendo à memória os protótipos de várias doenças. Porém as categorias de doenças existentes na sua memória não se encontram estrategicamente organizadas, estando antes dispostas de uma forma confusa, uma vez que a pessoa possui alguma flexibilidade na definição de categorias de doenças, o que faz com que não seja necessária uma adequação perfeita entre os sintomas e a doença (Bishop, 1991).



Para além disso, ao procurar o rótulo para a sua doença, os seus sintomas vão adequar-se melhor a uma doença menos grave do que a uma doença crónica ou de gravidade superior. Bishop & Converse (1986), estudaram a existência de protótipos, ou seja, de categorias de doenças organizadas nas estruturas cognitivas dos indivíduos e concluíram que a existência destes protótipos parece influenciar o processo de identificação dos estados de doença a partir dos sintomas e também o processamento bem como a recordação de informação sobre os episódios de doença, aspectos estes que acabam por ser determinantes para um auto-diagnóstico, assim como para a procura de cuidados médicos.

As percepções e representações de doença influenciam também outros factores determinantes quando é detectada uma doença. Weinman, Petrie, Moss-Morris & Horne (1996) no seu estudo, concluíram que os modelos dos doentes variam bastante entre diversas doenças crónicas e, mais interessante que isso, mesmo entre doentes com a mesma doença e a mesma severidade. Assim, por exemplo, para umas pessoas a diabetes pode ser vista como “um mal menor” ou seja, uma condição limitada no tempo causada por uma dieta alimentar caracterizada por grandes consumos de açúcares ao passo que para outras pessoas com o mesmo diagnóstico a diabetes torna-se numa condição genética que vai durar para o resto das suas vidas trazendo consigo consequências catastróficas.

Contudo, há que ter em conta que as percepções de doença não determinam apenas os procedimentos de coping que os sujeitos vão escolher. Elas são também determinantes e a sua relação com a evolução da doença e factores como a adesão ao tratamento, o distress emocional e a incapacidade relacionada com a doença (Horne, 1997; Weinman et al., 1996).

Numa amostra de pacientes com enfarte do miocárdio, mostrou-se que as crenças dos pacientes sobre o seu ataque cardíaco após a admissão no hospital prediziam não só a adesão a um programa de reabilitação, como também a rapidez com que os pacientes voltavam ao seu local de trabalho e reencontravam o seu normal funcionamento (Petrie, Moss-Morris & Weinman, 1995).

Também tem sido demonstrado que as pessoas que catastrofizam as consequências da sua doença no que respeita ao seu presente estado físico, têm uma maior probabilidade de reportar maiores níveis de fadiga e de serem incapazes de trabalhar e voltar ao seu funcionamento diário normal (Petrie et al., 1995).

2.1.5. Percepção De Doença: Investigações na Esquizofrenia e outras Doenças Mentais

As percepções de sintomas são maioritariamente organizadas em esquemas cognitivos ou crenças que os pacientes possuem. Estas percepções tornam-se fundamentais, pois são determinantes para os comportamentos adquiridos pelos pacientes, estando associadas à adesão ao tratamento e à sua recuperação funcional (Petrie, Jago & Devich, 2007).

Weinman & Petrie (1997) defendem que as percepções de doença dizem sobretudo respeito ao modelo de doença que o próprio indivíduo constrói sobre a sua condição. Destes modelos, podem emergir muitas vezes enviesamentos cognitivos que servem para minimizar os efeitos da doença ou do tratamento que podem representar verdadeiros obstáculos no ajustamento à doença.

Apesar de se esperar que os pacientes com esquizofrenia que acreditam que estão doentes e que podem beneficiar de tratamento aderirem mais ao tratamento e obterem melhores resultados, esta relação não é clara, uma vez que a comparação entre os diferentes estudos torna-se difícil devido às medidas utilizadas. Contudo, em alguns estudos revistos por Amador, Strauss, Yale & Gorman (1991), esta é uma relação que existe, mas cuja coerência ainda não atingiu os níveis desejados.

Na saúde mental, o estudo de crenças tem sido focado sobretudo nas interpretações que as pessoas fazem de experiências internas e externas sobre a sua doença e a forma como estas interpretações contribuem quer para o desenvolvimento quer para a manutenção de sintomas psicóticos (Lobban, Barrowclough & Jones, 2002).

Garety, Kuipers, Fowler, Freeman & Bebbington (2001, citado por Lobban, et al., 2002), realizaram uma distinção entre os diferentes tipos de avaliação possíveis na doença mental, o que se pode revelar muito útil principalmente quando os indivíduos têm a percepção de que as suas avaliações primárias fazem parte da sua doença mental. Contudo esta distinção pode ser menos clara quando o indivíduo não reconhece que as suas experiências fazem parte da própria doença mental.

Assim, partindo do princípio que os sujeitos têm um papel activo na resolução de problemas, as estratégias de *coping* que acabam por seleccionar são guiadas pelas suas interpretações e avaliações da doença. As consequências destes comportamentos são depois avaliadas e incluídas nos modelos da doença e/ou utilizadas como futuras respostas para lidar com o problema.

No que respeita ao rótulo da doença, interessa sobretudo perceber a forma como o indivíduo o atribui ou não à doença o que depende do seu *insight*, que normalmente é

avaliado como um fenómeno de tudo ou nada que pode ser medido através das respostas livres dos pacientes.

O rótulo atribuído à doença e às suas experiências tem sido relacionado com a qualidade de vida. Assim, Mechanic, McAlpine, Rosenfield & Davis (1994) descobriram que as pessoas que atribuem a sua doença mental a um problema físico, médico ou biológico, por oposição aos problemas psicossociais, pontuaram mais na qualidade de vida percebida e relatam menos estigmas pessoais bem como uma auto-estima mais elevada.

Todavia, os pacientes com perturbações psiquiátricas podem não possuir crenças coerentes sobre a sua saúde mental (Holzinger, Kilian, Lindenbach, Petscheleit & Angermeyer, 2003 citado por Kinderman, Setzu, Lobban & Salmon, 2006). Particularmente os pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia experienciam uma desorganização conceptual severa (Docherty, 2005 cit in Kinderman et al., 2006), motivo pelo qual podem possuir crenças sobre a sua doença particularmente confusas, inconsistentes ou contraditórias, ou que acabam por mudar com o curso dos problemas psicológicos por si.

Além disso, apesar de os sintomas de base da esquizofrenia tais como as alucinações serem, por definição, indissociáveis do próprio *self*, não é clara a forma como os pacientes distinguem a entidade doença de si mesmos, uma vez que alguns pacientes (com problemas mais severos) podem não ter consciência de que possuem doença mental (ex: Amador et al., 1991)

No caso da doença mental, têm sido encontradas várias diferenças entre os pacientes internados e os pacientes não internados. No que respeita aos pacientes não internados, estes integram a doença nas suas vidas, mas a forma como o fazem difere de forma consistente dos pacientes internados, uma vez que eles distinguem as experiências de doença passadas, do seu *self*, escrutinando-as como temas a discutir mas descrevendo-se como agentes passivos perante estas experiências. Assim, definem esses episódios como períodos nos quais não possuíam qualquer contacto com a realidade (Kinderman et al., 2006).

Segundo Kinderman et al. (2006) muitos pacientes com esquizofrenia que não estão internados, referem-se à doença como uma “coisa”, sendo os rótulos muitas vezes apresentados como elementos aplicados por outras pessoas e outras vezes como elementos adoptados pelos pacientes, os rótulos aplicados têm pouco de moralidade, avaliação ou qualquer outro significado.

A utilização de rótulos na doença como forma de se referir a uma entidade externa facilita, normalmente, as transacções quer com os médicos quer com as outras

peçoas, uma vez que melhora as implicações morais (Helman, 1994, cit in Kinderman et al., 2006).

Relativamente à dimensão do “controlo”, é necessário fazer uma distinção entre as crenças sobre o controlo pelos tratamentos e as crenças sobre o controlo pessoal (Moss-Morris et al., 2001). Desta forma, as crenças no que respeita ao tratamento para controlar os sintomas suscitam nestes pacientes a adesão ao tratamento.

No que respeita à dimensão “coerência”, esta relaciona-se bastante com a forma como as experiências psicóticas são integradas no *self* ou então perceber estas experiências como momentos isolados que não fazem parte da sua vida. No caso específico da esquizofrenia, a integração pode não ser o melhor estilo, pois tem sido associada ao aumento da depressão (Jackson et al., 1998).

Os modelos de crenças de saúde são úteis quando aplicados à recuperação, uma vez que as crenças que estes pacientes possuem sobre as suas próprias dificuldades são uma poderosa influência nos afectos e nos comportamentos.

Além disso, vários estudos provam que os pacientes com esquizofrenia são capazes de identificar os seus períodos de psicose, mas esses períodos caracterizam-se por períodos de racionalidade alterada. São pacientes que não possuem uma visão coerente do que já aconteceu, está a acontecer e pode acontecer (Kinderman et al., 2006)

2.1.6. Limitações das investigações produzidas com base neste modelo

Apesar de todas as suas vantagens e de, ao longo do tempo, este modelo ter vindo a ser largamente aplicado à investigação em psicologia da saúde, partindo do princípio de que existe uma relação causal entre as cognições de doença e a evolução da doença, relação esta que é mediada pelo coping, podem ser apontadas algumas limitações no que respeita às investigações que têm vindo a ser produzidas tendo por base este modelo (Hagger & Orbell, 2003).

O design experimental da maioria das investigações prevê na sua metodologia apenas um momento de avaliação para cada sujeito o que limita à partida os seus resultados, uma vez que com este tipo de designs experimentais não se testa a direcção da causalidade nas relações existentes entre as cognições de doença, o coping e os resultados tal como é sugerido pelo modelo de auto-regulação. Desta forma, os estudos longitudinais são a solução, até para testar a própria validade do modelo (Hagger & Orbell, 2003).

Para além da adopção de estudos longitudinais, é preciso ter em mente que a influência das cognições de doença na evolução da mesma pode ser exacerbada ou

minimizada pelos comportamentos de coping. Assim, a existência de efeitos moderadores nas cognições de doença tais como a vitalidade e o bem-estar psicológico podem ter uma grande influência nos comportamentos de coping que conjugam a controlabilidade como foco do coping com a doença. Para resolver esta limitação é recomendado que as investigações examinem a forma como o coping medeia ou modera a influência das cognições de doença na evolução da doença (Hagger & Orbell, 2003).

Para além disso, existe um grande número de investigações centradas em doenças crónicas como por exemplo a diabetes e poucos estudos relacionados com outras áreas como as doenças agudas ou mesmo mentais, como é o caso da psicose (Watson et al, 2006).

Ao longo deste capítulo foram descritas as bases das representações de doença bem como as suas implicações práticas para a aceitação da doença e para processos como por exemplo a adesão ao tratamento, que acabam por ser fundamentais, na medida em que, numa boa parte das situações a adesão é determinante para uma melhor evolução da doença.

No capítulo que se segue será esmiuçado o contexto do conceito de adesão, quer se trate de um modelo específico para a medicação ou para um tratamento de outro tipo (por exemplo terapia).

Serão também abordados alguns factores de risco e modelos de adesão.

3. ADESÃO AO TRATAMENTO E CRENÇAS SOBRE A MEDICAÇÃO

3.1. A ADESÃO AO TRATAMENTO

Existindo vários motivos para a não adesão ao tratamento um deles pode ser a não-adesão devido a um conjunto de compreensões partilhadas quer sobre a doença quer sobre o tratamento em si (Lau, 1997).

Tradicionalmente a adesão ao tratamento tem vindo a ser conceptualizada de uma forma algo autoritária, ou seja, o profissional de saúde dá instruções ao seu paciente sobre o tratamento esperando que ele as siga religiosamente (Nansel, 2006). A partir deste ponto de vista a não adesão acaba por ser da inteira responsabilidade do paciente.

Dado que esta conceptualização se revelou pouco eficaz na compreensão dos motivos da não adesão, Bauman (2000) sugeriu uma abordagem centrada no paciente na qual, a partir do seu próprio ponto de vista, o paciente acaba por se transformar numa importante fonte de informações sobre a saúde, a doença e o tratamento.

Desta forma, as informações dadas pelos profissionais de saúde podem ser incompatíveis com as crenças pessoais e culturais do paciente o que acabará por conduzir à não adesão ao mesmo. Assim, para que se possa aumentar a probabilidade de adesão por parte do paciente, é necessário que haja uma negociação, planeamento, avaliação e reavaliação ao longo do tempo (Nansel, 2006).

Relativamente ao conceito de não adesão ao tratamento, é necessário ter em linha de conta que este comportamento pode, ou não, ser um comportamento intencional, o que modifica completamente a abordagem que lhe é feita. Na não adesão intencional ao tratamento, o paciente deliberadamente decide não aderir às prescrições dos profissionais de saúde, ao passo de na não adesão de forma não intencional, o paciente aceita as recomendações e pretende aderir ao tratamento, contudo não consegue fazê-lo adequadamente, ou por não ter compreendido correctamente as instruções ou então porque não as conseguem seguir de forma a obter a eficácia do tratamento (Nansel, 2006).

A adesão tem subjacente a participação do paciente, bem como o seu envolvimento na manutenção do regime que a pessoa acredita que será benéfico, implicando por isso uma parceria terapêutica, essencial para que os pacientes sigam a adesão terapêutica (Zygmunt, Olfson, Boyer & Machanic, 2002). A não adesão implica por isso consequências tangíveis e intangíveis, nomeadamente o sofrimento, a morte, diminuição da qualidade de vida, frustração no paciente, raiva e desesperança.

3.1.2. Adesão ao tratamento medicamentoso

A medicação é a forma mais comum de intervenção médica. Existem vários factores que podem explicar a adesão/não adesão à medicação tais como os factores descritos por Bosworth (2006):

- Factores mentais e psiquiátricos: estudos demonstram que pacientes com perturbações psiquiátricas têm uma adesão mais baixa à medicação.
- Atitudes e adesão: pessoas com uma visão negativa sobre os medicamentos, percebendo-os como substâncias ameaçadoras que são utilizadas de forma excessiva pelos médicos, têm uma menor probabilidade de aderir ao tratamento. Desta forma, as crenças sobre a medicação, assim como as crenças perante a doença são decisivas para a adesão, na medida em que é suposto que a medicação amaine os sintomas da doença.
- Conhecimento, percepção de risco e adesão: o conhecimento é essencial para a adesão ao tratamento, porém não actua de forma isolada. Existem três componentes da medicação: a informação específica sobre o regime prescrito, a informação geral acerca da medicação tal como é postulado no modelo racional do tratamento. Assim como estabelecido no modelo de crenças de saúde, os pacientes devem acreditar que são susceptíveis ou vulneráveis a uma doença e às suas consequências, ou seja, devem acreditar que, seguindo um conjunto particular de recomendações relacionadas com a saúde, vão eliminar ou pelo menos reduzir as ameaças ou a severidade de uma doença particular e das suas consequências. Os pacientes devem também acreditar na eficácia do tratamento.

3.1.3. Adesão ao tratamento por pacientes com esquizofrenia

A percentagem de não adesão à medicação em doentes com o diagnóstico de esquizofrenia ronda os 50% ao longo do primeiro ano após o internamento hospitalar (Babiker, 1986; Young, Spitz, Hillbrand, 1999 citados por Zygmunt et al., 2002). Esta fraca adesão aos tratamentos aumenta o risco de reincidência (Frenton, Blyler, Heinsen, 1997 citado por Zygmunt et al., 2002), que pode acabar por ser mais grave e perigosa do que as anteriores.

Tem sido frequentemente observado em pacientes com esquizofrenia o ignorar dos deficits causados pela sua doença e o efeito que a mesma exerce nas suas vidas. A

falta de *insight* tem sido associada, desta forma, a uma menor adesão ao tratamento (Amador, Strauss, Yale & Gorman, 1991).

É contudo necessário ter em conta outras crenças como perceber o impacto social das alucinações auditivas e as crenças relacionadas com o tratamento que, como foi já referido, são fundamentais para perceber as respostas de adesão (Home & Weinman, 1997)

Como já foi referido anteriormente, a forma como as pessoas pensam sobre as experiências de doença tem sido associada a um grande número de comportamentos e de respostas emocionais nos pacientes, nos seus cuidadores e profissionais (Lobban, Barrowclough & Jones, 2002). Desta forma, podemos considerar que as crenças e as respostas emocionais dos pacientes à sua doença e aos seus sintomas são factores chave que influenciam a sua satisfação com as consultas bem como a utilização futura dos serviços de saúde.

Há ainda que ter em conta que o processo de diagnóstico por parte de um médico pode, por si só, despoletar sentimentos de vulnerabilidade nos pacientes que, por sua vez, vão reforçar as suas crenças de que existe algo errado com a sua saúde (Petrie, Jago & Devich, 2007).

Os esquemas dos pacientes e os planos de *coping* podem oferecer um grande potencial para aumentar a adesão ao tratamento na esquizofrenia. Contudo, revela-se também necessário e pertinente ir para além dos modelos individuais psicológicos e dar atenção a pistas e reforços contextuais que podem ser adicionados às intervenções realizadas nos programas de intervenção (Zygmunt et al., 2002).

No estudo de Rosa, Marcolin & Elkis (2005) a gravidade da psicopatologia aparece associada ao grupo que não aderiu ao tratamento. Apesar de a severidade não ser necessariamente uma causa da não adesão, pode actuar de uma forma bidireccional, ou seja, a não adesão provocar o agravamento dos sintomas e o facto de estes piorarem estar associado a uma mais baixa adesão. Os factores que se encontram mais associados à adesão, segundo este estudo, são a percepção de benefícios a nível quotidiano e o factor mais relevante para a não adesão são os transtornos e efeitos colaterais da medicação.

A adesão ao tratamento refere-se à tomada da medicação prescrita, a participação nos tratamentos psicológicos. Kane (1985 citado por Marder & Wirshing, 2003) considerou que mais de 30% dos pacientes com esquizofrenia tinha problemas relativamente à adesão ao tratamento, sendo a não adesão a razão pela qual muitos dos pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia são re-hospitalizados várias vezes.

Contudo existe uma baixa precisão na categorização dos pacientes como aderentes ou não-aderentes ao tratamento, considerando-se por isso um contínuo entre

a total recusa dos tratamentos uma aceitação parcial dos mesmos (Marder & Wirshing, 2003).

Um dos factores que mais se relaciona com a adesão ao tratamento é a aliança terapêutica (Frank & Gunderson, 1990), estudos comprovam que uma relação terapêutica forte com o paciente tem efeitos positivos na sua adesão à medicação. O suporte social e as barreiras económicas constituem também factores determinantes para a adesão. Assim, a adesão parece ser maior em pacientes com famílias que supervisionam os tratamentos dos que nos pacientes que provêm de famílias que não o fazem (McEvoy & Apperson 1989; Olfson et al, 2000)

Vários estudos relativamente à esquizofrenia têm provado que um modo coercivo para levar o paciente com doença mental severa a aderir ao tratamento possui o efeito contrário (Rain et al., 2003).

A não adesão, no caso específico da esquizofrenia encontra-se sobretudo associada aos efeitos secundários da medicação, bem como a psicopatologia severa, o abuso de substâncias e uma relação terapêutica fraca (Fenton et al, 1997 citado por Marder & Wirshing, 2003).

3.1.4. Factores de risco no caso da adesão ao tratamento

Os factores de risco que podem ser explicativos da não adesão intencional relacionam-se com o aspecto de os sujeitos acreditarem que não aderir ao tratamento é uma escolha melhor do que aderir, o que pode ser causado por discordância do diagnóstico do profissional de saúde ou mesmo da forma de tratamento escolhida, cepticismo sobre a eficácia do tratamento escolhido, medo do tratamento, custos do tratamento, efeitos secundários do tratamento ou o simples receber de diferentes opiniões dos profissionais de saúde (Nansel, 2006).

3.1.4.1. Factores individuais

No que respeita aos factores de risco para a não adesão de forma não intencional podemos descreve-los como barreiras entre os sujeitos e o seu tratamento, o que inclui factores individuais e características dos sujeitos como é o caso de um baixo funcionamento mental, físico ou emocional, falta de suporte social, sobreposição de afazeres, presença de múltiplos cuidadores, baixa literacia ou barreiras relacionadas com a linguagem (Nansel, 2006).

3.1.4.2. Qualidade da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente

A qualidade da comunicação entre o profissional de saúde e o seu paciente bem como uma fraca aliança terapêutica, são motivos para ambos os tipos de não adesão, que podem originar a desconfiança do utente no seu profissional de saúde, ou aumentar a dificuldade de compreensão das recomendações médicas. Os regimes complexos e que exigem o dispêndio de um grande esforço por parte dos pacientes podem também levar a que estes pensem que o esforço gasto “não vale a pena” (Nansel, 2006).

3.1.4.3. Factores de risco associados à doença mental

No caso da doença mental, devem ser considerados alguns factores específicos, descritos por Silverstone & Turner (1995) dadas as particularidades psicológicas e cognitivas que a doença mental possui.

3.1.4.3.1. A doença em si

As características da doença mental em questão são de extrema relevância para a adesão ao tratamento, na medida em que a própria doença pode desencadear avaliações e julgamentos sobre as recomendações médicas como acontece no caso da esquizofrenia paranóide, na qual o funcionamento do sujeito em fase aguda determina a forma como as recomendações são interpretadas.

3.1.4.3.2. Características do paciente

Segundo Silverstone & Turner (1995) “*every patient is a potencial defaulter*” (p.85), motivo pelo qual os autores acreditam que é impossível distinguir apenas pelas suas características individuais um paciente que vai aderir ao tratamento de um paciente que se vai negar a fazê-lo. Para além disso, os autores defendem que a adesão deve ser vista num contínuo e que grande parte dos pacientes em algum momento se tornam não aderentes ao tratamento mesmo depois de largos períodos de adesão.

3.1.4.3.3. Crenças de saúde

Ao contrário da sua posição no que respeita às características individuais (Silverstone & Turner, 1995) defendem que as crenças sobre saúde são um preditor da

adesão, uma vez que se baseiam na percepção do doente sobre a sua susceptibilidade à doença em questão; à forma como acredita na eficácia de um determinado tratamento; para além da forma como pensa sobre as consequências de parar um determinado tratamento e as vantagens (sociais, económicas e médicas) de o continuar. Estas crenças são partilhadas em grande escala pela rede social do paciente. Há que salientar que a adesão pode ser largamente prejudicada por um clima duradouro de “antipatia” face às drogas psicotrópicas.

3.1.4.3.4. Tratamento

O tratamento e o desenvolvimento de efeitos secundários são considerados o grande motivo da não adesão a um tratamento, tendo em conta que as drogas psicotrópicas produzem uma grande quantidade de efeitos secundários (Silverstone & Turner, 1995).

Um outro motivo para o abandono ou não adesão durante o tratamento, é o facto de os doentes se sentirem melhor depois de períodos a tomar a medicação, de tal forma que acabam por acreditar que já não precisam mais dela (Silverstone & Turner, 1995).

Os erros de dosagem ocorrem com grande frequência, devido à não compreensão das informações dadas pelo médico (Silverstone & Turner, 1995).

3.1.5. MODELOS DE ADESÃO

3.1.5.1. Modelo Desenvolvimental de adesão

Kristteler e Rodin (1984) construíram o Modelo Desenvolvimental de adesão ao tratamento, o qual refere três estádios que contribuem para os envolvimento dos sujeitos no seu tratamento:

- Estádio 1 *compliance*: diz respeito ao grau no qual o doente concorda numa fase inicial com o seu tratamento, de tal modo que segue as recomendações do profissional de saúde. O princípio deste estádio tem como base a confiança do doente no que respeita ao diagnóstico e ao tratamento recomendado pelo médico. Apesar desta concordância, a atitude do doente não é uma atitude passiva, uma vez que parte dele a decisão de seguir as recomendações médicas.

- Estádio 2: *adherence*: diz respeito a uma fase compreendida entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o auto-cuidado pelo doente. Assim, com uma supervisão menor por parte dos profissionais de saúde é o doente que regula o seu tratamento ainda que confrontado com situações adversas. Este é um estágio que implica uma grande participação por parte do doente e que exige a existência de controlo por parte do mesmo. Nesta fase, o papel dos profissionais é o de orientadores, no sentido de facilitar a inclusão do tratamento no dia-a-dia do sujeito, alertá-lo para possíveis adversidades face ao tratamento para que seja possível desenhar estratégias de coping alternativas perante as possíveis adversidades.
- Estádio 3: *maintenance*: este estágio ocorre quando a vigilância por parte dos profissionais de saúde é reduzida de forma acentuada, numa fase em que o doente já deve ter introduzido o tratamento no seu estilo de vida. É um estágio implica grandes competências de auto-regulação por parte do doente, altos níveis de auto-controlo sobre os comportamentos aprendidos, para que estes se transformem em rotinas diárias.

Estes estádios evidenciam claramente o caminho que é necessário percorrer até chegar a uma fase na qual os tratamentos estão implícitos e enraizados nas rotinas diárias.

3.1.5.2. Teoria cognitiva da aprendizagem social

Esta teoria combina aspectos da psicologia cognitiva e da psicologia comportamental. De acordo com a teoria comportamental é sugerindo que o comportamento resulta de um estímulo externo explicado em termos de recompensas e punições. No que respeita à teoria social, o comportamento resulta de processos mentais como o raciocínio, a tomada de decisões e a resolução de problemas, assumindo que a maioria dos reforços do comportamento humano tem uma natureza social. Desta forma, segundo a teoria da aprendizagem social, parte-se do princípio de que podemos aprender comportamentos a partir da observação de outras pessoas (Bosworth & Voils, 2006).

O aspecto cognitivo da aprendizagem tem origem na forma como as expectativas acerca das consequências influenciam o comportamento (Bosworth & Voils, 2006). Para a teoria cognitiva da aprendizagem social, existem duas variáveis fundamentais, que em

conjunto vão influenciar bastante a adesão: o *locus* de controlo que se refere à pertinência e eficácia da resposta e a auto-eficácia que se refere à confiança que a pessoa possui em si mesma para a capacidade de aplicar essa mesma resposta (Bosworth & Voils, 2006).

Desta forma, as expectativas de sucesso em paralelo com a teoria da acção planeada e o modelo de crenças de saúde, representam a expectativa de que de que as consequências ou resultados positivos irão ocorrer em função do comportamento (Bosworth & Voils, 2006).

3.1.5.3. Teoria da Acção Planeada

Esta teoria defende que o maior preditor do comportamento é a existência da intenção para o realizar. A intenção é determinada pela atitude perante o comportamento (a avaliação global de realizar o comportamento) e a norma subjectiva (a percepção que a pessoa tem sobre a forma como as outras pessoas se sentem sobre o comportamento) (Ajzen & Fishbein, 1980).

Assim, os determinantes das atitudes perante o comportamento incluem as crenças que as pessoas possuem sobre as consequências de desempenhar um comportamento, ao passo que os determinantes das normas subjectivas incluem as expectativas percebidas dos outros significativos e da motivação para alcançar essas expectativas (Bosworth & Voils, 2006).

3.1.5.4. Teoria do Comportamento Planeado

Ajzen (1985 citado por Bosworth & Voils, 2006) adicionou à teoria da acção planeada uma terceira variável designada de controlo volicional, sendo designada de teoria do comportamento planeado, segundo a qual a terceira determinante da intenção é o controlo comportamental percebido, ou seja, a extensão na qual a pessoa acredita que tem o controlo sobre o desempenho desse comportamento ou, por outro lado, a dificuldade em desempenhar esse comportamento. Desta forma, há que ter em conta as influências sobre a controlabilidade e o poder percebido para o desempenho desse comportamento.

Segunda esta teoria, se as percepções de controlo estiverem asseguradas, o controlo comportamental percebido não só vai prever a intenção comportamental, mas também o comportamento.

Em suma, quanto mais positivas forem as atitudes da pessoa assim como a norma subjectiva perante um comportamento, maior o controlo comportamental

percebido e mais forte a intenção da pessoa para desempenhar esse comportamento. De uma forma similar quanto maior a intenção da pessoa e maior o controlo comportamental percebido, maior é a probabilidade de a pessoa desempenhar esse comportamento (Bosworth & Voils, 2006).

3.1.5.5. Modelo da Hipótese Cognitiva de Adesão de Ley

Ley (1988) criou um modelo para melhor compreender a adesão ao tratamento. Neste modelo é sugerido que a adesão resulta da interacção de dois processos, o primeiro diz respeito à recordação por parte do indivíduo sobre as recomendações médicas e o segundo diz respeito à sua compreensão sobre os conteúdos das consultas. Estes dois processos incluem as informações, durante a consulta, por parte dos profissionais de saúde acerca do conteúdo do quadro clínico bem como no que respeita ao racional do tratamento. Segundo Ley (1988), ambos os factores não influenciam apenas e de forma directa a adesão ao tratamento, como também vão influenciar a satisfação com os cuidados de saúde de uma forma geral.

Assim, falhas na memória e na compreensão contribuem fortemente para a não adesão e satisfação dos utentes dos cuidados de saúde. A não compreensão dos processos de comunicação do profissional de saúde, podem dar origem a confusão por parte do doente que vai influenciar a sua decisão de não seguir os cuidados médicos.

3.1.5.6. Adesão do ponto de vista da Auto-Regulação

A auto-regulação acaba também por ser um ponto de vista útil para conceptualizar a adesão ao tratamento. Esta perspectiva concebe a adesão como a tentativa do paciente para integrar e actuar sobre as informações médicas, dado que, como já foi referido anteriormente, os pacientes têm um papel activo na resolução de problemas. Desta forma segundo Leventhal et al. (2001) a pessoa actua sobre múltiplos factores:

- a representação de doença;
- os níveis de motivação (quanto mais elevados forem os níveis de motivação mais a pessoa se vai envolver na resolução do problema);
- as competências cognitivas e comportamentais (quanto mais competências cognitivas e comportamentais maior a eficácia do envolvimento na resolução do problema ou ameaça);

-e o ambiente sócio cultural (percepção de atitudes e crenças por parte dos que se encontram no seu ambiente social e cultural podem influenciar a avaliação da pessoa sobre a sua condição de saúde e das consequências, motivando-a para se envolver em comportamentos específicos. Além disso o ambiente influencia também o desenvolvimento de competências).

Desta forma, as representações de doença podem ou não ser baseadas na informação de natureza biomédica ou nos procedimentos médicos contribuindo para a resolução da ameaça para a saúde. Contudo, há que ter em conta que é esta mesma representação que partilha a concepção de acções para a regulação e avaliação das consequências dessas acções (Leventhal et al, 2001).

Esta perspectiva de auto-regulação tem em conta não só a crenças, como também as capacidades individuais, na medida em que as crenças de um sujeito podem ser favoráveis à adopção de comportamentos de saúde, mas as suas competências não serem suficientes para os colocar em prática e manter os comportamentos. É também uma perspectiva ecológica na medida em que tem em conta o ambiente que circunda o(s) sujeito(s).

Os atrasos na procura de cuidados médicos possuem consequências importantes, quer a nível económico quer para a saúde (Leventhal, Easterling, Leventhal & Cameron, 1995).

Contudo, há que ter em conta que, por um lado, ao esperar muito tempo para procurar ajuda técnica depois do aparecimento de um sintoma, um sujeito pode aumentar a severidade das complicações associadas a um episódio de doença. Por outro lado, ao procurar imediatamente cuidados médicos após o início dos sintomas, os sujeitos podem sobrecarregar os sistemas de saúde impondo custos temporais e económicos para si mesmos (Leventhal et al., 1995).

Para compreender o processo através do qual os indivíduos adiam a procura de cuidados médicos é necessário realizar uma abordagem à identificação dos factores que predizem a duração de adiamento. Entre esses preditores podemos nomear as características dos sintomas (tipo de sintomas, severidade percebida dos sintomas, rapidez de início dos sintomas). Também as diferenças individuais são um forte preditor no que respeita à procura dos cuidados de saúde, uma vez que as pessoas que experienciam um mesmo sintoma podem responder-lhe de forma diferenciada de acordo com o seu sexo, história da doença, etc. (Leventhal et al., 1995).

Para além de terem sido detectadas diferenças de acordo com a idade na procura de cuidados médicos, concluindo-se que a percepção de severidade dos sintomas é também um factor importante para levar à procura de cuidados médicos e aderir ao tratamento proposto (Leventhal et al., 1995).

3.1.5.6.1. Adesão ao Tratamento em Esquizofrenia e o Modelo de Auto-Regulação

O modelo de Auto-regulação de Leventhal et al. (1984) tem sido bastante aplicado à doença física. Contudo, este modelo pode também ser pertinente para o estudo da doença mental, pois enfatiza a importância das representações emocionais como por exemplo as representações cognitivas e, em casos de desregulação emocional pode ser uma base fundamental para melhor compreender os comportamentos de adesão e não-adesão ao tratamento.

No caso do rótulo aplicado à doença, que se encontra associado ao *insight* dos sujeitos sobre a sua doença, as pessoas que revelam algum *insight* apresentam uma maior adesão à medicação e ao tratamento (Amador, Strauss, Yale & Gorman, 1991) para além de obterem melhores resultados nos tratamentos (McEvoy et al, 1989).

Todavia, investigações relacionadas com o *insight* têm revelado que este é uma dimensão complexa, multidimensional e fluida ao longo do tempo (Amador & David, 1998). Também os estudos de Bebbington, Pearson, Johnson & Ellis (2000, cit in Lobban, Barrowclough & Jones, 2002) encontraram uma forte associação positiva entre o *insight* medido pela adesão ao tratamento médico e a depressão.

Relativamente à dimensão “consequências” da experiência individual patente neste modelo, investigações têm demonstrado que estas estão associadas a variações na adesão à medicação (Adams & Scott, 2000).

Contudo, é necessário ter em conta que a não adesão ao tratamento é um processo complexo e multi-causal, sendo por isso necessário avaliar os benefícios dos tratamentos na vida dos pacientes. Para a não adesão ao tratamento, sobressai também o facto de poder ocorrer a negação da doença com a perda de *insight* (Rosa & Elkis, 2007).

Horne (1997) sugere que as crenças sobre a doença e as crenças sobre o tratamento devem ambos ser tidos em conta na construção de um plano para ajudar o paciente a aderir ao tratamento, avaliando a visão que possuem sobre uma determinada classe de tratamentos (medicação, por exemplo) e as especificidades relativas a tipos específicos dessa classe (por exemplo um medicamento em particular).

3.2. CRENÇAS SOBRE A MEDICAÇÃO

Fallsberg (1991) conduziu um estudo fenomenográfico com o objectivo de analisar diferentes concepções sobre a medicação. Através da análise de 90 sujeitos com doenças crónicas (asma, hipertensão e dor crónica) identificou varias concepções ou valores sobre a medicação em geral, que incluíam uma visão positiva sobre os mesmos derivada dos seus efeitos benéficos e a crença de que os medicamentos trabalham conjuntamente com o corpo de forma a promover a saúde.

Porém, no mesmo estudo, o mesmo autor verificou um outro grupo de pacientes que possuía uma visão profundamente negativa sobre os medicamentos, visão esta que concebia os medicamentos como uma espécie de veneno que deveria ser evitado sempre que possível. Num terceiro grupo identificou a dualidade da medicação, ou seja, os seus benefícios e perigos. Esta última representação salienta os perigos dos medicamentos sem, porém, esquecer que os perigos dos efeitos da medicação são intrínsecos o que implica que não se possa ter as suas vantagens sem também conhecer as suas desvantagens (Fallsberg, 1991).

Quando as pessoas realizam uma análise acerca dos efeitos percebidos dos seus sintomas, elas estão também a avaliar e a julgar a eficácia da sua medicação assim como a eficácia do seu tratamento, o que remete para as crenças de eficácia da medicação prescrita (Horne, 1997).

Outras crenças frequentemente alimentadas relacionam-se com a visão negativa da medicação. Assim, muitas pessoas acreditam que a utilização excessiva da medicação leva ao risco de dependência. Este receio de adição ou dependência que pode ser definido como um estado de dependência física e/ou psicológica só muito raramente é observado em termos médicos (Horne, 1997).

Todavia, em vários estudos o risco de dependência tem sido apontando como uma causa para a não adesão em doenças como a hipertensão, a epilepsia e a asma (Fallsberg, 1991). Este receio pode mesmo ser levado ao extremo de alterar as doses de medicação de forma a tomar o controlo sobre a mesma.

Além disso, existe ainda uma visão sobre os malefícios a longo prazo da medicação quando esta é tomada durante muito tempo. Morgan e Watkins (1988), na sua investigação, perceberam que doentes com hipertensão paravam de tomar a sua medicação durante um período de tempo considerável, de forma a dar “uma folga” ao seu corpo da sua medicação.

Uma outra representação sobre a medicação relaciona-se com o seu modo de produção (produtos naturais vs produtos químicos). Existe assim, em alguns casos, a crença de que os produtos naturais são mais seguros do que os medicamentos com

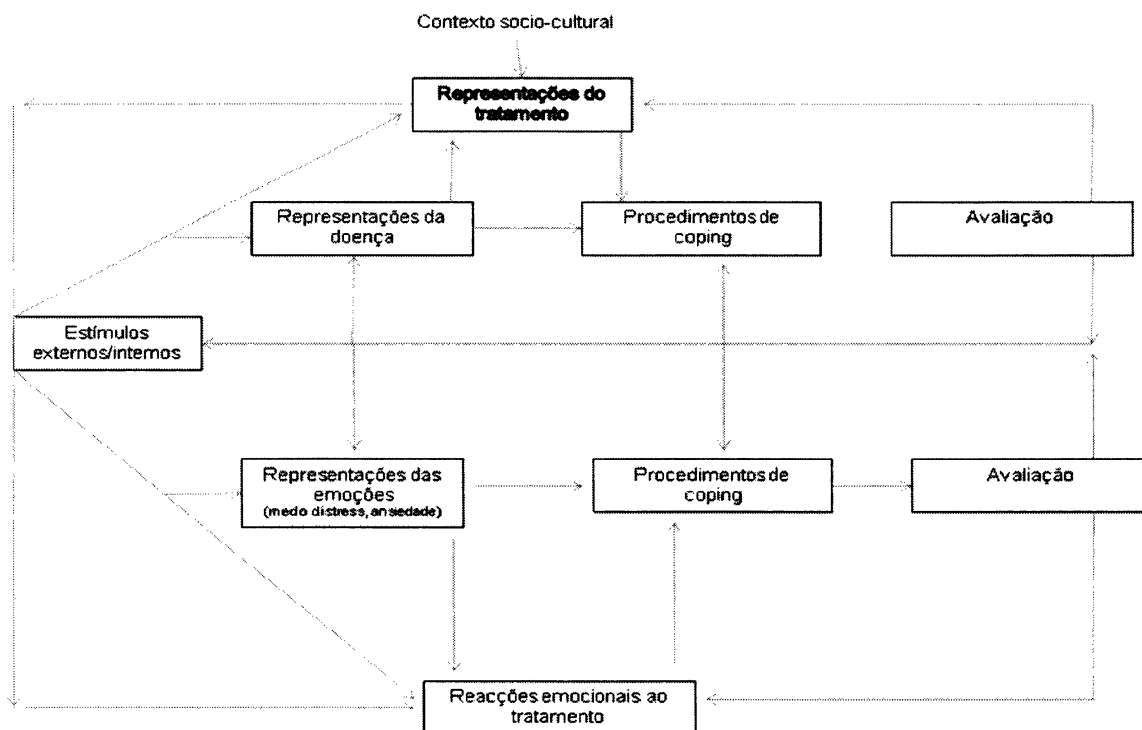
químicos, sendo estes químicos os responsáveis pelos efeitos secundários da medicação (Horne, 2003).

Desta forma, as crenças relacionadas com vários aspectos da medicação, bem como a necessidade da mesma e os seus efeitos secundários são fundamentais para a decisão de tomar a medicação ou de, por outro lado, não a tomar.

As representações “ a favor” ou “contra” a medicação determinam os estilos de adesão das pessoas. As que acreditam nos benefícios da medicação possuem uma maior propensão para realizar visitas regulares aos profissionais de saúde ao passo que as que não acreditam tendem a assumir o comportamento oposto (Horne, 2003).

Assim as visões adoptadas sobre a saúde e a doença bem como as atitudes sobre a medicação parecem agrupar-se de uma forma lógica (Horne, 2003), tal como pode ser observado na figura 3.1.

Figura 3.1. Percepções de tratamento e o modelo de auto-regulação do senso comum



Fonte: Horne (2003, p 148)

3.2.1. Limitações relativas às investigações sobre as crenças sobre a medicação

É porém necessário identificar a prevalência e a estabilidade destas crenças sobre a medicação, bem como investigar a forma como estas crenças estão organizadas em termos cognitivos (Horne, 2003).

Importa perceber a forma como as crenças que as pessoas possuem sobre a medicação em geral se diferenciam das crenças relativas à medicação especificamente prescrita para a sua doença ou problema de saúde (Horne, 2003).

Segundo Horne (1997) É também necessário compreender a forma como as crenças relativamente aos medicamentos se relacionam com comportamentos como a adesão ao tratamento e identificar quais as crenças que se relacionam com a não adesão.

Tendo em vista estas limitações Weinman e Horne (cit in Horne, 2003), começaram a desenvolver investigações com base no modelo de auto-regulação anteriormente descrito, tendo em vista o encontrar de respostas, utilizando dois grupos de questões: questões específicas relacionadas com a medicação prescrita para o problema de saúde específico e questões gerais sobre as crenças sobre a medicação em geral, estudo a partir do qual nasceu o BMQ (Beliefs About Medicines Questionnaire). Através desta investigação puderam verificar que algumas crenças sobre a medicação se organizam de forma a formarem representações coerentes, o que sugere que as pessoas parecem organizar as suas informações sobre a medicação em temas ou componentes coerentes. Desta forma, apesar de os conteúdos variarem de indivíduo para indivíduo as componentes em si são consistentes.

Nestes estudos, foram também encontradas relações entre as representações de doença e a adesão ao tratamento em pacientes com asma e diabetes (Horne, 2003).

A adesão aos tratamentos com eficácia comprovada é, assim, uma determinante fundamental da eficácia do tratamento, otimizando os benefícios clínicos e a qualidade de vida relacionada com a saúde dos pacientes com doenças. Para além disso, níveis elevados de adesão possuem benefícios económicos, reduzindo exacerbações na doença que culminem em hospitalizações, visitas às emergências ou tratamentos caros (Bosworth, 2006).

No capítulo seguinte serão apresentados alguns dados sobre as crenças espirituais e a sua relação com a doença mental. Serão apresentados alguns estudos e confrontadas as hipóteses dos efeitos positivos/negativos destas crenças na adesão ao tratamento assim como no *coping* com a doença.

4. ESPIRITUALIDADE APLICADA À SAÚDE MENTAL

“Se o teu olho direito te escandalizar, arranca-o e atira-o para longe de ti, pois te é melhor que se perca um dos teus membros do que seja todo o teu corpo lançado no inferno”.

Mateus (5:2)

No domínio da saúde física, têm sido discutidas, para além das crenças sobre a doença, aspectos como por exemplo as crenças relacionadas com a cultura, o significado e a espiritualidade, que podem também ser fundamentais no caso da doença mental (Kinderman, Setzu, Lobban & Salmon, 2006).

Nos últimos 20 anos, a atenção despendida sobre o estudo científico da religião e a relação existente entre esta e a saúde e doença mental, tem aumentado consideravelmente, verificando-se que tem ocorrido uma desvalorização pelos profissionais de saúde mental sobre o papel exercido pela religião na vida das pessoas. Contudo, esta desvalorização ocorre também a nível das comunidades religiosas, uma vez que estas revelam atitudes negativas relativamente aos psicólogos e psiquiatras que são, muitas vezes vistos como ameaçadores das suas convicções acerca do mundo (Koenig, 2007).

4.1. DISTINÇÃO ENTRE RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE E EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS SIMPLES DE CRENÇAS

É também necessário distinguir entre religião e espiritualidade, uma vez que a espiritualidade se refere ao transcendente, ao significado da vida e a religião tem características específicas ao nível comportamental, social e doutrinal.

Devido ao facto de os delírios religiosos ocorrem com muita frequência nos casos de pacientes com esquizofrenia, é necessário distinguir entre crenças e experiências religiosas simples, dos casos de psicose, pelo que Pierre (2001, citado por Koenig, 2007) sugere que para que se tratem de casos patológicos, é necessário que as crenças ou experiências religiosas prejudiquem a capacidade de as pessoas realizarem as suas actividades diárias (manutenção do emprego, problemas legais com a polícia, não conseguir realizar as suas obrigações, comportamentos ou ameaças suicidas ou homicidas e dificuldades de pensar com clareza).

Desta forma, uma pessoa religiosa tem *insight* sobre a natureza extraordinária dos seus relatos, faz parte de um grupo de pessoas que compartilha as mesmas crenças e experiências (culturalmente apropriados), não possui outros sintomas de

doença mental que afectem os seus pensamentos, sendo capaz de manter o emprego, evita problemas legais e não causa danos a si mesma (Koenig, 2007).

Segundo Koenig (2007) podemos considerar um *continuum* entre as crenças normais de indivíduos saudáveis e as crenças fantasmáticas dos pacientes psicóticos, uma vez que os delírios saudáveis são muitas vezes acompanhados por outros sintomas e/ou comportamentos de doença mental.

4.2. INVESTIGAÇÕES SOBRE CRENÇAS ESPIRITUAIS E DOENÇA MENTAL

Investigações têm revelado que as pessoas se tornam mais religiosas quando estão doentes, quer a doença seja a nível físico ou mental. Este factor pode ser justificado pelo facto de, em situações de grande stress psicológico a religião ser frequentemente utilizada como forma de ajuda no “lidar e adaptar” a situações de grande sofrimento despoletadas pela doença. Para isso pedem, muitas vezes, “ajuda a Deus”, “rezam”, “realizam rituais religiosos” ou procuram conforto no seio das suas comunidades religiosas (Koenig, 2007).

Borras et al., (2007) no seu estudo verificaram que mais de metade dos pacientes possuíam representações da sua doença e do tratamento directamente influenciadas pelas suas crenças religiosas.

Comparando os pacientes psiquiátricos com o grupo de controlo, os pacientes psiquiátricos parecem ter um maior número de práticas e crenças religiosas que lhe oferecem algum conforto ao longo das suas experiências de vida stressantes (Neelman & Lewis, 1994 citados por Tepper, Rogers, Coleman & Malony, 2001).

Além disso segundo, Mohr, Brandt, Borras, Gilliéron & Huguelet (2006) durante a estabilização da doença, poucos pacientes demonstram crenças religiosas que se sobrepõem à doença psicopatológica.

No estudo realizado por Tepper et al. (2001) concluiu-se que o aumento da actividade religiosa pode estar associada à redução dos sintomas no que respeita à doença mental severa, e a um melhor funcionamento global sendo, desta forma, a religião uma estratégia de coping eficaz. Todavia, num estudo realizado por Siddle et al. (2002, cit in Koenig, 2007), verificou-se que os pacientes com delírios religiosos possuíam mais alucinações graves bem como mais delírios bizarros, apresentando um maior nível de incapacitação, uma duração mais longa da doença e com maior número de medicação anti-psicótica.

No caso específico das psicoses, quando comparados com outros delírios, os delírios religiosos parecem ser melhor aceites do que os restantes (Koenig, 2007). A religião, no caso da esquizofrenia pode ser vista quer como uma experiência psicótica

quer como uma estratégia de coping que o paciente utiliza para integrar nos seus sintomas (Mohr et al., 2006).

No estudo de Mohr et al. (2006) a religião foi utilizada de uma forma positiva de coping por 71% dos pacientes estudados, dando-lhes um sentido positivo de *self* em termos de conforto, esperança e significado de vida, o gosto pela vida, o amor, a compaixão, o auto-respeito e auto-confiança.

Muitos destes pacientes, relatam ainda que a religião atribui um significado para a sua doença principalmente através de conotações religiosas positivas e, em menor percentagem com conotações negativas (ex: diabo). Contudo, em ambos os casos os significados atribuídos, segundo os autores, podem ser vistos de uma forma positiva em termos psicológicos, uma vez que despoletam a aceitação da doença (Mohr et al., 2006).

Um outro efeito encontrado nesta investigação para os aspectos benéficos das crenças religiosas como estratégia de coping para lidar com a doença e a ajuda que presta para a redução da ansiedade e dos sintomas negativos. Também a nível social, a religião parece dar linhas orientadoras para o comportamento interpessoal, levando à redução da agressividade e ao aumento das relações sociais, há também que ressaltar que a religião protege de tentativas de suicídio (Mohr et al., 2006), que são uma das grandes preocupações presentes no Relatório Mundial de Saúde da OMS (2002).

Neste estudo de Mohr et al. (2006) também foi encontrada a contradição entre as recomendações médicas e as crenças religiosas sentidas pelos pacientes, o que é apresentado, mais uma vez, como um factor que dificulta a adesão ao tratamento.

Contudo, para 14% dos pacientes envolvidos neste estudo, a religião seria uma fonte de sofrimento e de desespero, devido à possibilidade de estes pacientes acharem não corresponder às expectativas da comunidade, podendo conduzir ao aumento das alucinações, da depressão, do risco de suicídio e abuso de substâncias (Mohr et al., 2006).

No que respeita à adesão e envolvimento em novos movimentos religiosos, este pode ser tanto uma causa, como o resultado dos traços ou sintomas psicóticos (Koenig, 2007), tendo em conta que vários estudos apontam para o facto de a mudança de interesse religioso surgir mais depois, do que antes do aparecimento dos surtos psicóticos (ICMR, 1998 cit in Koenig, 2007), o que pode ocorrer em consequência de tentativas de reencontrar o auto-controlo.

O resultado de diferentes estudos no âmbito da importância das crenças religiosas tem implicações relevantes para os cuidados clínicos prestados aos pacientes com doença mental, pelo que o impacto que as crenças religiosas podem exercer sobre a etiologia, diagnóstico e evolução das perturbações psiquiátricas pode ajudar os

psiquiatras a melhor compreender os seus pacientes, avaliar quando é que as crenças religiosas podem ser utilizadas para melhor lidar com a doença mental e quando podem estar a exacerba-la (Koenig, 2007).

As crenças religiosas podem exacerbar os sintomas, nos casos em que são substituídas pelo tratamento médico, considerando exclusivamente a recuperação a nível espiritual em detrimento do tratamento médico (Koenig, 2001 citado por Borrás et al., 2007).

Apesar de existirem várias evidências de que a medicação é uma resposta efectiva para o tratamento da esquizofrenia, uma percentagem significativa dos pacientes com esta perturbação não tomam a medicação aumentando assim o risco de surto psicótico (Fusion Medical Education LLC, 2005 citado por Borrás et al., 2007), o que significa que existe uma baixa adesão ao tratamento da esquizofrenia, o que por sua vez, faz com que o risco de internamento aumente.

Desta forma, vários estudos têm incidido sobre as variáveis que podem influenciar a adesão ao tratamento entre as quais as crenças religiosas, cuja influência na adesão ao tratamento passa sobretudo por uma melhoria na qualidade de vida, uma melhor rede de suporte social e representações mais positivas da doença pela comunidade religiosa (Borrás et al., 2007).

Assim, as crenças religiosas devem ser tidas em conta, na medida em que afectam o *self* e podem ser preciosas para a recuperação, instituindo esperança, objectivos e significado na vida destes pacientes o que fará aumentar a adesão ao tratamento, motivo pelo qual os técnicos de saúde devem incorporá-las no tratamento dos pacientes psicóticos (Borrás et al., 2007)

Apesar de Siddle, Haddock, Tarrier & Faragher (2004) terem encontrado na sua investigação resultados contraditórios relativamente a muitas investigações refutando a hipótese de a religião possuir um efeito adverso na adesão ao tratamento a curto prazo e, além disso não terem encontrado evidências que suportem a existência de diferenças entre a presença e a ausência de crenças religiosas, a religião parece fornecer uma forma para lidar com sentimentos de insuficiência muito frequentes neste tipo de população.

Assim quando não se verificam outras formas de suporte, fornecendo explicações possíveis, quando nenhuma outras parecem convincentes e trazendo um sentido de controlo sobre o sagrado quando a vida parece fora de controlo. A religião fornece ainda novos objectos significativos quando os antigos deixam de fazer sentido (Mohr et al., 2006).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 5 - METODOLOGIA

O conteúdo deste capítulo destina-se à apresentação da metodologia da parte empírica do estudo. Ao longo dos subcapítulos, serão descritos os objectivos da investigação, as hipóteses levantadas para a concretização da investigação, as variáveis estudadas, o plano de investigação, as hipóteses de investigação, os participantes, as medidas utilizadas, os procedimentos de recolha de dados e os procedimentos estatísticos utilizados para o efeito.

5.1. OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

O objectivo geral deste estudo é analisar as relações entre a percepção de esquizofrenia, crenças sobre os medicamentos, adesão ao tratamento e crenças religiosas em indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia. Pretende-se assim analisar a forma como as representações/percepções da doença e crenças sobre a medicação e o tratamento influenciam a adesão ao tratamento farmacológico tendo como base o modelo de Auto-Regulação de Leventhal.

O desenvolvimento desta investigação foi norteado pelos seguintes objectivos específicos:

1. Identificar e descrever as representações de doença em indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia, comparando as representações mediante os subtipos de esquizofrenia existentes na amostra.
2. Analisar o papel da percepção de doença e das crenças sobre a medicação prescrita na adesão ao tratamento
3. Verificar o efeito moderador ou mediador da variável crenças religiosas na adesão ao tratamento.
4. Explorar a importância das variáveis sócio-demográficas e clínicas, nas representações de doença e na adesão ao tratamento.

5.2. HIPÓTESES

De acordo com a revisão literatura realizada na primeira parte deste estudo, as hipóteses de investigação são as seguintes:

1. Prevê-se que a percepção de esquizofrenia seja um preditor significativo da adesão ao tratamento.
2. Prevê-se que as crenças sobre a medicação influenciem a adesão ao tratamento
3. Prevê-se que a relação entre as percepções de esquizofrenia e a adesão aos tratamentos variem consoante as crenças religiosas.
4. Pretende-se investigar o efeito moderador da variável religiosidade na relação da percepção de esquizofrenia com a adesão ao tratamento.

5.2.1 ANÁLISES EXPLORATÓRIAS

Tendo em conta a existência de várias variáveis no que refere às representações de doença, o estudo será complementado com a realização de análises exploratórias, com o objectivo de analisar a relação entre as seguintes variáveis:

1. Variáveis Sócio-demográficas (habilitações literárias, situação laboral e proveniência) e tipologia de esquizofrenia (psicose esquizofrénica, esquizofrenia paranóide e esquizofrenia residual).
2. Variáveis clínicas (anos de evolução dos sintomas, número de internamentos e idade de início dos sintomas) e identidade da doença

5.3. VARIÁVEIS ESTUDADAS

Enumeram-se, desta forma, as variáveis estudadas já identificadas na formulação dos objectivos e hipóteses, tendo as mesmas sido seleccionadas tendo em vista os objectivos da presente investigação, hipóteses e análises exploratórias anteriormente referidas.

5.3.1. VARIÁVEIS PREDITORAS/MODERADORAS

Foram consideradas as seguintes variáveis predictoras:

1. Grupos clínicos com o diagnóstico de psicose esquizofrénica, esquizofrenia paranóide ou esquizofrenia residual.
2. Percepção de esquizofrenia
3. Crenças sobre a medicação/tratamento
4. Espiritualidade

5.3.2. VARIÁVEIS DE RESULTADO:

5. Adesão ao tratamento medicamentoso.

5.3.3. VARIÁVEIS SOCIO-DEMOGRÁFICAS:

- Idade
- Sexo
- Estado civil
- Habilitações
- Estado profissional actual
- Área de residência
- Composição do agregado familiar

5.3.4. VARIÁVEIS CLÍNICAS E DADOS CLÍNICOS

Para possibilitar a caracterização da amostra em estudo e a realização das análises exploratórias foram consideradas as seguintes variáveis:

- Tipo de esquizofrenia
- Anos de evolução dos sintomas
- Anos de diagnóstico
- História familiar da doença
- Medicação
- Internamentos

5.4. PARTICIPANTES

Participaram no estudo sujeitos com o diagnóstico de esquizofrenia (há mais de 3 anos), em consulta externa num hospital da Região do Alentejo, em Portugal, que tenham tido pelo menos um internamento devido a um episódio de psicose.

Os participantes no estudo foram seleccionados de acordo com os seguintes critérios:

1. Homens e Mulheres com idade igual ou superior a 21 anos e inferior a 56 anos.
2. Admitidos em consulta externa
3. Em fase de estabilização da doença
4. Com capacidade para responder aos questionários.

O método de amostragem baseou-se num procedimento de amostragem simples utilizando o método de listagens (Almeida & Freire, 2003), uma vez que nos foi facultada uma listagem com possíveis participantes no estudo.

Tendo em consideração estes critérios foram contactos 40 sujeitos, 7 dos quais recusaram a responder aos questionários argumentando indisponibilidade devido à necessidade utilização de transportes para a deslocação. A taxa de adesão foi, desta forma de 82,5 (N=33).

5.4.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

Procedemos à análise da caracterização sócio demográfica da amostra que pode ser analisada no quadro 5.1. Dos 33 participantes no estudo 18 são do sexo masculino (54,5%) e 15 do sexo feminino (45,5%), com idades compreendidas entre os 24 e os 56 anos. A média de idades para o total da amostra é de 38,73 (D.P.=9,4). Para os homens a média das idades é de 40,67 (D.P.=1,01) e para as mulheres a média de idades é de 36,4 (D.P.=8,08). As diferenças entre as médias das idades não se revelaram estatisticamente significativas ($t(31)=1,31$, $p=0,2$). Quando a variável idade é categorizada em dois grupos, dos 24 aos 40 anos (45,5%) e dos 41 aos 56 anos (54,55%) de idade, as médias das idades são de 31 (D.P.= 3,68) e de 48 (4,08) respectivamente.

Representações de Doença, Espiritualidade e Adesão ao Tratamento

Quadro 5.1.- Caracterização sócio-demográfica dos participantes, por frequência, percentagem, média e desvio-padrão (n=33).

VARIÁVEIS	*n	%	M	D.P.
Género				
Feminino	15	45,5		
Masculino	18	54,5		
Idade	33	100	38,73	9,4
Estado civil				
Solteiro	21	63,6		
Casado	7	21,2		
Divorciado	5	15,2		
Habilitações Literárias				
Primeiro Ciclo	7	21,2		
Superior ao primeiro ciclo	24	72,7		
Outros	2	6,1		
Área de residência				
Rural	15	45,5		
Urbana	18	54,5		
Situação Laboral				
Activos	9	27,3		
Desempregado	20	60,6		
Reformado	4	12,1		
Composição do agregado familiar				
Cônjuge/companheiro	1	3		
Família restrita	7	21,2		
Família Alargada	16	48,5		
Sozinho	8	24,2		
Outro	1	3		

*n (Número de casos válidos)

Na análise por género, pode-se constatar que 55,6% dos homens tem idades compreendidas entre os 41 e os 56 anos de idade, e que apenas 24,24% dos homens têm idades entre os 24 e os 40 anos de idade. No caso das mulheres, podemos verificar que 66,7% têm idades compreendidas entre os 24 e os 40 anos e apenas 33,3% possuem idades compreendidas entre os 41 e os 56 anos de idade. Porém, apesar de não existir uma relação significativa entre o género e a idade (χ^2 , (1, N=33)=1,685, $p=0,194$), podemos inferir a partir da análise de frequências que a maioria dos homens possui idades superiores a 46 anos e que a maioria das mulheres possui idades inferiores a 40 anos.

5.4.1.1. Diferenças sócio-demográficas de acordo com a variável género

A amostra é constituída por 45,5% de elementos do sexo feminino e 54,5% de elementos do sexo masculino. Conforme indica o quadro 5.2, o grupo etário mais representativo nas mulheres encontra-se entre os 24 e os 40 anos (66,7%) com uma média de 31,4 anos (DP=3,5). No caso masculino as classes que se destacam são as de idades compreendidas entre os 41 e os 56 anos com uma média de 48,8 (DP=4,2)

Relativamente ao estado civil, quer no sexo masculino quer no sexo feminino a maioria dos sujeitos não são casados. No sexo feminino 33,3 % são casados e 66,7% são solteiros. No que respeita ao sexo masculino, 11,1% dos sujeitos são casados, 61,1% dos sujeitos são solteiros e 27,8% dos sujeitos são divorciados, sendo o resultado do teste χ^2 (2, N=33)=6,11, $p=0,047$ comprovativo da relação existente entre o sexo e o estado civil dos participantes do estudo.

No que diz respeito às habilitações literárias, no sexo feminino 46,6% dos sujeitos possui o 9º ano de escolaridade, 13,3% possuem o ensino secundário e 6,7% aprenderam a ler e a escrever com uma professora particular. No caso do sexo masculino a maioria dos sujeitos (66,6%) possui o 9º ano de escolaridade, sendo que 11,1% possui o ensino secundário completo, 5,6% possui um curso superior e 5,6% não frequentou a escola.

Relativamente à situação laboral, 33,3% dos sujeitos do sexo feminino estão empregados e 66,7 % não se encontram activos, dos quais 40% estão desempregados e 26,7% estão reformados. No que concerne com o sexo masculino 22,2% estão empregados e 77,8% encontram-se desempregados, existindo uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis sexo e situação laboral (χ^2 (2, N=33)=7,097, $p=0,029$), o que evidencia o grande número de sujeitos desempregados no grupo do sexo masculino por oposição ao sexo feminino.

No que respeita ao agregado familiar, no caso do sexo feminino existe uma proporção igual de sujeitos 33,3% a viver com a família restrita ou com a família alargada. Dos restantes, 20% vivem sozinhos, 6,7% vivem com o cônjuge/companheiros e 6,7% num lar. Já no que respeita ao sexo masculino, 11,1% vivem com a família restrita, 61,1% vivem com a família alargada e 27,8 vivem sozinhos.

Ao cruzar as variáveis habilitações literárias com a variável idade dividida em dois grupos, o teste t para amostras independentes evidencia diferenças entre as médias com relevância estatística ($M=38,73$, $D.P.= 9,40$), $t(31)=-2,34$, $p 0,026$.

Quadro 5.2.-Distribuição absoluta e percentual das características sócio demográficas, de acordo com o sexo e resultados dos testes Qui-Quadrado

Variáveis	Sexo				χ^2	P
	Feminino		Masculino			
	(n=15)		(n=18)			
	n	%	n	%		
Idades						
24 aos 40	10	66,7	8	44,4	21,57	0,546
41 a 56	5	33,3	10	55,6		
Estado Civil						
Casados	5	33,33	2	11,11	6,11	0,047
Não Casados	10	66,7	16	88,89		
Escolaridade						
0-4 anos	5	33,3	2	11,1	5,77	0,329
5-9 anos	7	46,6	12	66,6		
≥10 anos	3	20	4	22,3		
Situação laboral						
Activos	5	33,3	4	22,2	7,097	0,029
Não activos	10	66,7	14	77,8		
Agregado familiar						
Família restrita cônjuge e filhos	5	33,3	2	11,1		
Família Alargada	5	33,3	11	61,1	5,81	0,214
Outros	5	33,4	5	27,8		
Área de residência						
Meio rural	7	46,7	8	44,4	0,016	0,898
Meio urbano	8	53,3	10	55,6		

De um modo geral, os resultados não evidenciam diferenças estatisticamente significativas, de modo que não conseguimos tirar muitas conclusões ao analisar as variáveis por sexo. Porém, os homens parecem ter uma maior percentagem de

desemprego o que pressupõe um maior desfavorecimento social em relação às mulheres, dado que nos participantes do sexo masculino não existem sujeitos reformados.

Além da situação laboral salienta-se também o estado civil, também podemos registar diferenças favoráveis ao sexo feminino, existindo um maior número de participantes casado e com uma menor incidência de divórcios, o que sugere, uma vez maior um maior isolamento e desfavorecimento dos sujeitos do sexo masculino.

5.4.1.2. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES POR DIAGNÓSTICO

Relativamente ao diagnóstico, dos 33 participantes neste estudo, 12 (36,4%) têm o diagnóstico de Psicose Esquizofrénica, 9 (27,3%) têm o diagnóstico de Esquizofrenia Residual e 12 (36,4%) têm o diagnóstico do Esquizofrenia Paranóide.

A média das idades dos participantes com o diagnóstico de psicose esquizofrénica é de 37,67 (D.P.= 8,38), no que respeita aos participantes com o diagnóstico de esquizofrenia residual a média das idades é de 43,11 (D.P.=1,11) e finalmente os participantes com o diagnóstico de psicose esquizofrénica possuíam idades com uma média de 37,50 (D.P.=8,72).

No quadro 5.3., podemos observar que nenhuma das variáveis é significativa quando analisada segundo o diagnóstico. Porém podemos verificar que no que respeita às idades, os participantes com o diagnóstico de esquizofrenia residual possuem uma média superior de 43,11 (D.P.= 1,11) à dos participantes com o diagnóstico de psicose esquizofrénica 36,67 (D.P.=8,38) e de esquizofrenia paranóide 37,5 (D.P.=8,72).

Para todos os grupos diagnósticos, no que respeita ao estado civil, a maioria dos participantes é solteiro. É também de notar que relativamente às habilitações literárias, a maioria dos participantes possui uma escolaridade superior ao primeiro ciclo, sendo que um dos participantes com o diagnóstico de psicose esquizofrénica apenas aprendeu a ler e a escrever com uma professora particular.

No que concerne ao agregado familiar, a maioria dos participantes vive com a família alargada. Para todos os grupos diagnósticos a maioria reside em meio urbano, com exceção dos participantes com o diagnóstico de psicose esquizofrénica grupo no qual existe uma igual percentagem (50%) a residir em meio rural e em meio urbano.

Capítulo 5 – Metodologia

Quadro 5.3.– características sócio-demográficas dos participantes por diagnóstico, por frequência, percentagem, média, desvio-padrão, Qui-Quadrado (N=33).

DIAGNÓSTICO	Psicose esquizofrénica				Esquizofrenia residual				Esquizofrenia paranóide				χ^2	P
	n	%	M	D.P	n	%	M	D.P	n	%	M	D.P.		
Género													1,41	0,5
Feminino	7	41,7			6	66,7			7	51,3				
Masculino	5	58,3			3	33,3			5	41,7				
Idade	12	36,4	36,67	8,38	9	27,2	43,11	1,11	12	36,4	37,5	8,72	42,93	0,6
Estado Civil														
Solteiro	7	58,3			6	66,7			8	66,6				
Casado	4	33,3			2	22,2			1	8,3			3,09	0,54
Divorciado	1	8,3			1	11,1			3	25				
Habilitações literárias														
Primeiro ciclo	3	25			3	33,3			1	8,3			6,13	0,8
Superior ao Primeiro Ciclo	8	66,6			6	66,7			11	91,7				
Outro	1	0,08												
Situação laboral														
Empregado	5	41,7			2	22,2			2	16,7			5,18	0,22
Desempregado	5	41,7			5	44,			10	83,3				
Reformado	2	16,7			2	22			0	0				
Agregado familiar														
Cônjuge companheiro	1	8,3												
Família restrita	4	33,3			2	22,2			1	8,3			7,63	0,47
Família alargada	4	33,3			4	44,4			8	66,7				
Sozinho	3	25			2	22,2			3	25				
Outros					1	11,1			0	0				
Área de residência														
Meio rural	6	50			4	44,4			5	41,7			0,17	0,91
Meio urbano	6	50			5	55,6			7	58,3				

Desta forma, podemos concluir que no que respeita aos diferentes tipos de esquizofrenia, as diferenças sócio-demográficas entre os participantes não são de relevância estatística, o que indica alguma homogeneidade no grupo no que respeita à sua situação sócio-demográfica por tipo de diagnóstico.

5.4.2.1 Características clínicas dos participantes por diagnóstico

De seguida serão apresentadas as principais características dos participantes relativamente ao diagnóstico, que podem ser observadas no quadro 5.4.

Quadro 5.4. - características clínicas dos participantes por diagnóstico, por frequência, percentagem, média, desvio padrão e Qui-Quadrado

DIAGNÓSTICO	Psicose esquizofrênica				Esquizofrenia residual				Esquizofrenia paranóide				χ^2	P
	n	%	M	D.P	n	%	M	D.P	n	%	M	D.P.		
Idade quando apareceram os primeiros sintomas?	12													
15-18 anos	3	25	17	1	1	11,1	18		2	16,7	17,5	0,71	32,39	0,350
19-22 anos	3	25	21,3	1,15	1	11,1	20		5	41,7	20,6	1,14		
23-26 anos	5	41,7	24	1,22	2	22,2	25		3	25	25	1		
>26anos	1	8,3	27		5	55,6	29,6	1,14	2	16,7	30	0		
Há quantos anos tem estes sintomas?	12													
5-10	3	25	8	2,65	2	22,2	6	0	4	33,3	7,25	1,89	39,26	0,41
11-20 anos	6	50	13,5	2,43	5	55,6	18,2	1,64	5	41,7	15,2	3,42		
> 20 anos	3	25	24,33	4,04	2	22,2	24	1,41	3	25	24	2		
Há quantos anos tem este diagnóstico	12													
0-5 anos	1	8,3	5	0	0	0			1	8,3	5		31,44	0,39
5-10 anos	6	50	9,17	0,98	3	33,3	7,33	2,31	3	25	7,67	2,08		
> 10 anos	5	41,7	18,6	5,18	6	66,7	19	3,74	8	66,7	17,8	5,36		
Quantos internamentos?	12													
1-3	9	75	2	0,5	5	55,6	1,8	0,84	7	58,3	2,14	0,9	10,6	0,39
4-6	3	25	4,33	0,58	4	44,4	5	0,82	5	41,7	4,2	0,48		
>6														
Toma medicação?	12													
Sim	12	100			9	100			12	100				
Não	0	0			0									
Tem alguém na sua família com esta doença?	12	100			9	100							1,630	0,443
Sim	4	33,3			1	11,1							4	33,3
Não	8	66,7			8	88,9							8	66,7
Qual o grau de	4				1								4	

parentesco?					
Pai	1	25		3	75
Mãe	2	50	1	100	
Irmandos	1	25			
Tios	0			1	25

No que respeita à questão *com que idade lhe apareceram os primeiros sintomas da doença que o trás às consultas de psiquiatria*, 25% dos participantes com o diagnóstico de psicose esquizofrénica refere que a idade que tinha quando apareceram os primeiros sintomas estava situada entre os 15 e os 18 anos com uma média de 17 (D.P.=1), 25% refere o início dos seus sintomas entre os 19 e 22 anos com uma média de 21,3 (D.P.=1,15). A maioria dos participantes com o diagnóstico de psicose esquizofrénica, com uma percentagem de 41,7% refere que o início dos seus sintomas se situou entre os 23 e os 26 anos com uma média de 24 (D.P.=1,22) e apenas um participante refere a idade de início dos seus sintomas com mais de 26, mencionado que os seus sintomas começaram por volta dos 27 anos.

No grupo de participantes com o diagnóstico de esquizofrenia residual, apenas um participante refere que a idade de início dos seus sintomas foi aos 18 anos, do mesmo modo que apenas um participante refere que os seus sintomas começaram aos 20 anos. A percentagem de participantes que se encontra no grupo de aparecimentos dos sintomas situada entre os 23 e os 26 anos é de 22,2%, referindo ambos que os seus sintomas tiveram início aos 25 anos. A maioria dos participantes com o diagnóstico de esquizofrenia residual, 55,6% refere que os seus sintomas tiveram início com mais de 26 anos com uma média de 29,6 (D.P.=1,14).

Relativamente aos participantes com o diagnóstico de esquizofrenia paranóide, 16,7% referem que os seus sintomas começaram entre os 15 e os 18 anos, com uma média de 17,5 (D.P.= 0,71). A maioria dos participantes deste grupo diagnóstico, 41,7% refere que os seus sintomas tiveram início entre os 19 e os 22 anos, com uma média de 20,6 (D.P.= 1,14), 25% situa o início dos seus sintomas entre os 23 e os 26 anos com uma média de 25 (D.P.= 1). 16,7% considera que os seus sintomas começaram aos 30 anos.

Apesar das diferenças observadas no que respeita à idade de início dos sintomas entre os diferentes grupos em termos de percentagem, estas não são consideradas estatisticamente significativas ($\chi^2(30, N=33)=32,39, p=0,350$).

No que concerne à questão *Há quantos anos tem estes sintomas*, todos os grupos consideram que a duração dos seus sintomas se encontra entre os 11 e os 20 anos. Assim, 50% dos participantes pertencentes ao grupo com o diagnóstico de psicose esquizofrénica com uma média de 13,5 (D.P.= 2,43), 55,6% dos participantes com o diagnóstico de esquizofrenia residual, com uma média de 18,2 (D.P.=1,61) e 41,7% dos participantes com o diagnóstico de esquizofrenia paranóide com uma média de 15,2 (D.P.=3,42), sendo de notar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos diagnósticos tal como de pode observar no quadro 5.4.

Relativamente à questão *há quantos anos tem este diagnóstico?*, no grupo com psicose esquizofrénica 50% dos indivíduos refere ter este diagnóstico entre 5 a 10 anos, com uma média de 9,17 (D.P.=0,98). Os grupos com esquizofrenia residual e esquizofrenia paranóide referiram ter este diagnóstico há mais de dez anos. 66,7% dos participantes com esquizofrenia residual (média=19 e D.P.=3,74) e a mesma percentagem para os participantes com esquizofrenia paranóide (média=17,8 e D.P.=5,36), sendo de notar que as diferenças entre os grupos diagnósticos não são estatisticamente significativas, como pode ser observado no quadro 5.4. apesar das diferenças verificadas em termos de percentagem entre o grupo com psicose esquizofrénica e os grupos com esquizofrenia residual e esquizofrenia paranóide.

No que respeita à questão *quantos internamentos já teve desde o início dos sintomas?* 75% dos participantes com o diagnóstico de psicose esquizofrénica (média = 2 e D.P.=0,5), 55,6% dos participantes com o diagnóstico de esquizofrenia residual (média = 1,8 e D.P.=0,84) e 58,3% dos participantes com o diagnóstico de esquizofrenia paranóide (média = 2,14 e D.P.=0,9) já estiveram internados num intervalo entre 1 e 3 internamentos, sendo de notar, tal como indicam as percentagens, que não existem diferenças estatisticamente significativas.

A questão *toma medicamentos para controlar os sintomas dos seus problemas de saúde mental?* teve uma resposta positiva de todos os participantes, 100% dos participantes estão a ser medicados para controlar os seus problemas de saúde mental.

As últimas duas questões para obter dados clínicos dos participantes dizem respeito à possível hereditariedade da doença. A primeira questão *“existe alguém na sua família com a mesma doença que o traz às consultas de psiquiatria?”* 33,3% dos participantes com o diagnóstico de psicose esquizofrénica responde “sim” e a mesma percentagem de participantes com o diagnóstico de esquizofrenia paranóide. No que respeita aos participantes com o diagnóstico de esquizofrenia residual, apenas um participante (11%) responde sim a esta questão.

A última pergunta apenas era respondida por quem dissesse “sim” à questão anterior, e era *quem?*. No grupo com o diagnóstico de psicose esquizofrénica 25% refere ter a mesma doença que o pai, 50% refere ter a mesma doença que a mãe e 25% a mesma doença que o irmão. No grupo com o diagnóstico de esquizofrenia residual, o participante que refere ter alguém na sua família com a mesma doença refere tratar-se da mãe. Finalmente no grupo com o diagnóstico de esquizofrenia paranóide, 75% refere ter a mesma doença que o pai e um participante refere ter um tio com o mesmo tipo de problemas de saúde mental. Desta forma, em termos de hereditariedade a mãe acaba por ser o grau de parentesco mais frequente nos participantes com o diagnóstico de psicose esquizofrénica e o pai nos participantes com o diagnóstico de esquizofrenia paranóide, sendo de notar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos.

5.5. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Neste sub-capítulo será apresentada uma breve descrição sobre os dados relativos ao desenvolvimento e origem de cada instrumento utilizado neste estudo, sendo de notar que a informação adicional sobre cada uma dos instrumentos será mencionada sempre que assim se revele pertinente. Depois de cada apresentação inicial, seguir-se-á a apresentação das qualidades psicométricas de cada questionário na amostra do presente estudo.

Considerando as variáveis em estudo, foram desenvolvidos dois questionários: o questionário sócio-demográfico foi adaptado de Sousa & McIntyre (2002) de acordo com os objectivos do presente estudo e o questionário clínico foi desenvolvido especificamente para este estudo. Para o IPQS foi realizado um estudo das qualidades psicométricas do questionário numa amostra portuguesa, para o BMQ, RAM e Questionário de espiritualidade usamos os dados obtidos no presente estudo.

Todos os instrumentos utilizados neste estudo são instrumentos de auto-relato. Desta forma, os instrumentos utilizados foram:

- Questionário de dados sócio-demográficos (Sousa & McIntyre, 2002), adaptado por Ginó para este estudo.
- Questionário de dados clínicos (elaborado por Ginó para este estudo)
- IPQS: Illness Perception Questionnaire for Schizophrenia (Lobban, Barrowclough & Jones, 2005). Versão experimental portuguesa (Claudino, 2008)

- RAM – Reported adherence to medicines (Horne, Weinaman e Hankins, 1997), Versão portuguesa (Pereira e Silva, 1999)
- BMQ – Beliefs about medicines questionnaire (Horne, Weinman & Hankins, 1997) versão portuguesa (Pereira e Roios, 1999)
- Questionário de espiritualidade (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007)

5.5.1. QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

O questionário sócio-demográfico (elaborado por Sousa e McIntyre, 2002), foi desenvolvido com o objectivo de recolher dados demográficos, sociais e culturais dos doentes. Este questionário é constituído por 8 questões de resposta múltipla. Os itens dizem respeito à idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, área de residência, profissão, estado profissional actual e composição do agregado familiar.

5.5.2. QUESTIONÁRIO CLÍNICO

O questionário clínico elaborado por Ginó para este estudo avalia os dados que dizem respeito à condição clínica dos participantes, sendo composto por 8 itens de resposta breve que dizem respeito à idade com que apareceram os primeiros sintomas, aos anos de evolução dos sintomas, aos anos de diagnóstico, número de internamentos, histórico familiar da doença e uma questão relativa à prescrição de medicamentos para o problema de saúde mental.

5.5.3. ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE FOR SCHIZOPHRENIA: IPQS

5.5.3.1. Origem e desenvolvimento

Com base no interesse crescente na área da Psicologia da Saúde em investigar as representações de doença, na tentativa de compreender os processos de coping que os sujeitos realizam perante uma doença e de desenvolver intervenções para que seja possível realizar intervenções no sentido de facilitar a auto-gestão de doenças crónicas, surgiu por parte de Weinman, Petrie, Moss-Morris & Horne (1996) a necessidade de desenvolver um questionário teoricamente fundamentado e psicometricamente válido ao mesmo tempo que flexível para o seu utilizador, na medida em que seja possível

acrescentar itens de acordo com grupos específicos de doentes, bem como a contextos específicos.

Tendo como pano de fundo estes objectivos, foi construída a primeira versão do IPQ, cujas propriedades psicométricas foram avaliadas tendo por base sete grupos de sujeitos com diferentes doenças (Weinman et al., 1996).

O resultado foi um questionário com cinco subescalas que mede as cinco componentes das representações de doença descritas por Leventhal (1984).

Depois desta primeira versão, Moss-Morris et al (2001), apresentam a sua versão revista do IPQ, o IPQ-R. Esta revisão acrescentou a avaliação das respostas emocionais geradas pela doença. Para além da componente representacional, procuraram também encontrar uma forma de avaliar a forma pela qual as representações de doença contribuem para uma compreensão coerente da doença por parte dos pacientes.

Assim, surgiu uma nova subescala para medir a coerência da doença (o sentido de ter uma compreensão clara da doença). As dimensões de controlo, cura e a duração foram subdivididas e diferenciadas entre o controlo pessoal e o controlo pelo tratamento, duração aguda/crónica e episódica. Para além das subescalas de crenças também está incluída uma subescala para avaliar a resposta emocional aos sintomas Moss-Morris et al., (2001).

Desta forma, para realizar a avaliação das qualidades Psicométricas deste instrumento participaram oito grupos de sujeitos com diferentes tipos de doenças.

Depois de conseguirem um melhoramento da versão original, com boas qualidades psicométricas, Moss-Morris et al. (2002) sugerem a adaptação do IPQ-R a grupos específicos de doença, sugestão esta lançada já pelo grupo que desenvolveu o IPQ. Tendo por base esta sugestão surgiu o IPQS, ou seja, Illness Perception Questionnaire for Schizophrenia de Lobban et al. (2005).

Na literatura da saúde física, a importância de compreender variações nas respostas emocionais e comportamentais perante a doença tem sido demonstrada. No caso da saúde mental a ênfase é dada na investigação de relações entre as crenças sobre a doença e as respostas individuais perante a mesma (Lobban et al., 2005).

Para adaptar este questionário para pacientes com esquizofrenia, foram necessárias algumas alterações ao IPQ-R, de forma a torná-lo mais adequado para esta população. Estas modificações foram realizadas com base nos resultados das entrevistas efectuadas a pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. A validade da medida foi testada realizando associações entre as crenças sobre esquizofrenia, a severidade dos sintomas, o estado emocional, bem como as atitudes sobre a adesão à medicação (Lobban et al., 2005).

As principais alterações relativamente ao IPQ-R são o facto de neste questionário os termos doença e sintomas serem utilizados como sinónimos, o que implica uma visão médica acerca dos problemas de saúde. Desta forma, no IPQS o termo doença foi substituído pelo termo “problemas de saúde mental”, pois no caso específico da esquizofrenia, muitas pessoas experienciam os sintomas, mas não os associam a uma doença, nem se vêm a si próprias como “doentes”, ou então reportam outros tipos de problemas de saúde como ansiedade ou depressão (Lobban et al., 2005).

Na subescala de *identidade*, a lista de sintomas do IPQ-R encontrava-se associada a problemas de saúde comuns relativamente à saúde física. Foi então construída uma lista adaptada especificamente à esquizofrenia. Esta lista foi construída utilizando uma lista de todos os sintomas mencionados nas entrevistas de Lobban & Barrowclough, tendo sido incluídos também os critérios de diagnóstico do DSM-IV. Os sujeitos teriam assim de responder quais das experiências apresentadas se relacionavam com os seus problemas de saúde mental, se eram devidas aos efeitos secundários da medicação ou então se seriam devidas a outros factores, de forma que os problemas de saúde mental e os efeitos secundários da medicação não fossem confundidos neste questionário. O resultado final foi 58 itens para esta subescala (Lobban et al., 2005).

Na subescala de *causas da doença*, composta por 26 itens foram realizadas modificações à lista de potenciais causas da doença, de forma a reflectir várias possibilidades sugeridas nas entrevistas qualitativas. Doze itens do IPQ-R foram mantidos, quatro itens foram eliminados e foram acrescentados os seguintes itens: “*tomar drogas ilícitas*”, “*o comportamento da minha família*”, “*falta de amigos ou pessoas que tomassem conta de mim*”, “*desequilíbrio químico do cérebro*”, “*trauma*”, “*morte de alguém que amava*”, “*preocupações financeiras*”, “*alguém colocou drogas ilícitas na minha bebida*”, “*falta de sono*”, “*pensar demais nas coisas*”, “*ser gozado na escola*” e “*a minha educação*”. Os itens são respondidos numa escala tipo Likert na qual 1= *discordo fortemente* e 5= *concordo fortemente* (Lobban et al., 2005).

A subescala *duração aguda/crónica* é composta por 6 itens, sendo pedido ao sujeito que indique a medida na qual concorda ou discorda com afirmações numa escala de 5 pontos em (1= *discordo fortemente* e 5= *concordo fortemente*) (Lobban et al., 2005).

No que respeita à subescala de *duração cíclica*, de quatro itens, registaram-se alterações relativamente à versão do IPQ-R, de forma a melhor reflectirem a natureza da esquizofrenia (Lobban et al., 2005).

Na subescala *consequências*, composta por 11 itens, quatro dos seis itens originais foram mantidos. Foram acrescentados mais sete itens, que procuram especificar as consequências e mudanças verificadas, levantando questões sobre o impacto no trabalho, relações importantes, família, vida social, capacidade para realizar as tarefas quotidianas e percepções de valor para os outros. Além destes itens, foi acrescentado um item para avaliar percepções de efeitos positivos que os problemas de saúde mental possam ter tido (com cotação inversa), que reflecte algumas manifestações obtidas nas entrevistas (Lobban et al., 2005).

A subescala de *controlo pessoal* é dividida em duas subescalas que avaliam as percepções de controlo pessoal (4 itens) como “*nada do que eu faça vai afectar os meus problemas de saúde mental*” e auto-culpabilização (3 itens) com itens como “*se eu me esforçasse mais poderia controlar os meus sintomas*”. Esta divisão foi realizada devido ao facto de estas crenças poderem ter impactos muito diferenciados no desenvolvimento da doença bem como nas respostas emocionais (Lobban et al., 2005).

Na subescala de *controlo pelo tratamento* foram mantidos os cinco itens originais do IPQ-R (Lobban et al., 2005).

Na subescala de coerência da doença foram mantidos quatro dos cinco itens originais do IPQ-R, tendo o item “a minha doença é um mistério para mim” sido substituído por “sinto que não sei nada sobre os meus problemas de saúde mental”.

A subescala de representação emocional é constituída por 9 itens, tendo sido incluídos todos os itens do IPQ-R original e acrescentados três itens para avaliar a desvalorização, frustração e sentimento de perda sendo estas representações emocionais expressas nas entrevistas qualitativas.

5.5.3.2. Cotação

Na subescala de identidade atribui-se uma proporção relativamente às respostas “sim, devido aos meus problemas de saúde mental”, “sim, devido aos efeitos secundários da medicação” e “sim, devido a outros factores”.

Pontuações elevadas na subescala duração aguda/crónica denotam uma duração crónica, as pontuações oscilam entre 1 e 5 em que 1= discordo totalmente e 5= discordo totalmente.

Pontuações elevadas na subescala *duração cíclica* denotam uma duração cíclica as pontuações oscilam entre 1 e 5 em que 1= discordo totalmente e 5= discordo totalmente.

Uma elevada cotação na subescala *consequências* denota uma percepção de um grande nível das consequências negativas como resultado dos problemas de saúde

mental, as pontuações oscilam entre 1 e 5 em que 1= discordo totalmente e 5= concordo totalmente.

Uma elevada cotação na subescala de *controlo pessoal* denota a percepção de ter um elevado controlo pessoal e na subescala de *auto-culpabilização* denota um elevado grau de auto-culpabilização, as pontuações oscilam entre 1 e 5 em que 1= discordo totalmente e 5= concordo totalmente, com excepção dos itens “*nada do que eu faça vai afectar os meus problemas de saúde mental*” e “*as minhas acções não terão qualquer efeito sobre os meus problemas de saúde mental*”, que são itens de cotação inversa.

Uma elevada cotação na subescala de controlo pelo tratamento denota a crença de que o tratamento vai ajudar a gerir os problemas de saúde mental. As pontuações oscilam entre 1 e 5 em que 1= discordo totalmente e 5= concordo totalmente, com excepção dos item “*Existem poucos tratamentos disponíveis que possam melhorar os meus problemas de saúde mental*” que é um item de cotação inversa.

Uma cotação elevada na subescala de coerência da doença denota uma percepção de não possuir uma compreensão clara sobre os problemas de saúde mental, as pontuações oscilam entre 1 e 5 em que 1= discordo totalmente e 5= concordo totalmente, com excepção dos item “*tenho uma ideia ou compreensão clara dos meus problemas de saúde mental*”, que é um item de cotação inversa.

Uma cotação elevada na subescala de reapresentação emocional denota uma elevada resposta emocional negativa como resultado dos problemas de saúde mental. As pontuações oscilam entre 1 e 5 em que 1= discordo totalmente e 5= concordo totalmente, com excepção dos item “*os meus problemas de saúde mental não me preocupam*”, que é um item de cotação inversa.

5.5.3.3. Características psicométricas

No estudo de validação o IPQS foi aplicado a doentes com o diagnóstico de esquizofrenia ou desordens esquizoafectivas. Os restantes sujeitos possuíam o diagnóstico de psicose ou psicose paranóide. Foram realizadas entrevistas prévias aos participantes em duas ocasiões, com aproximadamente 6 meses de diferença entre si (Lobban et al., 2005).

Os alfas de cronbach foram calculados para todas as subescalas que medem dimensões coerentes. Todos os alfas possuem valores aceitáveis entre 0,7 e 0,9 com excepção das subescalas que medem o controlo pessoal ($\alpha=0,68$) e a auto-culpabilização ($\alpha=0,47$), sendo a última claramente (Lobban et al., 2005).

A média das correlações inter-item da versão original do IPQS oscila entre 0,23 e 0,53. Os resultados da subescala duração aguda / crónica sugerem que alguns dos seus itens podem ser redundantes (Lobban et al., 2005).

As correlações de Pearson demonstram que existem relações significativas entre as subescalas, apesar de nenhuma das correlações serem grandes o suficiente para sugerir que estavam a medir o mesmo construto de base, uma vez que todas elas se encontravam abaixo de 0,7. Os resultados das correlações sugeriram que um grande nível de emoções negativas está associado a um maior número de sintomas percebidos, e que uma duração crónica e cíclica estavam associadas a uma percepção de ter uma compreensão clara da doença e de uma forma mais acentuada com uma forte percepção de consequências negativas. Ter uma percepção de não compreender a doença encontra-se negativamente associado com a percepção de ser capaz de controlar os problemas pessoalmente. As crenças de controlo pessoal e pelo tratamento encontram-se positivamente associadas. Finalmente, uma grande percepção de consequências negativas encontra-se associado à percepção de mais sintomas e com uma duração mais crónica e cíclica (Lobban et al., 2005).

Da fidelidade teste-reteste, medida em períodos de duas semanas e seis meses, percebeu-se que todas as subescalas com exceção da subescala de controlo pessoal, mostravam correlações positivas altas no período de duas semanas (range $r_s = 0,57$ para $r_s = 0,95$) e também no período de seis meses (range $r_s = 0,31$ para $r_s = 0,73$), sendo de salientar que não se registaram diferenças significativas nos resultados em cada momento de avaliação ($p < 0,01$). Relativamente à subescala de auto-culpabilização, não houve estabilidade em nenhum dos momentos, motivo pelo qual não foram realizadas mais análises com ela (Lobban et al., 2005).

Para determinar as características psicométricas do IPQS foi realizado um estudo longitudinal correlacional com grupos representativos.

Para medir a validade concorrente e discriminante foi utilizado o PANSS: *The Positive and Negative Symptom Scale* (Kay, Fiszbein & Opler, 1987 cit in Lobban et al., 2005), utilizando para medir a sintomatologia psicótica corrente em termos de sintomas positivos e negativos. Foi também utilizado o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS: Zigmond & Snaith, 1983 cit in Lobban et al., 2005) no sentido de medir a ansiedade e a depressão. Finalmente, foi também utilizado o *The Drugs Attitude Inventory* (Zigmond, Awad & Eastwood, 1983 cit in Lobban et al., 2005) para medir as atitudes perante a medicação prescrita e a sua correlação com a adesão.

Uma forte identidade da doença (medida pelo número de sintomas descritos) é associado a maiores níveis de sintomas positivos pelo PANNS, apesar dos coeficientes de correlação não serem muito altos ($r_s = 0,238$), não existindo uma relação entre os

sintomas descritos na subescala de identidade e os sintomas negativos do PANSS, o que se pode dever a um número insuficiente de itens a medir os sintomas negativos no IPQS para além do facto de alguns sintomas negativos que podem ser observados na entrevista do PANSS não poderem ser observados no questionário IPQS como é o caso do embotamento afectivo, dificuldades no pensamento abstracto, etc. uma vez que dependem de observação, sendo muito difícil para os sujeitos reconhecer estes aspectos (Lobban et al., 2005).

Os pacientes que endossaram mais na subescala de identidade encontravam-se também mais ansiosos e mais deprimidos, atribuindo a maioria dos sintomas que experienciaram aos seus problemas de saúde mental, e fazendo menos atribuições a outros factores, reportando ainda atitudes mais positivas face à medicação. Ter a percepção de problemas de saúde mental como durante muito tempo (duração crónica) foi associado a mais sintomas positivos, a uma maior ansiedade e depressão. Contudo, perceber o padrão cíclico está associado à ansiedade mas não à depressão (Lobban et al., 2005).

A subescala de consequências negativas correlacionou-se com o ter mais sintomas e sentir-se mais ansioso e deprimido. Ter uma forte crença na capacidade de controlo pelo tratamento dos problemas de saúde mental, associou-se a uma menor depressão e está fortemente associado com atitudes mais positivas perante a medicação. Ter crenças fracas de controlo pessoal associou-se a mais sintomas negativos severos. A percepção de ter uma compreensão clara dos problemas de saúde mental associou-se ao aumento da depressão. E representação emocional da doença correlacionou-se quer com as subescalas de depressão quer de ansiedade do HADS. Existe também uma associação positiva entre a representação emocional e os níveis de sintomas positivos e negativos do PANSS (Lobban et al., 2005).

5.5.3.4. Características psicométricas na população portuguesa

5.5.3.4.1. Características da amostra experimental

Tendo em vista a realização de um estudo experimental do IPQS para a população portuguesa, foi recolhida uma amostra de 22 sujeitos que não participaram no estudo geral. Desses 22 sujeitos 10 possuíam o diagnóstico de psicose esquizofrénica, 5 o diagnóstico de esquizofrenia residual e 7 o diagnóstico de psicose esquizofrénica.

De um modo geral a caracterização sócio demográfica da amostra pode ser analisada no quadro 5.5.

Quadro 5.5. Caracterização sócio-demográfica da amostra de validação do IPQS por diagnóstico (N= 22)

DIAGNÓSTICO	Psicose esquizofrénica				Esquizofrenia residual				Esquizofrenia paranóide			
	n	%	M	D.P	n	%	M	D.P	n	%	M	D.P.
Género												
Feminino	5	50			3	60			4	57,1		
Masculino	5	50			2	40			3	42,9		
Idade	10		37,10	9,12	5		42,2	1,1	7		36,29	9,01
Estado Civil												
Solteiro	6	60			3	60			5	71,4		
Casado	3	30			1	20			1	14,3		
Divorciado	1	10			1	20			1	14,3		
Habilitações literárias												
Primeiro ciclo	3	30			2	40			1	14,3		
Superior ao Primeiro Ciclo	6	60			3	60			5	71,5		
Outro	1	10			0				1	14,3		
Situação laboral												
Empregado	4	40			1	20						
Desempregado	5	50			3	60			7	100		
Reformado	1	10			1	20						
Agregado familiar												
Cônjuge companheiro	1	10										
Família restrita	3	30			1	20			1	14,3		
Família alargada	4	40			2	40			4	57,1		
Sozinho	2	20			2	40			2	28,6		
Outros	0	0			0							
Área de residência												
Meio rural	6	60			1	20			2	28,6		
Meio urbano	4	40			4	80			5	71,4		

No quadro 5.6. está ilustrada a caracterização clínica dos sujeitos que participaram neste estudo.

Quadro 5.6.- caracterização clínica da amostra de validação do IPQS por diagnóstico (N=22)

DIAGNÓSTICO	Psicose esquizofrénica				Esquizofrenia residual				Esquizofrenia paranóide			
	n	%	M	D.P	n	%	M	D.P	n	%	M	D.P.
Idade quando apareceram os primeiros sintomas?			21,25	3,72			26	4,85			21,7	4,46
15-18 anos	3	30			1	10			2			
19-22 anos	3	30			0	0			3			
23-26 anos	3	30			0	0			2			
>26anos	1	10			4	40						
Há quantos anos tem estes sintomas?			15,6	7,11			16,2	6,3			14,5	6,97
5-10	2	20			1	20			2			
11-20 anos	6	60			3	60			3			
> 20 anos	2	20			1	20			2			
Há quantos anos tem este diagnóstico			13,3	6,67			13,2	5,36			13,8	6,99
0-5 anos	1	10			1	20						
5-10 anos	5	50			1	20						
> 10 anos	4	40			3	60						
Quantos internamentos?			2,7	1,25			2,8	1,64			3	1,41
1-3	7	70			3	60			4			
4-6	3	30			2	40			3			
>6	0	0			0				0			
Toma medicação?												
Sim	10	10			5	100			10			
Não	0	0			0				0			

Tem alguém na sua família com esta doença?					
Sim	4	40	1	20	2
Não	6	60	4	80	5

Qual o grau de parentesco?					
Pai	1	25			2 100
Mãe	2	50	1	100	
Irmãos	1	25			
Tios					

Utilizando estes participantes foram assim realizados os estudos experimentais de validade e de fidelidade para procurar verificar os seus resultados na população portuguesa.

5.5.3.4.2. Validade

1.Validade de construto

A validade de construto foi estudada recorrendo à análise factorial de componentes principais seguida de rotação *varimax*. Após a extracção e rotação para todos os itens excepto os itens da subescala identidade, para a qual de acordo com os autores, não fazia sentido realizar a análise de componentes, emergiram 8 factores com “*eigenvalues*” superiores a 2, tal como pode ser observado no quadro 5.7.

A totalidade dos factores explicam 79,14% da variância total inicial. O primeiro factor explica 28,26% da variância total inicial (*eigenvalue* de 13,28), o segundo factor explica 12,3% da variância (*eigenvalue* de 5,78), o terceiro factor 8,78% da variância (*eigenvalue* de 4,13), o quarto factor 7,76% da variância (*eigenvalue* de 3,65), o quinto factor 6,03% da variância (*eigenvalue* de 2,83), o sexto factor 5,95% da variância (*eigenvalue* de 2,80), o sétimo factor é explicativo de 5,3% da variância (*eigenvalue* de 2,49) e o oitavo factor explica 4,77% da variância (*eigenvalue* de 2,24). Encontrando-se assim uma solução de 8 subescalas de acordo com os resultados dos autores originais (Lobban, Barrowclough, & Jones, 2005). Desta forma os itens apresentados com cargas

factoriais superiores a 0.5 são interpretados como representantes de um factor particular.

Para a subescala consequências todos os itens apresentam valores acima de 0.56 com excepção do item “*o meu problema de saúde mental não afecta muito a minha família*” com uma baixa carga factorial. Porém, este é o factor onde o item apresenta maior carga factorial motivo pelo qual não foi excluído.

Para a subescala representação emocional, a maioria dos itens possui valores superiores a 0,57 com excepção dos itens “*os meus problemas de saúde mental não me preocupam*” e “*os meus problemas de saúde mental fazem-me sentir medo*” que apresentam valores abaixo de 0,5 sem que se tenha verificado uma maior carga factorial em outros factores.

No que respeita à dimensão coerência da doença todos os itens apresentaram carga factorial superior a 0.45, assim como na subescala duração cilícia e na subescala de controlo pessoal. Na subescala de auto-culpabilização apenas o item “*se me esforçasse mais poderia controlar os meus sintomas*”.

Representações de Doença, Espiritualidade e Adesão ao Tratamento

Quadro 5.7. Análise de Componentes Principais – IPQS (itens por escala (N=22))

Factores/Itens	Carga factorial
Factor 1 – Consequências	
Variância explicada (após rotação) : 28,26	
Eigenvalue: 13,28	
Itens:	
IP2. Os meus problemas de saúde mental são uma doença séria	0,790
IP27. Não me dou tão bem com a minha família desde que os meus problemas de saúde mental começaram	0,787
IP14. Os meus problemas de saúde mental têm consequências financeiras	0,762
IP22. Os meus problemas de saúde mental causam dificuldades às pessoas que me são próximas	0,678
IP45. Os meus problemas de saúde mental tiveram alguns efeitos positivos na minha vida	0,657
IP35. Os meus problemas de saúde mental fazem com que seja menos valorizado pelas outras pessoas	0,635
IP15. Os meus problemas de saúde mental fazem com que seja mais difícil para mim lidar com as coisas quotidianas	0,646
IP39. Os meus problemas de saúde mental fazem com que me seja muito difícil trabalhar	0,646
IP33. Os meus problemas de saúde mental estragaram a minha vida social	0,554
IP43. Perdi relações importantes por causa dos meus problemas de saúde mental.	0,561
IP8. O meu problema de saúde mental não afecta muito a minha vida	0,178
Factor 2 – Representação Emocional	
Variância explicada (após rotação): 12,3	
Eigenvalue: 5,78	
Itens:	
IP44. Fico muito frustrado com os meus problemas de saúde mental.	0,842
IP10. Quando penso nos meus problemas de saúde mental fico transtornado	0,799
IP17. Os meus problemas de saúde mental fazem-me sentir zangado	0,738
IP47. Tenho um sentimento de perda devido aos meus problemas de saúde mental.	0,762
IP29. Ter este problema de saúde mental faz-me sentir ansioso	0,678
IP41. Os meus problemas de saúde mental fazem-me sentir inútil.	0,577
IP5. Fico deprimido quando penso sobre os meus problemas de saúde mental	0,565
IP24. Os meus problemas de saúde mental não me preocupam	0,349
IP36. Os meus problemas de saúde mental fazem-me sentir medo	0,273

Quadro 5.7. Análise de Componentes Principais – IPQS (itens por escala (N=22))

Factores/Itens	Carga factorial
Factor 3- Coerência da Doença	
Variância explicada (após rotação): 8,78	
Eigenvalue: 4,13	
Itens:	
IP6. Sinto-me muito confuso com os meus problemas de saúde mental	0,790
IP12. Não compreendo minimamente os meus problemas de saúde mental	0,603
IP19. Sinto que não sei nada sobre os meus problemas de saúde mental	0,565
IP31. Tenho uma ideia ou uma compreensão claras dos meus problemas de saúde mental	0,652
IP25. Os meus problemas de saúde mental não fazem sentido nenhum para mim	0,452
Factor 4- duração cíclica	
Variância explicada (após rotação): 7,76	
Eigenvalue: 3,65	
Itens:	
IP42. Alguns dos meus sintomas estão sempre presentes outros vêm e vão	0,574
IP32. Tenho alturas em que estou bem e outras alturas em que não estou tão bem	0,524
IP38. Às vezes os sintomas dos meus problemas de saúde mental são piores, outras vezes são melhores	0,521
IP21. Às vezes tenho mais sintomas, outras vezes tenho menos	0,503
Factor 5- controlo pessoal	
Variância explicada (após rotação) 6,03	
Eigenvalue: 2,83	
Itens:	
IP23. As minhas acções não terão nenhum efeito nos meus problemas de saúde mental	0,662
IP3. Existem algumas coisas que posso fazer para controlar os meus sintomas	0,621
IP16. Nada do que eu faça vai afectar os meus problemas de saúde mental	0,512
IP9. De alguma forma, aquilo que faço pode determinar se os meus problemas de saúde mental melhoram ou pioram	0,480

Quadro 5.7. Análise de Componentes Principais – IPQS (itens por escala (N=22))

Factores/Itens	Carga factorial
Factor 6- auto-culpabilização	
Variância explicada (após rotação): 5,95	
Eigenvalue: 2,80	
Itens:	
IP34. Podia fazer mais para me ajudar a mim próprio	0,814
IP40. Se eu fosse uma pessoa mais forte podia melhorar	0,709
IP28. Se me esforçasse mais poderia controlar os meus sintomas	0,119
Factor 7- controlo tratamento	
Variância explicada (após rotação): 5,3	
Eigenvalue: 2,49	
Itens:	
IP4. Existem poucos tratamentos disponíveis que possam melhorar os meus problemas de saúde mental	0,755
IP18. Os efeitos negativos dos meus problemas de saúde mental podem ser prevenidos pelo tratamento que faço	0,538
IP30. O tratamento que faço pode controlar os meus problemas de saúde mental	0,511
IP37. Não existe tratamento que me possa ajudar	0,489
IP11. O tratamento que faço pode ser eficaz para os meus problemas de saúde mental	0,442
Factor 8 - duração aguda crónica	
Variância explicada (após rotação): 4,77	
Eigenvalue: 2,24	
Itens:	
IP1. Os meus problemas de saúde mental vão durar pouco tempo	0,483
IP7. Provavelmente o meu problema de saúde mental é permanente e não temporário	0,336
IP13. Os meus problemas de saúde mental vão durar muito tempo	0,513
IP20. Os meus problemas de saúde mental vão passar rapidamente	0,361
IP26. A minha expectativa é que vou ter estes problemas de saúde mental para o resto da minha vida	0,635
IP46. Os meus problemas de saúde mental vão melhorar com o tempo	0,503

Na subescala de controlo do tratamento apenas o item “*existem poucos tratamentos disponíveis que possam melhorar os meus problemas de saúde mental*” apresenta uma carga factorial de 0,44 sensivelmente abaixo dos valores esperados.

Para a subescala duração aguda/crónica dois itens apresentam valores abaixo de 0,5, sendo eles “*os meus problemas de saúde mental vão passar rapidamente*” com uma carga factorial de 0,36 e o item “*provavelmente o meu problema de saúde mental é permanente e não temporário*” com uma carga factorial de 0,336. Porém à semelhança do que ocorria com os outros itens de carga factorial nula ou muito baixa nos restantes factores.

2. Validade convergente

De seguida será apresentada a matriz de correlações (quadro 5.8) entre as diferentes subescalas do IPQS nomeadamente as subescalas de identidade, duração crónica, duração cíclica, consequências, controlo pessoal, auto-culpabilização, controlo pelo tratamento, coerência da doença e representação emocional.

Quadro 5.8. - Correlações de Pearson para as subescalas do IPQS

	Identidade	Duração Crónica	Duração Cíclica	Consequências	Controlo Pessoal	Culpabilização	Controlo tratamento	Coerência da doença	Representação emocional
Identidade	1	0,204	0,426*	0,308	-0,423*	0,276	0,031	0,066	0,208
Duração Crónica		1	0,235	0,347*	0,077	-0,001	-0,074	0,059	-0,010
Duração Cíclica			1	0,324	-0,176	0,283	0,151	0,357*	0,4*
Consequências				1	0,010	0,538**	-0,002	0,436*	0,511**
Controlo Pessoal					1	-0,004	0,002	0,237	0,008
Culpabilização						1	0,216	0,229	0,557**
Controlo tratamento							1	-0,154	0,067
Coerência da doença								1	0,585**
Representação emocional									1

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; $p < 0,001$

Através da análise da matriz, podemos verificar que existem relações positivas significativas entre as subescalas. Assim, a duração cíclica relaciona-se com a identidade ($<0,05$) e a representação emocional ($<0,05$). A duração crônica relaciona-se positivamente com as subescalas de consequências ($<0,05$), como seria de esperar uma vez que uma duração mais longa pressupõe maiores consequências. Por sua vez as consequências relacionam-se positivamente com a coerência da doença ($<0,05$), a auto-culpabilização e a representação emocional ($p<0,01$).

A auto-culpabilização relaciona-se com a representação emocional ($p<0,01$). A coerência da doença correlaciona-se com a representação emocional ($p<0,01$). Por seu lado a subescala de identidade relaciona-se com as subescalas de duração cíclica e controlo pessoal ($p<0,05$).

3. Precisão

No sentido de avaliar a consistência interna da escala foi calculado o alfa de Cronbach, separadamente, para cada subescala e para o total da escala. Bem como análises das correlações entre as diferentes subescalas.

No quadro 5.9. está ilustrada a análise de consistência interna do IPQS

Quadro 5.9. - Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Percepção de Doença para a Psicose” subescala de Identidade (58 itens) (N=22)

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Estar irritável	1,64	0,49	0,57	0,85
Andar de um lado para o outro	1,82	0,66	0,55	0,85
Preocupar-me	1,68	0,48	0,36	0,85
Acreditar que as pessoas conseguem ler a minha mente	1,5	0,74	0,33	0,85
Receber mensagens da Televisão ou dos Meios de Comunicação	1,55	0,74	-0,16	0,86
Perder a motivação	1,64	0,49	0,44	0,85

Quadro 5.10. - Resultados da avaliação da consistência interna do "Questionário de Percepção de Doença para a Psicose" subescala de Identidade (58 itens) (N=22)

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Isolar-me	1,55	0,51	0,16	0,86
Ser reservado	1,41	0,50	0,16	0,86
Dormir muito	2,73	0,77	0,47	0,85
Não fazer quase nada	2,23	1,02	0,49	0,85
Ter falta de energia	1,77	0,81	0,56	0,85
Imaginar coisas	1,86	0,35	0,27	0,86
Paranóia	1,64	0,49	0,35	0,85
Ouvir vozes	1,95	0,79	0,19	0,86
Sentir-me agitado	1,9545	0,58	0,44	0,85
Ter pensamentos que preferia não ter	1,82	0,39	0,34	0,85
Ter dificuldades em concentrar-me	1,73	0,88	0,27	0,86
Suspeitar das outras pessoas	1,41	0,50	0,12	0,86
Sentir que estou possuído	1,45	0,51	0,36	0,85
Ter problemas de memória	1,64	0,73	-0,03	0,86
Acreditar que os meus pensamentos estão a ser transmitidos para as outras pessoas	1,5	0,51	0,14	0,86
Sentir que estou a ser observado	1,5	0,5	0,24	0,86
Pensar que as pessoas se estão a rir de mim	1,45	0,51	0,47	0,86

Representações de Doença, Espiritualidade e Adesão ao Tratamento

Quadro 5.10. - Resultados da avaliação da consistência interna do "Questionário de Percepção de Doença para a Psicose" subescala de Identidade (58 itens) (N=22)

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Acreditar que sou uma pessoa diferente das outras	1,68	0,72	0,07	0,85
Aumentar de peso	2,5	0,91	0,18	0,86
Sentir-me agitado	1,77	0,43	0,64	0,85
Ser amigo de discussões	1,41	0,50	0,64	0,86
Ter ideias suicidas	1,55	0,74	0,37	0,85
Perder o interesse em cuidar de mim próprio	1,59	0,50	0,42	0,86
Preocupar-me só comigo	1,32	0,48	0,22	0,86
Ter dificuldades em dormir	1,68	0,72	0,19	0,86
Não ajudar nas tarefas domésticas	1,59	0,50	0,43	0,86
Aborrecer-me facilmente	1,45	0,51	0,35	0,86
Ter dificuldade em realizar tarefas quotidianas	1,59	0,73	0,38	0,85
Ter problemas em comunicar com outras pessoas	1,55	0,51	0,57	0,86
Ser agressivo	1,86	0,35	0,26	0,86
Ter ataques de pânico	1,41	0,50	0,72	0,86
Perder a auto-confiança	1,68	0,48	0,38	0,86
Sentir-me inútil	1,82	0,66	0,21	0,86
Ver coisas que na realidade não existem	2,64	1,09	-0,03	0,85
Sentir cheiros estranhos	1,73	0,70	-0,08	0,86
Ter pensamentos sombrios	1,73	0,46	0,23	0,85
Sentir-me em baixo	1,55	0,74	0,13	0,86
Sentir-me trémulo	1,68	0,48	0,35	0,85
Rir-me ou falar comigo próprio	1,32	0,48	0,27	0,86
Perder o contacto com a realidade	1,82	0,39	0,54	0,86
Acreditar que sou especial	1,41	0,5	0,25	0,86
Ansiedade	1,36	0,49	0,53	0,86
Hiperactividade	1,59	0,73	0,09	0,86
Ter pensamentos bizarros	1,68	0,89	0,2	0,85
Não ser capaz de compreender as outras pessoas	1,91	0,29	0,24	0,86
Gastar dinheiro em coisas que não são importantes	1,59	0,5	0,27	0,86
Os sentidos parecem acentuados, de forma que os barulhos e as cores parecem mais	1,45	0,5	-0,02	0,86

intensos				
Fumar excessivamente	1,59	0,73	0,33	0,86
Sentir-me nervoso	1,55	0,51	0,12	0,86

Alfa de Cronbach: 0,86

Na subescala de identidade, podemos constatar o alfa alto de 0,86. A maioria das correlações nesta subescala são positivas. Porém, optámos por eliminar alguns itens cuja correlação com o total da subescala era muito baixa. Os itens eliminados foram, desta forma os seguintes: *Receber mensagens da Televisão ou dos Meios de Comunicação; Ter problemas de memória; Acreditar que sou uma pessoa diferente das outras; Ver coisas que na realidade não existem; Sentir cheiros estranhos; Hiperactividade; Ter pensamentos bizarros; Os sentidos parecem acentuados, de forma que os barulhos e as cores parecem mais intensos.*

Desta forma, no sentido de aumentar a consistência interna da subescala eliminaram-se 8 itens. Após análise de consistência interna verificou-se que o alfa de cronbach aumentou de 0,86 para 0,87.

A análise de consistência interna da subescala duração aguda/crónica revela um alfa de cronbach de 0,62. Para aumentar a consistência interna da subescala optámos por eliminar o item os meus problemas de saúde mental vão durar pouco tempo, obtendo um alfa de cronbach de 0,72 como se pode verificar no quadro 5.11.

Quadro 5.11 - Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Percepção de Doença para a Psicose” subescala de duração aguda/ crónica (6 itens) (N=22)

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
1. Os meus problemas de saúde mental vão durar pouco tempo	1,82	0,73	0,234	0,72
7. Provavelmente o meu problema de saúde mental é permanente e não temporário	3,78	0,92	0,604	0,60
13. Os meus problemas de saúde mental vão durar muito tempo	3,90	0,75	0,448	0,66
20. Os meus problemas de saúde mental vão passar rapidamente	2,14	1,04	0,307	0,70
26. A minha expectativa é que vou ter estes problemas de saúde mental para o resto da minha vida	4,04	0,58	0,433	0,66
46. Os meus problemas de saúde mental vão melhorar com o tempo	3,41	0,91	0,571	0,62

Alfa de Cronbach: 0,62

Os resultados da avaliação de consistência interna da subescala duração cíclica resultaram num alfa de cronbach de 0,85, como se pode observar no (quadro 5.12)

Quadro 5.12. Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Percepção de Doença para a Psicose” subescala de duração cíclica (4 itens) (N=22)

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
21. Às vezes tenho mais sintomas, outras vezes tenho menos	3,59	1,1	0,78	0,82
32. tenho alturas em que estou bem e outras alturas em que não estou tão bem.	3,86	0,83	0,65	0,87
38. Às vezes os sintomas dos meus problemas de saúde mental são piores, outras vezes são melhores	3,32	0,95	0,71	0,84
42. Alguns dos meus sintomas estão sempre presentes outros vêm e vão	3,36	1	0,79	0,81

Alfa de Cronbach: 0,85

A subescala de *consequências* apresenta um alfa de cronbach de 0,76, sendo os resultados apresentados no quadro 5.13.

Quadro 5.13. - Resultados da avaliação da consistência interna do "Questionário de Percepção de Doença para a Psicose" subescala de consequências (11 itens) (N=22)

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
2. Os meus problemas de saúde mental são uma doença séria	4,23	0,69	0,11	0,76
8. o meu problema de saúde mental não afecta muito a minha vida	2,95	1,09	0,80	0,67
14. os meus problemas de saúde mental têm consequências financeiras	2,82	1,05	0,63	0,71
15. os meus problemas de saúde mental fazem com que seja mais difícil para mim lidar com as coisas quotidianas	2,90	1,11	0,78	0,69
22. Os meus problemas de saúde mental causam dificuldades às pessoas que me são próximas	2,77	0,97	0,73	0,70
27. não me dou tão bem com a minha família desde que os meus problemas de saúde mental começaram.	3,05	1	0,75	0,70
33. os meus problemas de saúde mental estragaram a minha vida social.	2,90	1,07	0,70	0,70
35. os meus problemas de saúde mental fazem com que seja menos valorizado pelas outras pessoas	2,95	1,09	0,81	0,69
39. os meus problemas de saúde mental fazem com que me seja muito difícil trabalhar.	2,86	1,32	0,52	0,72
43. perdi relações importantes por causa dos meus problemas de saúde mental.	3,32	1,17	0,63	0,71
45. os meus problemas de saúde mental tiveram alguns efeitos positivos na minha vida	3,04	1,13	0,29	0,79

Alfa de Cronbach: 0,76

Com a análise de fidelidade da subescala controlo pessoal obteve-se um alfa de cronbach de 0,69 (quadro 5.14). Porém, de forma a aumentar a consistência interna da subescala foi eliminado o item *as minhas acções não terão nenhum efeito sobre os meus problemas de saúde mental*, dado que esta apresentava uma correlação com o total da subescala reduzido. Assim o alfa de cronbach passou a ser de 0,76.

Quadro 5.14. - Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Percepção de Doença para a Psicose” subescala de controlo pessoal (4 itens) (N=22)

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
3.Existem algumas coisas que posso fazer para controlar os meus sintomas.	3,59	1	0,52	0,6
16. nada do que eu faça vai afectar os meus problemas de saúde mental	3,32	0,99	0,63	0,6
38.De alguma forma, aquilo que faço poder determinar se os meus problemas de saúde mental melhoram ou pioram.	3	1,07	0,64	0,53
21.As minhas acções não terão nenhum efeito sob os meus problemas de saúde mental	3,05	1,09	0,26	0,76

Alfa de Cronbach: 0,69

No quadro 5.15, é possível analisar a consistência interna da subescala de auto-culpabilização. O alfa de cronbach obtido foi de 0,91, o que contraria os resultados dos autores do questionário original cujos resultados da análise da consistência internos não eram significativos e indicavam baixos índices de fidelidade.

Quadro 5.15.- Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Percepção de Doença para a Psicose” subescala de auto-culpabilização (3 itens) (N=22)

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
28. se me esforçasse mais poderia controlar os meus sintomas.	2,91	1,06	0,71	0,96
34. podia fazer mais para me ajudar a mim próprio.	3,05	1,13	0,92	0,78
40. se eu fosse uma pessoa mais forte podia melhorar	3,18	1,14	0,84	0,86

Alfa de Cronbach: 0,91

A subescala de controlo pelo tratamento exigiu algumas alterações de forma a aumentar a sua consistência interna, como se pode observar no quadro 5.16. O seu alfa de cronbach inicial foi de 0,47. Porém, com a eliminação do item *não existe tratamento que me possa ajudar*, que possuía uma baixa correlação com o total, o alfa passou a ser de 0,65, o que representa valores mais aceitáveis de consistência.

Quadro 5.16. Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Percepção de Doença para a Psicose” subescala de controlo pelo tratamento (5 itens) (N=22)

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
4 existem poucos tratamentos disponíveis que possam melhorar os meus problemas de saúde mental.	2,14	0,99	0,23	0,44
11. o tratamento que faço pode ser eficaz para os meus problemas de saúde mental.	4,09	0,53	0,58	0,18
18. os efeitos negativos dos meus problemas de saúde mental podem ser prevenidos pelo tratamento que faço.	4,05	0,65	0,5	0,31
30. o tratamento que faço pode controlar os meus problemas de saúde mental	3,95	0,79	0,27	0,40
37. existem poucos tratamentos disponíveis que possam melhorar os meus problemas de saúde mental	2,32	0,95	-0,1	0,65

Alfa de Cronbach: 0,47

No que respeita aos resultados para a subescala de coerência da doença, o alfa de cronbach inicial foi 0,55 (quadro 5.17). Porém, dada baixa correlação com o total do item “tenho uma ideia ou compreensão claras acerca dos meus problemas de saúde mental”, este item foi eliminado passando o alfa para 0,87, aumentando a consistência interna da subescala.

Quadro 5.17. - Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Percepção de Doença para a Psicose” subescala de coerência da doença (5 itens) (N=29)

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
6 sinto-me confuso com os meus problemas de saúde mental	3,64	1,36	0,56	0,32
12. não compreendo minimamente os meus problemas de saúde mental	3	1,35	0,86	0,07
19. sinto que não sei nada sobre os meus problemas de saúde mental	2,91	1,31	0,75	0,18
25. os meus problemas de saúde mental não fazem sentido nenhum para mim.	3,14	1,21	0,52	0,37
31. tenho uma ideia ou compreensão clara acerca dos meus problemas de saúde mental	2,86	1,08	-0,70	0,87

Alfa de Cronbach:0,55

No que respeita à subescala representação emocional, o alfa obtido foi de 0,75. Apesar de este ser um valor aceitável, dada a baixa correlação do item *os meus problemas de saúde mental não me preocupam* com o total da subescala, optámos por eliminar este item obtendo um alfa de cronbach de 0,82 (quadro 5.18).

Quadro 5.18. - Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Percepção de Doença para a Psicose” subescala de representação emocional (8 itens) (N=22)

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
5 fico deprimido quando penso sobre os meus problemas de saúde mental	3,09	1,31	0,46	0,73
10 quando penso nos meus problemas de saúde mental fico transtornado	3,27	1,12	0,81	0,66
17. os meus problemas de saúde mental fazem-me sentir zangado	3,23	1,31	0,60	0,70
24. os meus problemas de saúde mental não me preocupam	2,14	0,77	-0,39	0,82
29. Ter este problema de saúde mental faz-me sentir ansioso.	3,27	1,16	0,53	0,71
36. os meus problemas de saúde mental fazem-me sentir medo	3,23	1,31	0,25	0,77
41. os meus problemas de saúde mental fazem-me sentir inútil	2,86	1,13	0,46	0,72
44. fico muito frustrado com os meus problemas de saúde mental	3,41	1,1	0,87	0,65

Alfa de Cronbach:0,75

5.5.3.4.3. - Análise da escala causas da doença do IPQS

1. Validade de construto

Tendo em conta a sugestão dada pelos autores das várias versões da escala de percepção de doença, a subescala de causas possíveis para a doença sofreu, também ela, uma análise individual de componentes principais.

Obteve-se assim uma solução de quatro factores: o primeiro factor foi designado de factores externos, dado que os itens com carga factorial presentes se associam a variáveis externas ao sujeito e explica, após rotação *varimax* 22,84% (*eigenvalue* de 5,94) da variância. O segundo factor foi designado de factores internos dado que parece associar-se com factores inerentes ao próprio sujeito explicando 11,44% (*eigenvalue* de 2,97) da variância total. O terceiro factor foi designado de factores biológicos, uma vez que os itens nele presentes se associam a causas de natureza biológica e explica 10,6% (*eigenvalue* de 2,20) da variância total. O terceiro factor foi designado de acontecimentos de vida/familiares e explica 8,81% (*eigenvalue* de 2,12) da variância total. Em conjunto, os factores explicam 61,86% da variância do modelo. A análise de componentes principais pode ser observada no quadro 5.19 Neste caso específico foram seleccionados, para cada factor, os itens com carga factorial superior a 0,3.

Quadro 5.19. - Análise de componentes principais da subescala de possíveis causas da doença (N=22)

Factores/Itens	Carga factorial
Factor 1 – factores externos	
Variância explicada (após rotação): 22,84	
Eigenvalue: 5,94	
Itens:	
C3. Um germe ou vírus	0,487
C5. Acaso ou azar	0,329
C6. Cuidados médicos insuficientes no passado	0,717
C7. Poluição do ambiente	0,329
C12. Excesso de trabalho	0,646
C17. Falta de amigos ou pessoas que cuidassem de mim	0,743
C21. Preocupações financeiras	0,775
C23. Falta de sono	0,660
C26. Ser gozado na escola	
Factor 2 – factores internos	
Variância explicada (após rotação): 11,44	
Eigenvalue: 2,97	
Itens:	
C1. Stress ou preocupações	0,471
C4. Hábitos ou dieta alimentar	0,572
C8. O meu próprio comportamento	0,348
C10. A minha atitude mental, por exemplo pensar negativamente sobre a vida	0,617
C15. A minha personalidade	0,728
C24. Pensar demais nas coisas	0,376
Factor 3 – factores biológicos	
Variância explicada (após rotação): 10,6	
Eigenvalue: 2,76	
Itens:	
C2. Hereditário; é comum na minha família	0,399
C16. Danos ou anormalidade cerebrais	0,696
C18. Desequilíbrio químico do cérebro	0,661

Quadro 5.19. - Análise de componentes principais da subescala de possíveis causas da doença (N=22)

Factor 4 – consumos		Carga factorial
Variância explicada (após rotação):8,81		
Eigenvalue: 2,20		
Itens:		
C13. Álcool		0,582
C14. Tomar drogas ilícitas		0,668
C22. Alguém colocou drogas ilícitas na minha bebida		0,775
Factor 5- acontecimentos marcantes/família		
Variância explicada (após rotação): 8,17		
Eigenvalue: 2,12		
Itens:		
C9. O comportamento da minha família		0,448
C11. Problemas familiares		0,514
C19. Um trauma; algo perturbador ou chocante que aconteceu na minha vida		0,543
C20. Morte de alguém que amava		0,460
C25. A minha educação		0,515

1. Precisão

Depois de realizada a análise de componentes principais, foi efectuada a análise de precisão das diferentes subescalas sugeridas pela análise factorial anteriores. No que respeita à subescala de factores externos, a solução de 9 itens, o alfa de cronbach obtido foi de 0,8, o que sugere uma boa consistência interna, existindo apenas um item com uma baixa correlação com o total (quadro 5.20).

Quadro 5.20. - Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Percepção de Doença para a Psicose” subescala de causalidade factores externos (9 itens) (N=22)

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
C3. Um germe ou vírus	2,32	0,78	0,59	0,77
C5. Acaso ou azar	3,14	1,21	0,2	0,82
C6. Cuidados médicos insuficientes no passado	2,5	1,1	0,59	0,76
C7. Poluição do ambiente	2,41	0,96	0,33	0,8
C12. Excesso de trabalho	2,86	1,32	0,58	0,76
C17. Falta de amigos ou pessoas que cuidassem de mim	2,55	1,06	0,52	0,77
C21. Preocupações financeiras	2,69	1,09	0,64	0,76
C23. Falta de sono	2,69	0,99	0,65	0,76
C26. Ser gozado na escola	2,40	1,05	0,44	0,79

Alfa de cronbach: 0,8

A análise de consistência interna da subescala factores internos resultou num alfa de cronbach de 0,61 tal como pode ser observado no quadro 5.21.

Quadro 5.21.- Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Percepção de Doença para a Psicose” subescala de causalidade factores internos (6 itens) (N=22)

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
C1. Stress ou preocupações	3,59	1,05	2,6	0,61
C4. Hábitos ou dieta alimentar	2,27	0,88	7,8	0,36
C8 O meu próprio comportamento	3,32	1,09	3,1	0,57
C10. A minha atitude mental, por exemplo pensar negativamente sobre a vida	3,41	1,01	2,8	0,59
C15. A minha personalidade	3,36	1,09	1,6	0,64
C24. Pensar demais nas coisas	3,64	0,9	3,5	0,56

Alfa de cronbach: 0,61

A análise de consistência interna para a subescala factores biológicos como causas da doença, obteve um alfa de cronbach de 0,64 (quadro 5.22).

Quadro 5.22. - Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Percepção de Doença para a Psicose” subescala de causalidade factores biológicos (3 itens) (N=29)

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
C2. Hereditário; é comum na minha família	2,59	1,14	0,65	2,04
C16. Danos ou anormalidade cerebrais	2,55	0,96	0,43	0,56
C18. Desequilíbrio químico do cérebro	2,55	0,91	0,30	0,71

Alfa de cronbach 0,64

No que respeita à subescala consumos, o alfa de cronbach de 0,60 (quadro 5.23) Com a eliminação do item alguém colocou drogas ilícitas na minha bebida, dada a sua baixa correlação com o total da subescala, o alfa aumentaria para 0,8. Porém optámos por manter o item tendo em conta que esta é uma subescala pequena na qual existem menores co-variâncias entre os itens.

Quadro 5.23 - Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Percepção de Doença para a Psicose” subescala de causalidade consumos (3 itens) (N=22)

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
C13. Álcool	2,59	1,26	0,59	0,49
C14. Tomar drogas ilícitas	2,77	1,31	0,66	0,39
C22. Alguém colocou drogas ilícitas na minha bebida	2,36	0,95	0,32	0,8

Alfa de cronbach: 0,69

A análise de consistência interna da subescala acontecimentos de vida/família, obteve uma alfa de cronbach de 0,67 (Quadro 5.24)

Quadro 5.24. - Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Percepção de Doença para a Psicose” subescala de causalidade acontecimentos marcantes/família (5 itens) (N=22)

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
C9. O comportamento da minha família	2,91	1,11	0,48	0,59
C11. Problemas familiares	3,41	1,18	0,24	0,7
C19. Um trauma; algo perturbador ou chocante que aconteceu na minha vida	2,5	0,96	0,63	0,52
C20. Morte de alguém que amava	2,64	1,09	0,35	0,65
C25. A minha educação	2,68	1,13	0,45	0,6

Alfa de cronbach: 0,67

5.5.3.4.4. Comparação entre os resultados na amostra de validação do estudo original com os resultados da amostra experimental portuguesa

No quadro 5.25 serão apresentados, em síntese os resultados das diferentes subescalas que compõem o IPQS, para a amostra de validação portuguesa.

Quadro 5.25. -Média, Mediana, Correlações inter-itens e alfas de cronbach para cada subescala do IPQS – resultados da amostra portuguesa

Subescalas (N=29)	Nº de itens	Média dos resultados (DP)	Mediana (Range)	Média das correlações inter-item	Alfa de cronbach
Identidade	50	34,45 (9,98)	35,5 (40)	0,1	0,86
Problemas de saúde mental		30,41 (8,94)	32(34)		
Efeitos secundários da mediação		2,09 (1,23)	2 (5)		
Outros factores		1,95 (1,46)	1,5 (6)		
Duração aguda crónica	5	3,18 (0,28)	3,17(1,17)	0,2	0,72
Duração cíclica	4	3,56 (0,82)	4 (3)	0,59	0,85
Consequências	11	3,07 (0,58)	2,91 (2,09)	0,22	0,76
Controlo pessoal	3	3,24 (0,53)	3 (2,25)	0,52	0,76
Auto- culpabilização	3	3,04 (1,03)	3,17 (3,33)	0,77	0,91
Controlo tratamento	4	3,31 (0,37)	3,20 (1,60)	0,2	0,65
Coerência da doença	4	3,09 (0,76)	3,20 (2,40)	0,69	0,87
Representação emocional	7	3,12 (0,71)	3,27 (3)	0,45	0,82

No quadro podemos constatar os resultados de fidelidade para cada subescala do IPQS numa amostra experimental portuguesa. Tendo sido realizados alguns ajustamentos no que respeita às subescalas. A subescala identidade que passou de 58 para 50 itens, tendo sido eliminados os itens com correlações negativas com o total da subescala, também a subescala duração aguda/crónica perdeu um item de forma a aumentar a sua consistência interna, bem como as subescalas de controlo do tratamento, coerência da doença e representação emocional, tendo todas elas perdido um item relativamente à versão original.

Os alfas de cronbach possuem valores aceitáveis sendo o mais baixo de 0,65 na subescala controlo tratamento.

Para a subescala de identidade, a média total reflecte o número de experiências descritas que podiam ir de 0 a 50. A cada experiência era depois atribuída ou a um problema de saúde mental, ou aos efeitos secundários da medicação e /ou outros factores. Desta forma, cada uma das subescalas podia, também, oscilar entre os 0 e os 50.

No quadro 5.26 podemos verificar os resultados do estudo original de validação. Os alfas deste estudo, à semelhança do que ocorreu no estudo de validação na amostra portuguesa, possuem valores aceitáveis que asseguram a precisão do instrumento. A grande diferença nos resultados obtidos encontra-se na subescala de auto-culpabilização, uma vez que esta possui um alfa de cronbach de 0,91 o que indica uma muito boa consistência interna na amostra de validação portuguesa ao passo que no estudo original o seu alfa de cronbach é de 0,47 o que indica valores de consistência interna muito baixos.

Porém, para realizar esta comparação não devem ser esquecidas as diferenças em termos do tamanho da amostra nos diferentes estudos de validação.

Quadro 5.26.- Média, Mediana, Correlações inter-itens e alfas de cronbach para cada subescala do IPQS – resultados da amostra de validação do estudo original

Subescalas (N no tempo I)	Nº de itens	Média dos resultados (DP)	Mediana (Range)	Média das correlações inter-item	Alfa de cronbach
Identidade (113)	58	35.1 (11,7)	37,00(57,00)		
Problemas de saúde menta(113)		22,0(13,5)	20(56)		
Efeitos secundários da mediação(113)		4,9(5,1)	3 (21)		
Outros factores(113)		10.9 (8,9)	7(38)		
Duração aguda crónica(109)	6	3,53 (0,76)	3,66(3,50)	.53	.87
Duração cíclica(111)	4	3,53(0,76)	3,66(3,50)	.45	.76
Consequências(111)	11	3,43(0,58)	4,00(3,75)	.24	.77
Controlo pessoal(109)	4	3,48(0,70)	3,45(2,82)	.35	.68
Auto- culpabilização(109)	3	—	—	—	.47
Controlo tratamento(111)	5	3,53(0,64)	3,60(3,80)	.23	.71
Coerência da doença(112)	5	2,70(0,69)	2,60(3,60)	.34	.72
Representação emocional(109)	9	3,40(0,69)	3,55(3,22)	.37	.84

No que respeita às subescalas criadas a partir da subescala causas da doença do IPQS a síntese dos resultados no que respeita à consistência interna serão apresentados de seguida no quadro 5.27 apesar de os alfas de cronbach não serem especialmente altos, com excepção da subescala denominada factores externos com um alfa de cronbach de .80, os seus valores apresentam resultados aceitáveis do ponto de vista da fidelidade acima de 0,60.

Quadro 5.27. - Média, Mediana, Correlações inter-itens e alfas de cronbach para cada subescalada dimensão causas da doença do IPQS

Subescalas (N=29)	Nº de itens	Média dos resultados (DP)	Mediana (Range)	Média das correlações inter-item	Alfa de cronbach
Factores externos	9	2,61 (0,67)	2,56(3,44)	0,319	0,80
Factores internos	6	3,27(0,46)	3,33(1,83)	0,2	0,61
Factores biológicos	3	2,45(0,65)	2,67 (2,67)	0,36	0,64
Consumos	3	2,58 (0,93)	2,67(3,67)	0,42	0,69
Acontecimentos marcantes/família	5	2,79 (0,62)	2,8(2,20)	0,29	0,67

5.5.4. Beliefs about medicines questionnaire (BMQ)

5.5.4.1. Origem e desenvolvimento

A não adesão à medicação prescrita pelo médico e todas as consequências que este comportamento possui quer em termos de saúde quer em termos de despesa está na base da construção desta escala. O seu objectivo com este trabalho era o de avaliar as representações cognitivas que os sujeitos possuem acerca dos seus fármacos (Horne, Weinman & Hankis, 1997).

Segundo os autores, esta escala foi desenvolvida com base no facto de a prescrição médica de medicamentos ser uma grande fonte de despesa por parte dos países industrializados completando com os valores de não adesão a estas prescrições por parte dos utentes dos serviços de saúde (Horne et al., 1977).

Desta forma, obteve-se uma versão original com duas partes: BMQ-especifica (1), que avalia as representações dos fármacos prescritos para uso pessoal e BMQ-geral (2), que avalia crenças acerca dos medicamentos de uma forma geral (Horne et al., 1977).

A BMQ-especifica é composta por dois factores de 5 itens que avaliam as crenças que os indivíduos possuem sobre a sua necessidade da medicação que lhes foi prescrita, bem como as preocupações que possuem acerca da medicação que estão a tomar com base nas crenças acerca dos perigos de dependência e toxicidade ou efeitos secundários a longo prazo (Horne et al., 1977).

Os dois factores de 4 itens que constituem a BMQ-geral avaliam as crenças relacionadas com potenciais efeitos nocivos, aditivos e tóxicos dos medicamentos (*Harm*), bem como a possibilidade de estes serem usados de forma excessiva pelos médicos (*Overuse*) (Horne et al., 1977).

As secções que compõem o BMQ (geral e específica), podem ser utilizadas de forma articulada ou separadamente em função dos objectivos do estudo (Horne et al., 1977).

A versão final deste instrumento foi obtida através de uma análise de componentes principais. A escala geral do BMQ resultou em 8 itens, 4 relativos à dimensão de utilização excessiva de fármacos por parte dos médicos – “*Overuse*” com os itens: “*os médicos usam medicamentos a mais*”; “*os produtos naturais são mais seguros que os medicamentos*”; “*se os médicos tivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos*”. Os quatro restantes itens da escala dizem respeito aos efeitos nocivos – “*Harm*” com os seguintes itens: “*peessoas que usam medicamentos*

deveriam parar o seu tratamento durante um certo tempo de vez em quando"; *"muitos medicamentos provocam dependência"*; *"os medicamentos fazem mais mal que bem"*; *"todos os medicamentos são tóxicos"* (Horne, Weinman & Hankis, 1997).

5.5.4.2. Cotação

Os itens são apresentados numa escala de tipo Likert de 5 pontos (1=Discordo Totalmente; 2= Discordo; 3= Não Tenho a Certeza; 4= concordo e 5= Concordo totalmente). Em cada uma das escalas (Uso excessivo e efeitos nocivos), o total varia entre 4 e 20. De acordo com a cotação, na subescala Uso Excessivo quanto mais elevada for a cotação obtida mais forte será a crença de que os fármacos são prescritos em excesso pelos médicos. Por outro lado, na subescala Efeitos Nocivos, quanto mais elevada for a cotação obtida mais forte a sua crença no potencial dos fármacos para serem nocivos englobando representações dos mesmos como prejudiciais, aditivos e fomentando a crença de que as pessoas que tomam medicamentos deveriam parar o seu tratamento de vez em quando.

5.5.4.3. Características Psicométricas da Versão Original

1. Validade

Partindo da premissa de que os pacientes que acreditassem que os fármacos em geral são intrinsecamente nocivos, apresentariam uma maior probabilidade de acreditar que é melhor evitar a sua ingestão e que por isso obteriam índices mais baixos de adesão à medicação, seriam de esperar correlações negativas entre as subescalas Uso-Excessivo e Efeitos-Nocivos e a escala de adesão aos medicamentos, o que acabou por se verificar com um $p=19$; $N=210$; $p<0,01$ para a escala de Uso Excessivo e um $p=0,06$; $N=210$; $p>0,05$ para a escala Efeitos nocivos, apesar de os últimos valores não possuírem significância em termos estatísticos.

Através da rotação não Ortogonal (Direct-Oblimin), obteve-se uma estrutura factorial com dois factores, correspondendo às dimensões Uso Excessivo (factor 1) que explica 35,3% da variância e Efeitos Nocivos (Factor 2) que explica 19% da variância. Todos os itens apresentam uma saturação elevada, maior que 0,68, nos respectivos factores.

Para investigar a validade de construto Pereira e Roios (1999) realizaram uma Análise de Componentes Principais com rotação não ortogonal de tipo direct-oblimin, com uma solução de dois factores.

A organização dos itens explica 52,9% da variância o que vai de encontro à estrutura obtida pelos autores originais na medida em que o factor 1 explica 39,2% da variância sendo constituído pelos itens 1,4,7 e 8 da dimensão Uso Excessivo e o factor dois explica 13,7 da variância sendo constituído pelos itens 2,5 e 6 da dimensão efeitos Nocivos.

2. Fidelidade

Através da determinação do Alpha de Cronbach determinou-se a consistência interna de cada uma das escalas do BMQ que variou entre 0,60 e 0,80 na escala de Uso Excessivo, e 0,47 - 0,83 na escala Efeitos Nocivos. Estes valores indicam uma consistência interna satisfatória para as escalas constituintes do BMQ com excepção da escala efeitos nocivos em 3 dos seis grupos considerados.

5.5.4.4. Características Psicométricas numa amostra Portuguesa

Numa amostra com doentes do centro de saúde Pereira e Silva (1999) obtiveram um alpha global de 0,71 e os das subescalas de 0,69 para Uso Excessivo e de 0,46 para Efeitos Nocivos. Estes valores encontram-se dentro dos padrões obtidos no estudo original, confirmando-se a tendência de uma maior consistência interna da subescala Uso Excessivo.

Dos oito itens que fazem parte deste questionário apenas o item 3 “*muitos medicamentos provocam dependência*” apresenta uma correlação baixa com o total (<0,20), sendo que os restantes apresentam valores acima de 0,30.

A eliminação do item 3 contribuía para aumentar a consistência interna global, bem como a da subs-escala a que pertence, uma vez que é o único que apresenta uma baixa correlação com o total da respectiva dimensão. Tendo em conta estes aspectos os autores optaram por eliminar este item aumentando, desta forma, a homogeneidade da escala, pelo que sem este item o coeficiente alfa passou a ser de 0,73 para a escala global, de 0,55 para a subescala efeitos nocivos e de 0,56 para a subescala Uso excessivo.

Para testar a validade do BMQ geral e do BMQ específico foi realizada uma análise de componentes principais com rotação varimax, para ambas as subescalas. A variância explicada foi de 66,8% para a subescala geral e de 52,7 para a escala específica.

À semelhança do que ocorreu no estudo de validação deste instrumento, no estudo de validação de Horne, et al. (1997), no que respeita à escala geral que avalia as crenças sobre os medicamentos em geral (BMQ-Geral), obteve uma solução de dois factores com 4 itens cada de carga factorial entre 0,59 e 0,84. O primeiro factor avalia as crenças relacionadas com a possibilidade de os medicamentos serem utilizados de forma excessiva pelos médicos (overuse) e o segundo factor diz respeito a crenças relacionadas com potenciais efeitos nocivos dos medicamentos (harm).

5.5.4.5. Características psicométricas na amostra em estudo

1. Validade de construto

Para analisar a validade de construto do questionário de crenças acerca dos medicamentos, realizou-se uma análise de componentes principais quer para o BMQ-Geral (quadro 5.28) quer para o BMQ-Específico (quadro 5.29)

Quadro 5.28. Análise de componentes principais para o BMQ-Geral

	Factor 1	Factor 2
2. Pessoas que tomam medicamentos deveriam parar seu tratamento durante um certo tempo de vez em quando	0,820	
5. Os medicamentos fazem mais mal que bem	0,587	
7. Os médicos confiam de mais nos medicamentos	0,801	
8. Se os médicos estivessem mis tempo com os doentes, receitariam menos medicamentos.	0,805	
1. Os médicos usam medicamentos a mais		0,835
3. Muitos medicamentos provocam dependência		0,686
4. Os produtos naturais são mais seguros que os medicamentos		0,823
6. Todos os medicamentos são tóxicos		0,720
Percentagem de variância (total=66,8%)	51,77	15
Eigenvalues	4,14	1,2

A segunda secção do BMQ (BMQ-Específico), que avalia as representações acerca dos fármacos prescritos para uso pessoal, resultou em 2 factores de 5 itens cada. O primeiro factor reapresenta as crenças dos indivíduos acerca das necessidades da medicação que lhes foi prescrita e o segundo factor as preocupações acerca da



medicação prescrita nomeadamente os perigos de dependência e a toxicidade e os efeitos secundários a longo prazo.

Quadro 5.29. - Análise de componentes principais para o BMQ-especifico

	Factor 1	Factor 2
1. Neste momento a minha saúde depende dos medicamentos.	0,728	
3. A minha vida seria impossível sem medicamentos.	0,863	
4. Sem medicamentos eu estaria muito doente.	0,825	
7. A minha saúde no futuro irá depender de medicamentos.	0,699	
10. Os meus medicamentos impedem-me de piorar.	0,383	
2. Ter que tomar medicamentos preocupa-me.		0,735
5. Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo.		0,694
6. Os meus medicamentos são um mistério para mim.		0,797
8. Os meus medicamentos desorganizam a minha vida.		0,756
9. Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos meus medicamentos.		0,873
Percentagem de variância (total=52,7)	28,2	24,5
Eigenvalues	2,281	2,452

Foram também analisadas as correlações (quadro 5.30), através dos coeficientes de correlação de Pearson entre as diferentes subescalas e o BMQ total. Podemos verificar que existem correlações significativas ($p < 0,001$) entre o BMQ total e as subescalas *overuse* e *harm*. É também de notar que a subescala que mede as crenças acerca das necessidades da medicação se correlaciona ($P < 0,05$) com a subescala *overuse* e esta ($p < 0,001$) com a subescala *harm*.

Quadro 5.30. Coeficientes de correlação de Pearson entre as subescalas do BMQ e destas com o total

	BMQ-TOTAL	BMQ-específico, crenças necessidade da medicação	BMQ- específico- crenças efeitos nocivos	BMQ-geral Overuse	BMQ-gral harm
BMQ-TOTAL	1	0,280	0,166	0,865***	0,909***
BMQ-específico, crenças necessidade da medicação		1	0,136	0,363*	0,216
BMQ- específico- crenças efeitos nocivos			1	0,175	0,341
BMQ-geral overuse				1	0,740***
BMQ-gral Harm					1

2. Análise de precisão

No sentido de avaliar a consistência interna da escala, foi calculado o alfa de cronbach, separadamente para as subescalas do BMQ-Geral (*harm* e *overuse*) e do BMQ específico (crenças acerca da necessidade dos medicamentos e crenças acerca dos efeitos nocivos, bem como para o total da escala. Os quadros seguintes (5.31 e 5.32) são ilustrativos dessas análises, estando expostos os coeficientes de consistência interna do BMQ, para as subescalas, *harm*, *overuse*, crenças acerca dos medicamentos e crenças acerca dos efeitos nocivos e para o total da escala.

Quadro 5.31. Análise de consistência interna para a subescala harm do BMQ

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
2. Pessoas que tomam medicamentos deveriam parar seu tratamento durante um certo tempo de vez em quando	3,24	1,12	0,731	0,74
5. Os medicamentos fazem mais mal que bem	3,27	1,07	0,562	0,82
7. Os médicos confiam de mais nos medicamentos	2,88	1,02	0,567	0,82
8. Se os médicos estivessem mis tempo com os doentes, receitariam menos medicamentos.	2,82	0,98	0,751	0,74

Alfa de cronbach:0,82

A análise de consistência interna da subescala *harm* (quadro 5.29) revela que os itens desta subescala estão correlacionados positivamente, com valores entre os 0,562 e 0,751. No que respeita à subescala *overuse* as correlações oscilam entre 0,41 e 0,67. O alfa para a escala *harm* é de 0,82 e para a subescala *overuse* é de 0,72 (quadro 5.32).

Quadro 5.32 Análise de consistência interna da subescala overuse do BMQ

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
1. Os médicos usam medicamentos a mais	2,94	1,25	0,48	0,68
3. Muitos medicamentos provocam dependência	2,64	1,06	0,41	0,71
4. Os produtos naturais são mais seguros que os medicamentos	3,09	0,88	0,50	0,66
6. Todos os medicamentos são tóxicos	2,79	0,99	0,67	0,56

Alfa de cronbach: 0,72

As correlações para a subescala crenças acerca da necessidade dos medicamentos (Quadro 5.33) oscilam entre os 0,27 e os 0,74 possuindo a subescala um alfa de 0,76. No que respeita à subescala crenças acerca dos potenciais efeitos nocivos

dos medicamentos, as correlações oscilam entre os 0,37 e os 0,68 com um alfa de 0,74. (quadro 5.34)

Quadro 5.33. - Análise de consistência interna para a subescala crenças acerca da necessidade dos medicamentos

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
1. Neste momento a minha saúde depende dos medicamentos.	2,21	0,86	0,53	0,71
3. A minha vida seria impossível sem medicamentos.	2,45	0,97	0,64	0,67
4. Sem medicamentos eu estaria muito doente.	2,39	0,75	0,74	0,65
7. A minha saúde no futuro irá depender de medicamentos.	2,73	0,88	0,49	0,73
10. Os meus medicamentos impedem-me de piorar.	2,21	0,70	0,27	0,79

Alfa de cronbach: 0,76

Quadro 5.34. Análise de consistência interna da subescala crenças acerca dos potenciais efeitos nocivos da medicação.

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
2. Ter que tomar medicamentos preocupa-me.	2,67	1,05	0,52	0,68
5. Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo.	2,27	0,88	0,37	0,74
6. Os meus medicamentos são um mistério para mim.	2,76	1,09	0,68	0,61
8. Os meus medicamentos desorganizam a minha vida.	2,58	0,87	0,38	0,73
9. Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos meus medicamentos.	2,33	0,85	0,57	0,67

Alfa de cronbach: 0,74

A análise de consistência interna para o BMQ total revela que alguns dos seus itens apresentam correlações relativamente baixas com o total da escala, oscilando as mesmas entre 0,13 e 0,61. O alfa de cronbach apresenta um valor de 0,72, que é um valor aceitável do ponto de vista estatístico (quadro 5.35).

Em suma, podemos considerar a validade e a precisão do instrumento na amostra em questão, confiando nos resultados obtidos

Quadro 5.35. - Resultados da análise de consistência interna para o BMQ-Total

<i>Itens</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
1. Os médicos usam medicamentos a mais	0,42	0,69
2. Pessoas que tomam medicamentos deveriam parar seu tratamento durante um certo tempo de vez em quando	0,61	0,67
3. Muitos medicamentos provocam dependência	0,44	0,69
4. Os produtos naturais são mais seguros que os medicamentos	0,16	0,72
5. Os medicamentos fazem mais mal que bem	0,51	0,69
6. Todos os medicamentos são tóxicos	0,54	0,68
7. Os médicos confiam de mais nos medicamentos	0,50	0,69
8. Se os médicos estivessem mais tempo com os doentes, receitariam menos medicamentos.	0,61	0,68
1. Neste momento a minha saúde depende dos medicamentos.	0,2	0,74
2. Ter que tomar medicamentos preocupa-me.	0,45	0,69
3. A minha vida seria impossível sem medicamentos.	0,15	0,73
4. Sem medicamentos eu estaria muito doente.	0,13	0,74
5. Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo.	0,48	0,69
6. Os meus medicamentos são um mistério para mim.	0,30	0,71
7. A minha saúde no futuro irá depender de medicamentos.	0,16	0,73
8. Os meus medicamentos desorganizam a minha vida.	0,14	0,73
9. Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos meus medicamentos.	0,32	0,71
10. Os meus medicamentos impedem-me de piorar.	0,14	0,74
Alfa de cronbach:0,72		

5.5.5. Reported adherence to medication scale (RAM)

5.5.5.1 Origem e desenvolvimento

Esta escala foi elaborada tendo em vista a avaliação dos níveis de adesão à medicação, no que respeita à frequência com que os sujeitos alteram ou ajustam as doses de medicamentos prescritas pelos profissionais de saúde. A decisão de construir esta escala pelos autores, surgiu mediante a consideração de que as escalas que mediam os níveis de adesão não eram adequadas, uma vez que não tinham em conta os níveis de adesão relativamente à medicação de uma forma específica (Horne et al., 1977) e também por não possibilitarem o registo da frequência do ajustamento ou alteração dos fármacos.

A *Reposted Adherence to Medication Scale* (Horne et al., 1977) é constituída por duas subescalas, uma de *“alterações das doses da medicação”* composta pelos itens *“às vezes eu esqueço-me de tomar os meus remédios”* e *“algumas pessoas esquecem-se de tomar os seus remédios, com que frequência isto lhe acontece a si?”*. A segunda subescala é denominada *“esquecimento da toma de medicação”* compostas pelos itens *“às vezes eu altero as doses da minha medicação de forma a satisfazer as minhas próprias necessidades”*, e o item *“algumas pessoas dizem que esquecem uma dose da medicação ou ajustam-na para satisfazerem as suas próprias necessidades. Com que frequência você faz isto?”*. Ambas as subescalas medem ambos os tipos de adesão, a adesão intencional e a adesão não intencional.

5.5.5.2. Os dados psicométricos da versão original

Horne et al. (1997), referem que os alfas de cronbach variam entre 0,60 e 0,83

5.5.5.3. Cotação

Os itens *“às vezes eu esqueço-me de tomar os meus remédios”* e *“às vezes eu altero as doses da minha medicação de forma a satisfazer as minhas próprias necessidades”*, são cotados numa subescala de tipo likert de 5 pontos com cotação invertida (1= concordo totalmente; 2=concordo; 3=não tenho a certeza; 4= discordo e 5=discordo totalmente). Os itens *“às vezes eu altero as doses da minha medicação de forma a satisfazer as minhas próprias necessidades”*, e o item *“algumas pessoas dizem*

que esquecem uma dose da medicação ou ajustam-na para satisfazerem as suas próprias necessidades. Com que frequência você faz isto?", as questões são formuladas no sentido de os indivíduos revelarem a frequência com que ajustam ou se esquecem da sua medicação, sendo cotadas numa escala de 5 pontos (5=nunca, 4=raramente, 3=às vezes, 2=muitas vezes, 1= quase sempre).

O resultado total da adesão à medicação obtém-se somando as respostas dos 4 itens. Os resultados variam, desta forma, entre 4 e 20, tendo em conta que os resultados mais elevados indicam maiores níveis de adesão.

5.5.5.4. Características psicométricas da Versão portuguesa

1. Fidelidade

De forma a estudar a fidelidade da escala, (Pereira e Silva, 1999) calcularam o Alfa de cronbach de forma a obterem informações sobre a consistência interna, tendo obtido o valor global de 0,71 encontrando-se dentro dos valores referidos, o que se enquadra nos resultados encontrados pelos autores originais entre 0,60 e 0,83.

2. Validade

No que respeita à validade, Pereira e Silva (1999) realizaram uma análise factorial de componentes principais com rotação varimax, impondo uma solução factorial de dois factores, cuja organização explica 78,5% da variância do modelo.

O primeiro factor explica 55,5% da variância e é constituído pelos itens dois e quatro relativos à ocorrência de alterações nas doses de medicação e à frequência com que ocorrem essas alterações.

O factor dois explica 22.9% da variância e é constituído pelos itens um e três relacionados com a ocorrência de esquecimentos na toma da medicação prescrita e com a frequência com que esses acontecimentos ocorrem.

5.5.5.5. Características psicométricas da Versão em estudo

1. Validade

A validade de construto foi estudada recorrendo à análise factorial de componentes principais seguida de rotação *varimax*. A variância explicada foi de 80,77%.

Após a extracção e rotação, dois factores com “eigenvalues” superiores a 1 emergiram da análise do RAM-total como pode ser observado no quadro 5.36.

Quadro 5.36. – Análise de componentes principais do RAM (n=33)

Itens	Factor 1	Factor 2
Às vezes eu esqueço-me de tomar os meus medicamentos	0,94	
Às vezes altero as doses da minha medicação de forma a satisfazer as minhas próprias necessidades		0,84
Algumas pessoas esquecem-se de tomar os seus remédios, com que frequência isto lhe acontece a si?	0,93	
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?		0,86
Variância explicada (total=80,8%)	46	34,8
Eigenvalues	1,84	1,39

Podemos assim verificar que a estrutura factorial se organizou em torno de dois factores, o primeiro diz respeito ao esquecimento da medicação explicando 46% da variância do modelo e o segundo relativo às alterações da medicação explicando 34,8% da variância do modelo.

Foram ainda analisadas as correlações entre as subescalas de esquecimento da medicação, alterações da medicação e entre as anteriores e o total. Os resultados das correlações podem ser observados no quadro 5.37. Apesar de as correlações entre as

subescalas alterações da medicação e esquecimento da medicação não serem significativas do ponto de vista estatístico, ambas as subescalas se correlacionam com o total de uma forma significativa com $r=0,87$ ($p<0,000$) entre o total e a subescala de esquecimento e um $r=0,59$ ($p<0,000$) entre o total e a subescala alterações da medicação, revelando que ambas se correlacionam significativa e positivamente com o total, o que indica a existência de uma associação elevada entre as subescalas e a existência de uma grande especificidade em cada uma delas.

Quadro 5.37. – Coeficientes de correlação de pearson para as subescalas do RAM e para o RAM total.

	Esquecimento	Alterações	total
Esquecimento		0,42	0,87***
Alterações		0,39	0,59**
Total			

*** $p<0,000$; ** $p<0,001$

2. Precisão

Para estudar os níveis de consistência interna da escala foram calculados os alfas de cronbach separadamente para as subescalas de esquecimento e alterações da medicação, procedendo-se também ao cálculo dos alfas de cronbach para o total da escala. Nos quadros seguintes, são apresentados os coeficientes de consistência interna de cronbach para a subescala esquecimento (quadro 5.38), alterações (quadro 5.39) e para a escala do total do RAM (quadro 5.40), bem como a correlação de cada item com o total e o alfa se o item for eliminado.

Quadro 5.38.- Análise de consistência interna subescala esquecimento da medicação do RAM (n=33).

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Às vezes eu esqueço-me de tomar os meus medicamentos	3,67	1,22	0,75	0,84
Algumas pessoas esquecem-se de tomar os seus remédios, com que frequência isto lhe acontece a si?	3,73	0,98	0,76	0,83

Alfa de cronbach=0,85

Para a subescala esquecimento da medicação o coeficiente de consistência interna de cronbach possui um valor de 0,85. Os itens desta subescala possuem correlações com o total superiores a 0,7.

Quadro 5.39. - Análise de consistência interna subescala alterações da medicação do RAM (n=33)

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Às vezes altero as doses da minha medicação de forma a satisfazer as minhas próprias necessidades	4,39	0,83	0,46	0,60
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?	4	0,66	0,43	0,62

Alfa de cronbach=0,62

No que respeita à subescala de alterações da medicação, o resultado do alfa de cronbach indica um coeficiente de consistência interna de 0,64 sendo os valores da correlação com o total para cada item superiores a 0,4.

Quadro 5.40. - Análise consistência interna RAM-Total (n=33)

<i>Itens</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
1.Às vezes eu esqueço-me de tomar os meus medicamentos	0,55	0,64
3.Algumas pessoas esquecem-se de tomar os seus remédios, com que frequência isto lhe acontece a si?	0,64	0,58
2.Às vezes altero as doses da minha medicação de forma a satisfazer as minhas próprias necessidades	0,41	0,70
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?	0,49	0,68

Alfa de cronbach=0,80

No que respeita ao total da escala quadro 5.40, o coeficiente de consistência interna de cronbach é de 0,8. As correlações entre os itens e o total oscilam entre 0,4 e 0,64.

5.5.6. Escala de Avaliação de espiritualidade em contextos de saúde

5.5.6.1. Origem e desenvolvimento

Tendo em conta que a participação religiosa bem como a dimensão da espiritualidade parecem estar associadas a uma melhor saúde e uma expectativa de vida mais prolongada, a uma menor ansiedade, depressão e suicídio, mesmo depois de controlar variáveis como os comportamentos de saúde e o apoio social. Percebendo que esta dimensão não tem sido muito aplicada à prática clínica apesar do reconhecimento da importância da dimensão espiritual no bem-estar do indivíduo e, conseqüentemente na sua saúde, foi concebida esta escala no sentido de avaliar esta dimensão (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007).

Nos estudos das características Psicométricas desta escala participaram 426 pessoas com história de doença oncológica, que se encontravam na fase de pós-

tratamento, denominada em termos médicos de consultas follow-up (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007).

A análise do construto teórico decorreu de uma análise da temática cruzando palavras-chave como “espiritualidade”, “saúde”, “doença crónica” e “avaliação da espiritualidade”. Desta forma, obtiveram-se os itens decorrentes da combinação entre a análise do construto teórico, dos itens da dimensão espiritual do *Quality of Life- Cancer Survivor QOL-CS*, e da subescala da espiritualidade do instrumento *World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL)*, e ainda de dados clínicos resultantes do contacto e de entrevistas com pessoas que tiveram cancro através da descrição do modo como as pessoas perspectivaram a dimensão espiritual da vida e a forma como a doença interferiu nessa dimensão (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007).

A construção desta escala teve como linha orientadora a construção de uma escala simples e pequena, sem redundâncias, que permitisse uma boa compreensão e aceitação das pessoas que evidenciam alguma dificuldade no preenchimento de inquéritos longos e redundantes, patente quando se procedente à colheita clínica de dados (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007).

As questões desta escala foram elaboradas tendo por base a perspectiva positiva da vida e características como a esperança, o optimismo e a satisfação/valorização da vida (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007).

O objectivo de cada uma das questões passa pelo centrar-se na dimensão espiritual, focalizadas na atribuição de sentido/significado à vida: “*as minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida*”, “*a minha fé e crenças dão-me força nos momentos difíceis*”. Por outro lado, também se procurou ter subjacente a construção da esperança e de uma perspectiva de vida positiva “*vejo o futuro com esperança*”, “*sinto que a minha vida mudou para melhor*” e “*aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida*” (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007).

As respostas são dadas numa escala de *likert* com quatro alternativas (de 1 a 4), que oscilam entre o “não concordo” e o “plenamente de acordo” (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007).

5.5.6.2 Características Psicométricas

Através de uma análise factorial exploratória, Análise de Componentes Principais com rotação oblíqua obteve-se uma solução de dois factores que explica 75,23% da variância total. O primeiro factor, denominando esperança/optimismo explica 50,01% do total e o segundo factor, denominado crenças 25,2%.

A correlação de Pearson entre os itens das duas subescalas mostra que o item “*vejo o futuro com esperança*” apesar de apresentar uma maior correlação com a dimensão a que pertence, a magnitude da diferença é pequena. Porém decidiu-se manter este item na escala devido à relevância da esperança na atribuição de significado ao sofrimento decorrente da doença crónica e também como um recurso de esperança face às mudanças no estado de saúde evidenciada na literatura.

Relativamente à fidelidade para avaliação da consistência interna obtiveram-se os valores de 0,92 para a dimensão Crenças e de 0,69 para a dimensão esperança/optimismo, sendo a consistência interna para a escala global de 0,74.

No que respeita à validade convergente discriminante, correlacionaram-se as dimensões da escala de espiritualidade com medidas que avaliam construtos idênticos e outras que avaliam construtos diferentes sendo elas o *Brief Cope*, a qualidade de vida global do QLQ-C30, o papel funcional e a dimensão do afecto positivo no PANAS. As correlações mostram que as duas dimensões da escala de espiritualidade se correlacionam positivamente com a sub-dimensão religião do *Brief Cope*, revelando que estas dimensões apresentam algum sentido geral associado à religião.

A subescala esperança/optimismo correlacionou-se de forma moderada com a qualidade de vida global ($r=0,29$) e com o afecto positivo ($r=0,46$). Ambas as dimensões da escala se correlacionam fracamente com o papel funcional do QLQ-C30 e com estratégias de coping menos eficazes, como por exemplo auto-culpabilização, negação e desinvestimento comportamental.

Desta forma, os resultados mostram que a escala de avaliação da espiritualidade se associou, como seria de esperar, com a religião o que demonstra a sua validade de construto e que a sub-dimensão esperança/optimismo é relevante para o bem-estar e afecto positivo de ter uma doença crónica.

5.5.6.4. Características psicométricas da amostra em estudo

1. Validade de construto

Para analisar a validade de construto da escala de espiritualidade, realizámos uma análise de componentes principais com rotação *varimax* (quadro 5.41) da qual emergiram dois factores, à semelhança do que ocorreu no seu estudo de validação. Os resultados revelaram dois factores com cargas factoriais altas com excepção do item 5, que possui uma carga factorial mais baixa. Os valores oscilam entre 0,498 e 0,946. Contrariamente ao estudo de validação o factor crenças explica 63,5% da variância e o

factor esperança optimismo apenas explica 20,9%, sendo que no estudo de validação o factor esperança/optimismo era explicativo da maioria da variância.

Quadro 5.41. - Análise de componentes principais da escala de espiritualidade em contextos de saúde (n=33)

Itens	Factor 1	Factor 2
1- As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida	0,945	
2- A minha fé e crenças são-me força nos momentos difíceis	0,889	
3- Vejo o futuro com esperança		0,946
4- Sinto que a minha vida mudou para melhor		0,911
5- Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida		0,498
Variância explicada (total= 84,42)	63,5	20,9
Eigenvalues	3,18	1,05

Foram também analisadas as correlações entre as subescalas crenças e esperança/optimismo como se pode verificar no quadro 5.42 Com um $p < 0,001$ todas as correlações são significativas e possuem r s entre 0,550 e 0,924. Há que salientar que as correlações entre as crenças ($r=0,826$) e a esperança optimismo ($r=0,924$) com o total são especialmente elevadas. A correlação mais baixa entre as duas subescalas ($r=0,550$) revela a existência de alguma especificidade em cada uma delas.

Quadro 5.42. - Coeficientes de correlações de pearson entre as subescalas da escala de espiritualidade em contextos de saúde e entre as subescalas e o total. (n=33)

	Crenças	Esperança/otimismo	Espiritualidade total
Crenças	1	0,550***	0,826***
Esperança/otimismo		1	0,924***
Espiritualidade total			1

2. Precisão

Para avaliar a consistência interna do instrumento, foram calculados os alfas de cronbach para as duas subescalas. No quadro 5.43 podemos observar a consistência interna da subescala crenças espirituais com um alfa de cronbach de 0,90, o que revela um elevado índice de consistência interna nesta população.

Quadro 5.43. análise de consistência interna da subescala crenças espirituais da escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde (n=33).

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida	3,09	1,16	0,83	0,82
A minha fé e crenças são-me força nos momentos difíceis	2,88	1,19	0,84	0,85
Alfa de cronbach 0,90				

No quadro 5.44 podemos verificar os coeficientes de consistência interna para a subescala esperança optimismo, com um alfa de cronbach de 0,92. Além disso é de notar os elevados coeficientes de correlação com o total da escala

Quadro 5.44. análise de consistência interna da subescala esperança/otimismo da escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde (n=33).

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Vejo o futuro com esperança	2,39	1,17	0,81	0,90
Sinto que a minha vida mudou para melhor	2,03	1,33	0,85	0,86
Alfa de cronbach 0,92				

No quadro 5.45 podemos observar os coeficientes de consistência interna para o total da escala, com um alfa de cronbach de cronbach de 0,83 e índices de correlação com o total que variam entre 0,56 3 0,73 o que indica boas qualidades psicométricas no que diz respeito à precisão.

Quadro 5.45. análise de consistência interna total escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde (N=33).

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação com o total (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida	3,09	1,16	0,56	0,83
A minha fé e crenças são-me força nos momentos difíceis	2,88	1,19	0,73	0,75
Vejo o futuro com esperança	2,39	1,17	0,66	0,79
Sinto que a minha vida mudou para melhor	2,03	1,33	0,70	0,77
Alfa de cronbach 0,92				

5.6. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A amostra do presente estudo foi constituída por participantes quer do sexo feminino quer do sexo masculino, com o diagnóstico de Psicose esquizofrénica, esquizofrenia residual e esquizofrenia paranóide, que se encontravam em consulta externa no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo em Évora.

A aplicação dos questionários, realizou-se no período entre 14 de Abril e 30 de Agosto de 2009, no hospital anteriormente referido e de acordo com o plano de amostragem. O alargado período de aplicação deveu-se sobretudo à dificuldade em encontrar os participantes com estas características nas consultas, o que se pode justificar com a baixa adesão ao tratamento nesta patologia e também ao facto de apenas poder aplicar questionários às quartas e quintas-feiras devido a constrangimentos do espaço físico.

Os primeiros contactos com a respectiva comissão de ética do referido hospital tiveram lugar em Fevereiro de 2009.

A aplicação individualizada dos questionários foi realizada pela autora deste estudo.

Para iniciar a recolha de dados foi formulado um pedido de autorização por escrito a vários Hospitais, aos quais foi anexada uma descrição do respectivo projecto de investigação com os procedimentos e os investigadores envolvidos neste projecto de investigação. Depois de realizados os pedidos de autorização, dados os constrangimentos levantados por alguns hospitais em termos de disponibilidade dos serviços de psiquiatria, foi seleccionado o Departamento de Psiquiatria e saúde Mental do Hospital do Espírito Santo em Évora, com o consentimento do Director Clínico do Departamento e da Respectiva Comissão de Ética.

Depois de ser deferida a investigação neste hospital, foram marcados os dias em que seria possível a recolha de dados (às quartas e quintas feiras, como referido anteriormente) com a chefe de enfermagem, que facultou também informação sobre os participantes que preenchiam os critérios de inclusão para o projecto de investigação.

Desta forma, de acordo com as folhas das consultas e da listagem de doentes por diagnóstico e em concordância com a chefe dos serviços de enfermagem foram seleccionados os participantes deste estudo.

Os doentes que preenchiam os critérios de inclusão eram contactados directamente pela investigadora. Após a apresentação da mesma, seguia-se uma breve entrevista com o objectivo de verificar das capacidades de linguagem e emocionais dos participantes para responderem aos questionários do estudo. Caso este processo desse

resultados positivos, o doente era convidado a participar no estudo, explicando o âmbito e a finalidade do mesmo. É de salientar que foi transmitido a todos os participantes a natureza voluntária e não remunerada da sua participação, bem como lhes foi fornecida a garantia de confidencialidade dos dados fornecidos.

Com o objectivo de garantir a confidencialidade dos dados obtidos, a cada doente era atribuído um código de participação inscrito em todos os questionários a que o participante iria responder.

Uma vez explicadas as implicações do protocolo eram assinadas pelo doente e pelo investigador a folha de consentimento informado elaboradas para este efeito. Através do método de hetero-relato, o investigador lia as questões de cada questionário e assinalava as respostas, mesmo no caso dos doentes que sabiam ler e escrever.

A aplicação dos questionários demorava, em média, 40 minutos por cada doente, tendo sido realizadas após a sua consulta de psiquiatria com o respectivo médico. Porém, é de salientar que não havia um tempo limite para a aplicação de cada questionário tendo cada participante usado o tempo que considerou necessário para poder pensar e elaborar as repostas às suas questões, formulando dúvidas sempre que julgava oportuno. Assim, houve uma disponibilidade e incentivo à formulação de questões ao investigador, de modo a que as dúvidas acerca do vocabulário, interpretação de questões, ortografia ou outras fossem esclarecidas durante a sessão de aplicação dos questionários.

Os questionários foram preenchidos individualmente e em local privado. A ordem de aplicação era a seguinte:

1. Consentimento informado
2. Questionário sócio Demográfico
3. Questionário Clínico
4. Illness Perception Questionnaire for Schizofrenia (IPQS)
5. Beliefs about medicines questionnaire (BMQ)
6. RAM
7. Questionário de Espiritualidade

5.7. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados recolhidos foram inseridos numa matriz de SPSS (*Statiscal Package for the Social Sciences* – versão 16.0) tendo sido este o programa utilizado para as análises estatísticas dos dados.

Para testar a hipóteses 1 foram efectuadas análises de regressão hierárquica múltipla, tendo como preditores as representações de doença e como variável de resultado a adesão ao tratamento (por exemplo, duração aguda/crónica, RAM; duração cíclica, RAM).

Assim, como variáveis de resultado incluímos o RAM – subescala de esquecimento da medicação e subescala alterações da medicação. No bloco I, introduzimos as variáveis sócio-demográficas sexo e idade; no bloco II introduzimos a variável clínica tipo de esquizofrenia e no bloco III introduzimos as várias cognições de doença do IPQR (identidade, duração aguda/crónica, duração cíclica, consequências, controlo pessoal, auto-culpabilização, controlo pelo tratamento, coerência da doença e representação emocional).

Para testar a hipótese 2 também foi efectuada uma análise de regressão hierárquica múltipla, tendo como predictoras as crenças sobre a medicação e como variável de resultado a adesão ao tratamento (por exemplo, crenças sobre a necessidade da medicação, RAM).

Assim, como variáveis de resultado incluímos as subescalas do RAM (esquecimento da medicação e alterações da medicação), no Bloco I foram incluídas as variáveis sócio-demográficas sexo e idade, no Bloco II introduzimos a variável clínica tipo de esquizofrenia e no Bloco III introduzimos as crenças sobre a medicação (necessidade da medicação prescrita, preocupações com os medicamentos, crenças sobre a utilização excessiva dos medicamentos pelos profissionais de saúde e preocupações relativamente aos efeitos nocivos dos medicamentos).

Para testar a hipótese 3 e 4 foi realizada uma análise de regressão hierárquica múltipla tendo como variável de resultado a adesão ao tratamento e como variáveis predictoras, no bloco 1 foram incluídas as variáveis sócio-demográficas sexo e idade, no bloco II introduzimos a variável clínica tipo de esquizofrenia e no bloco três as interacções entre crenças religiosas e as representações de doença medidas com o IPQS.

Para verificar as interacções entre a espiritualidade e as representações de doença foram calculados os coeficientes de correlação de pearson para cada um dos níveis em questão.

As análises exploratórias investigaram a influência de diversas variáveis sócio-demográficas e clínicas na adesão ao tratamento. Utilizaram-se análises multivariadas (MANOVAS) no caso das variáveis multidependentes e análises univariadas (ANOVAS) para uma variável dependente (adesão ao tratamento).

As análises estatísticas realizadas assumiram um alfa de 0,05 como valor crítico de significância dos resultados dos testes de hipóteses, tendo-se rejeitado a hipótese nula quando a probabilidade do erro tipo I foi inferior a 0,05.

6. RESULTADOS

6.1. REPRESENTAÇÕES DE DOENÇA COMO PREDITORAS DA ADESÃO AO TRATAMENTO

A hipótese 1 previa que percepção de esquizofrenia fosse um preditor significativo da adesão ao tratamento.

Para testar a hipóteses 1 foram efectuadas análises de regressão hierárquica múltipla, tendo como preditores as representações de doença e como variável de resultado a adesão ao tratamento (por exemplo, duração aguda/crónica, RAM; duração cíclica, RAM).

Assim, como variáveis de resultado incluímos o RAM – subescala de esquecimento da medicação e subescala alterações da medicação. No bloco I, introduzimos as variáveis sócio-demográficas sexo e idade; no bloco II introduzimos a variável clínica tipo de esquizofrenia e no bloco III introduzimos as várias cognições de doença do IPQR (identidade, duração aguda/crónica, duração cíclica, consequências, controlo pessoal, auto-culpabilização, controlo pelo tratamento, coerência da doença e representação emocional).

No quadro 6.1. serão apresentados os resultados significativos, sob a forma de blocos, onde podem ser observados os efeitos das representações de doença na adesão ao tratamento medicamentoso. Os resultados significativos encontram-se a negrito.

Os resultados da regressão hierárquica múltipla mostram que algumas representações de doença são preditores significativos da adesão ao tratamento. Desta forma as representações de doença explicam 64,5% da variância ($p < 0,01$), sendo as subescalas duração cíclica, auto-culpabilização, coerência da doença e representação emocional as que predizem de forma significativa a adesão ao tratamento.

No que respeita à duração cíclica ($sr = 0,45$), quando mais a doença é percebida como cíclica maior a adesão ao tratamento. Relativamente à auto-culpabilização ($sr = -0,48$) quanto menor a percepção de se é culpado pelo estado de doença menor a adesão ao tratamento. No que concerne com a coerência da doença ($sr = -0,53$) quanto menor a coerência menor a adesão ao tratamento.

Finalmente, relativamente à representação emocional ($sr = 0,46$) quanto maior a percepção desta, mais elevados serão os níveis de adesão ao tratamento.

As restantes representações de doença, como é o caso da identidade, da duração crónica, consequências, controlo pessoal e controlo pelo tratamento não se revelaram preditoras da adesão ao tratamento.

Desta forma confirma-se a hipótese 1 que refere que as representações de doença são preditoras da adesão ao tratamento, concluindo-se, como seria de esperar que as subescalas duração cíclica, auto-culpabilização, coerência da doença e representação emocional as que predizem de forma significativa a adesão ao tratamento.

Quadro 6.1. Resultados da análise de regressão para verificar o efeito das subescalas do IPQS na subescala alterações da medicação (RAM).

Resultados preditores	R ² Incremento	F	Beta	t	Sr (parcial)
Alterações da medicação					...
Bloco I	0,104	0,163			...
Género			0,106	ns	...
Idade			0,011	ns	...
Bloco II					...
Tipo de esquizofrenia	0,068	0,701	0,241	ns	...
Bloco III	0,645	3,030**			...
Identidade			-0,148	ns	...
Duração crónica			0,039	ns
Duração cíclica			-0,438	- 2,266***	0,45
Consequências			-0,244	ns	...
Controlo pessoal			-0,464	ns	...
Auto-Culpabilização			-0,269	-2473***	-0,48
Controlo tratamento			0,031	ns	...
Coerência da doença			0,571	-2,759**	-0,53
Representação emocional			0,520	2,331***	0,46
R ² =0,817 R ² corrigido=0,385					

*P<0,05; **p<0,01; p<0,001

6.2. CRENÇAS SOBRE A MEDICAÇÃO COMO PREDITORAS DA ADESÃO AO TRATAMENTO

A hipótese 2 previa que as crenças relativamente à medicação seriam preditoras significativas da adesão ao tratamento medicamentoso.

Para testar a hipótese 2 também foi efectuada uma análise de regressão hierárquica múltipla, tendo como preditoras as crenças sobre a medicação e como variável de resultado a adesão ao tratamento (por exemplo, crenças sobre a necessidade da medicação, RAM).

Assim, como variáveis de resultado incluímos as subescalas do RAM (esquecimento da medicação e alterações da medicação), no Bloco I foram incluídas as variáveis sócio-demográficas sexo e idade, no Bloco II introduzimos a variável clínica tipo de esquizofrenia e no Bloco III introduzimos as crenças sobre a medicação (necessidade da medicação prescrita, preocupações com os medicamentos, crenças sobre a utilização excessiva dos medicamentos pelos profissionais de saúde e preocupações relativamente aos efeitos nocivos dos medicamentos). Os resultados significativos encontram-se a negrito.

O quadro 6.2 mostra-nos que as crenças sobre a medicação explicam 46,6% da variância ($p < 0,05$). Porém apenas os resultados da subescala de utilização excessiva dos medicamentos pelos profissionais de saúde obteve resultados significativos do ponto de vista estatístico com um $sr = 0,42$.

Em suma, estes resultados confirmam parcialmente a hipótese de as crenças sobre a medicação serem preditores da adesão ao tratamento, uma vez que podemos afirmar, com base nos resultados, que a quanto maior a crença de que os médicos utilizam os medicamentos de forma excessiva no tratamento, menor será a adesão ao tratamento.

Quadro 6.2. Resultados da análise de regressão para verificar o efeito das crenças relativamente à medicação na adesão ao tratamento.

Resultados preditores	R^2 Incremento	F	Beta	t	Sr (parcial)
Adesão ao tratamento					...
Bloco I	0,011	0,163			...
Idade			0,106	ns	...
Sexo			0,11	ns	...
Bloco II	0,068	0,701			...
Diagnóstico			0,241	ns	...
Bloco III	0,466	3,117*			...
BMQ específico: crenças necessidade da medicação			0,113	ns	...
BMQ específico: preocupações com os medicamentos			0,155	ns	...
BMQ geral: utilização excessiva de medicamentos			0,568	2,288*	0,416
BMQ geral: efeitos nocivos dos medicamentos			0,045		...
$R^2=0,545$ R^2 corrigido= 0,233					

* $P<0,05$; ** $p<0,01$; $p<0,001$

6.3. O PAPEL DA ESPIRITUALIDADE SOBRE A DOENÇA E O TRATAMENTO

Para testar a hipótese 3 que previa que a relação entre as percepções de esquizofrenia e a adesão ao tratamento variassem consoante as crenças religiosas, e a hipótese 4 que previa o efeito mediador da variável espiritualidade entre a percepção de esquizofrenia e a adesão ao tratamento, foi realizada uma análise de regressão hierárquica múltipla tendo como variável de resultado a adesão ao tratamento e como variáveis preditoras.

No bloco 1 foram incluídas as variáveis sócio-demográficas sexo e idade, no bloco II introduzimos a variável clínica tipo de esquizofrenia e no bloco III introduzimos a variável clínica tipo de esquizofrenia e no bloco III introduzimos as várias cognições de doença do IPQR (identidade, duração aguda/crónica, duração cíclica, consequências, controlo pessoal, auto-culpabilização, controlo pelo tratamento, coerência da doença e representação emocional) e finalmente no bloco IV, as interações entre crenças religiosas e as representações de doença medidas com o IPQS.

Para verificar as interações entre a espiritualidade e as representações de doença foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson para cada um dos níveis em questão.

De seguida serão apresentados os resultados significativos no quadro 6.3, sob a forma de blocos, onde podem ser observados os efeitos das representações de doença na adesão em interacção com a espiritualidade sobre o tratamento medicamentoso. Os resultados significativos encontram-se a negrito.

Relativamente à hipótese 4, podemos considerar variações em termos dos resultados da predição da adesão ao tratamento quando adicionado o bloco IV ao modelo utilizado na hipótese 1. Em interacção com as crenças espirituais as subescalas do IPQR-explicam 21% da variância ($p < 0,05$).

Desta forma, a subescala duração cíclica em interacção com as crenças espirituais ($sr=0,050$), a escala de controlo pessoal em interacção com as crenças espirituais ($sr=0,16$) e a representação emocional em interacção com as crenças espirituais ($sr=0,57$) são preditores significativos da adesão ao tratamento.

Porém, devemos considerar que a duração cíclica ao interagir com as crenças espirituais passa a ter um sr negativo, que ao interagir com as crenças espirituais a subescala de controlo pessoal passa a ser uma preditoras da adesão efeito este que desaparece no caso da subescala de coerência da doença e que se mantém no caso da subescala de controlo pessoal.

Estes dados confirmam assim a hipótese de a relação entre as percepções de doença e a adesão ao tratamento variarem de acordo com as crenças espirituais.

Contudo, é necessário estudar as interações e verificar o seu efeito nas diferentes variáveis, através das correlações de *Spearman*. Quando nos pacientes com adesão elevada, os valores das correlações são positivos, elevados e significativos ($r=0,754$, $p=0,000$) para a coerência da doença, $r=0,856$, $p=0,000$ para a subescala de controlo pessoal e, no que respeita à subescala de representação emocional, um r de $0,783$ $p<0,000$. Quando os valores de espiritualidade são baixos, de uma forma geral, deixam de ser significativos e passam a ser negativos.

Assim, no caso da coerência da doença ($r=0,045$) a correlação é não significativa e baixa. No caso do controlo pessoal ($r=0,540$) uma correlação positiva não significativa e no caso da representação emocional ($r=-0,058$) existe uma correlação negativa não significativa.

Em suma, os dados sugerem que quanto maior a coerência da doença, controlo pessoal e representação emocional maior a adesão, em pacientes com níveis elevados de espiritualidade.

Quadro 6.3. Resultados da análise de regressão para verificar o efeito das representações de doença em interação com a espiritualidade sobre a adesão ao tratamento (RAM)

Resultados preditores	R^2 Incremento	F	Beta	t	Sr (parcial)
Alterações da medicação					...
Bloco I	0,011	0,163			...
Género			0,106	ns	...
Idade			0,011	ns	...
Bloco II					...
Tipo de esquizofrenia	0,068	0,701	0,241	ns	...
Bloco III	0,645	3,030**			...
Duração crónica			0,039	ns
Duração cíclica			-0,438	- 2,266***	0,452
Consequências			-0,244		...
Controlo pessoal			-0,464		...
Culpabilização pessoal			-0,269	-2473***	-0,484
Controlo tratamento			0,031		
Coerência da doença			0,571	-2,759**	-0,525
Representação emocional			0,520	2,331***	0,462
Bloco IV	0,211	-2,31*			
Duração cíclica x crenças			-1,06	-2,60*	-0,50
Controlo pessoal x crenças			-1,21	-2,63*	0,16
Representação emocional x crenças			1,32	3,07**	0,57
$R^2=0,93,5$; R^2 corrigido=0,663					

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; $p<0,001$

A hipótese 4 que previa a existência de mediação por parte da variável espiritualidade fica assim parcialmente comprovada. Porém podem também existir

efeitos de moderação uma vez que quando incluídas as interações entre as representações de doença e a espiritualidade o efeito preditor para a culpabilização pessoal desaparece e surge o efeito preditor por parte do controlo pessoal.

6.4. ANÁLISES EXPLORATÓRIAS

Este estudo é complementado com análises exploratórias, nas quais se pretende explorar a relação entre diversas variáveis sócio-demográficas e clínicas na adesão ao tratamento.

Os resultados encontram-se organizados por variável, apresentando-se primeiro os resultados das variáveis sócio demográficas e posteriormente os resultados das variáveis clínicas, são referidos e descritos apenas os resultados significativos.

6.4.1. Variáveis sócio-demográficas

6.4.1.1. Habilitações literárias

A variável habilitações literárias encontra-se categorizada em três grupos: primeiro ciclo, superior ao primeiro ciclo e outras habilitações. Não se verificou um efeito significativo desta variável sobre a adesão ao tratamento, sobre as crenças relativamente à medicação nem sobre a espiritualidade.

Encontrou-se um efeito significativo das habilitações literárias x género ($F=3,32$, $p=0,030$). Os dados do *post hoc (turkey)* indicam que os homens com mais estudos possuem uma representação emocional mais elevada do que os homens com menos estudos ($p=0,048$), do que os homens não existindo diferenças estatisticamente significativas para as mulheres. Por outro lado estes dados indicam que a adesão ao tratamento é independente das habilitações literárias ao contrário do que é sugerido por vários autores (quadro 6.4)

Quadro 6.4. Resultados significativos da análise de variância multivariada referentes ao IPQS: subescala representação emocional, em função do género e das habilitações literárias (n=33).

IPQS/representação emocional	Masculino	Feminino	F	p
Género x habilitações				
Primeiro ciclo	2,44	3,78	3,32	0,03
Segundo e terceiro ciclo	2,93	3,19		
Ensino secundário	3,53	3,89		

*grupo etário como co-variante

6.4.1.2. Estatuto profissional

Para estudar a influência do estatuto profissional utilizaram-se três categorias: empregado (n=9), desempregado (n=20) e reformado (n=4). Ao ser analisada a influência do estatuto profissional sobre as diferentes variáveis, verificou-se a influência deste, em interação com o sexo sobre a subescala de consequências do IPQS (F=5,11, p=0,032), tal como se pode observar no quadro 6.5

De forma isolada, sem a interação do sexo, o estatuto profissional tem influência na subescala de alterações da medicação do RAM (F=3,99, p=0,030), nas subescalas de crenças acerca dos efeitos nocivos dos medicamentos (F=4,35, p=0,023) e de preocupações com a toxicidade dos medicamentos (F=3,53, p=0,044). Também na subescala de coerência da doença do IPQS (F=4,80, p=0,016) se verifica um efeito significativo do estatuto profissional

Quadro 6.5. Resultados significativos da análise de variância multivariada referentes ao IPQS: subescala consequências, em função do género e das habilitações literárias (N=33).

IPQS/consequências	Masculino	Feminino	F	p
<hr/>				
Género x estatuto profissional				
Empregado	30,75	37,6	5,11	0,032
Desempregado	34	29,33		
Reformado	0	35,25		

*grupo etário como co-variante

De forma isolada, sem a interacção do sexo, o estatuto profissional tem influência na subescala de alterações da medicação do RAM ($F=3,99$, $p=0,030$), nas subescalas de crenças acerca dos efeitos nocivos dos medicamentos ($F=4,35$, $p=0,023$) e de preocupações com a toxicidade dos medicamentos ($F=3,53$, $p=0,044$). Também na subescala de coerência da doença do IPQS ($F=4,80$, $p=0,016$) se verifica um efeito significativo do estatuto profissional

Quadro 6.6. Resultados significativos da análise de variância multivariada referentes ao IPQP: subescala coerência da doença, BMQ: subescalas de crenças acerca dos efeitos nocivos dos medicamentos e subescala de preocupações com os perigos de toxicidade dos medicamentos e RAM: subescala de alterações da medicação, em função das habilitações literárias (N=33).

	Empregados	Desempregados	Reformados	Manova	
	Média	Média	Média	F	p
IPQS:					
Coerência da doença	17,44	14,07	19	4,80	0,016
BMQ					
Crenças efeitos nocivos dos medicamentos	1,18	1,27	8,75	4,35	0,023
Preocupações com a toxicidade dos medicamentos	12,7	14,6	11,25	3,53	0,044
RAM					
Subescala de alterações da medicação	13,22	13,95	10,75	3,99	0,030

*grupo etário como co-variante

Os resultados apresentados no quadro 6.6. indicam assim que os pacientes empregados possuem, em média, uma maior coerência da doença, menos crenças sobre os efeitos nocivos da medicação por um lado, sendo o grupo dos desempregados os que apresentam maiores preocupações sobre os perigos de toxicidade dos medicamentos. Ao contrário do que seria de esperar, são os reformados os que menos alteram as doses da medicação, sendo porém de salientar que os resultados se baseiam num questionário de auto-relato.

6.4.1.3. Local de residência

No sentido de investigar a influência da variável residência foram efectuadas duas categorias: meio rural e meio urbano. Não se verificaram influências da residência nas crenças relativamente à medicação e no que respeita à espiritualidade.

Porém o local de residência, em conjunto com o género revelou influenciar várias cognições de doença tais como a subescala de consequências do IPQS (F=4,64, p=0,40), auto-culpabilização (F=5,56, p=0,026) e representação emocional (F=6,37, p=0,018), como se pode observar no quadro 6.7.

Quadro 6.7. Resultados significativos da análise de variância multivariada referentes ao IPQP: subescala consequências, culpabilização pessoal e representação emocional em função do local de residência e do sexo(N=33).

	Meio rural		Meio urbano		Manova	
	M	F	M	F	F	p
IPQS:						
Consequências	31,87	37,14	34,4	30,63	4,64	0,040
Culpabilização Pessoal	9,13	11	9,1	7,38	5,56	0,026
Representação Emocional	26,13	34,43	27,8	25,63	6,37	0,018

*grupo etário como co-variante

Foram também detectadas influências apenas em função do local de residência na adesão à medicação na escala total (F=5,21, p=0,030) e na subescala esquecimento da medicação (F= 4,25, p=0,049).

Quadro 6.8. Resultados significativos da análise de variância multivariada referentes ao RAM: em função do local de residência (N=33).

	Meio rural		Meio urbano		Manova	
	Média		Média		F	p
RAM Total	14,67		16,72		5,21	0,030
Alterações da medicação	6,53		8,11		4,25	0,049

*grupo etário como co-variante

6.4.1.4. Agregado familiar

Quadro 6.9. Resultados significativos da ANOVA referente à Espiritualidade: subescala esperança/otimismo em função do agregado familiar (n=33).

	Cônjuge/ companheiro (1)	Família restrita (7)	Família alargada (16)	Sozinho (8)		
Espiritualidade	Média	Média	Média	Média	F	p
Esperança/otimismo	3	9,62	7,75	5,86	2,626	0,053

O quadro 6.9 evidencia também diferenças estatisticamente significativas relativamente ao agregado familiar ($F=2,626$, $p=0,053$). Porém dada a irregularidade na distribuição de sujeitos a análise das médias apenas pode ser analisada para os grupos família restrita e “sozinho” parecendo a dimensão esperança optimismo ser superior nos sujeitos que vivem com a sua família, tal como seria de esperar dada a importância do suporte familiar defendida por vários autores.

6.4.2. VARIVEIS CLINICAS

6.4.2.1 Rótulo atribuído à doença

Foram realizados estudos sobre as várias variáveis clínicas e a sua interação com as várias escalas aplicadas neste estudo sem que, porém, tenham surgido resultados estatisticamente significativos. Através de uma ANOVA (quadro 6.10) estudou-se as influências do rótulo que a pessoa atribui à sua doença nas várias subescalas do IPQS surgindo resultados significativos para as subescalas de consequências ($F=3,93$, $p=0,018$), coerência da doença ($F=2,92$, $p=0,051$) e representação emocional ($F=3,52$, $p=0,036$).

Ao observar as médias das subescalas de acordo com os diferentes rótulos atribuídos, podemos verificar que o rótulo de depressão é o que incita maior percepção

das consequências, representação emocional e o que suscita uma maior coerência da doença, logo seguido pelo rótulo de esquizofrenia.

Quadro 6.10- Resultados significativos da ANOVA referente ao IPQS: subescalas de consequências, coerência da doença e representação emocional em função do rótulo da doença considerado pelo paciente (n=33).

	Psicose	Depressão	Ansiedade	Esquizofrenia		
	n=2	n=9	n=3	n=19		
	Média	Média	Média	Média	F	p
IPQS						
Consequências	30	38,44	32	31,68	3,93	0,018
Coerência da doença	12,5	18,22	17,67	15	2,92	0,051
Representação emocional	25	32,89	22,67	27,32	3,52	0,036

Para além de se verificarem diferenças estatisticamente significativas ao nível de algumas representações de doença, os resultados apontam também para diferenças no que refere à adesão, sendo de notar influencias nas subescalas esquecimento ($F=3,52$, $p= 0,027$) e alterações na medicação ($F=5,1$, $p= 0,006$) bem como no total da escala ($F=3,76$, $p=0,021$).

Ao analisar as médias dos vários rótulos ao longo das subescalas de adesão podemos constatar que quando a pessoa rotula a sua doença como Psicose possui mais comportamentos de adesão, logo seguida da esquizofrenia, depressão e ansiedade, respectivamente (quadro 6.11)

Quadro 6.11. Resultados significativos da ANOVA referente ao RAM: subescalas de alterações da medicação, esquecimento da medicação e RAM- total em função do rótulo da doença considerado pelo paciente (n=33)

	Psicose	Depressão	Ansiedade	Esquizofrenia		
	n=2	n=9	n=3	n=19		
	Média	Média	Média	Média	F	p
RAM						
Esquecimento da medicação	8,5	7,11	5,33	7,74	3,52	0,027
Alterações da medicação	9,5	8,44	7,67	8,37	5,1	0,006
RAM-total	18	15,56	13	16,11	3,76	0,021

Relativamente às crenças sobre os medicamentos (quadro 6.12), parecem também existir diferenças estatisticamente significativas segundo o rótulo da doença. Desta forma, evidenciam-se diferenças relativamente às subescalas de crenças acerca da necessidade da medicação prescrita ($F=3,308$, $p= 0,034$) e relativamente à utilização excessiva da medicação pelos médicos ($F=2,886$, $p=0,053$).

Quadro 6.12. Resultados significativos da ANOVA referente ao BMQ: subescalas de crenças acerca da necessidade da medicação prescrita e de utilização excessiva da medicação pelos médicos em função do rótulo da doença considerado pelo paciente (n=33)

	Psicose	Depressão	Ansiedade	Esquizofrenia		
	n=2	n=9	n=3	n=19		
	Média	Média	Média	Média	F	p
BMQ						
crenças acerca da necessidade da medicação prescrita	11,5	11,3	16,67	11,63	3,308	0,034
Utilização excessiva da medicação pelos médicos	14,5	11,89	7,33	12,06	2,886	0,053

Através da observação das médias, podemos verificar que parecem existir maiores crenças acerca da necessidade da medicação quando o rótulo dado à doença é de ansiedade, com uma menor preocupação acerca da utilização excessiva de medicação pelos médicos, crença esta que parece despoletar maior influência no rótulo de psicose logo seguido do rótulo de esquizofrenia.

6.4.2.2. Idade de aparecimento dos primeiros sintomas

Relativamente às diferenças entre a idade com que apareceram os primeiros sintomas na subescala de Crenças acerca dos perigos de dependência e toxicidade dos medicamentos, verificamos que esta crença se encontra mais fortemente enraizada quanto mais cedo o aparecimento dos sintomas ($F=3,52, p=0,007$).

Quadro 6.13. Resultados significativos da ANOVA referente ao BMQ: subescala Crenças perigos de dependência e toxicidade dos medicamentos em função do rótulo da idade de aparecimento dos sintomas (n=33).

	17-24 anos	Mais de 25 anos		
	n=20	n=13		
	Média	Média	F	p
BMQ				
Crenças perigos de dependência e toxicidade dos medicamentos	14,10	10	3,52	0,007

6.4.2.3. História da doença na família

A história familiar da doença parece também influenciar a subescala de crenças acerca dos perigos de dependência e toxicidade dos medicamentos ($F=4,093, p= 0,052$).

Quadro 6.14. Resultados significativos da ANOVA referente ao BMQ: subescala Crenças perigos de dependência e toxicidade dos medicamentos em função da existência de historial da doença na família (n=33).

	Existe História familiar da doença n=9	Não Existe História familiar da doença	F	p
	Média	Média		
BMQ				
Crenças perigos de dependência e toxicidade dos medicamentos	11,89	14,33	4,093	0,052

Porém, apesar de as diferenças se revelarem estatisticamente significativas, há que ter em conta o reduzido número de participantes com historial da doença na família, motivo que conduz à não análise dos resultados.

Parecem também existir diferenças relativamente às crenças espirituais, no âmbito da historial familiar da doença (F=8,036, p=0,008). Porém, pelos mesmos motivos anteriormente mencionado, a diferença de médias não será tida em conta na análise.

Quadro 6.15. Resultados significativos da ANOVA referente à Espiritualidade: subescalas Crenças espirituais em função da existência de historial da doença na família (n=33).

	Existe História familiar da doença n=9	Não Existe História familiar da doença	F	p
	Média	Média		
Questionário de espiritualidade	4,33	6,58	8,036	0,008
Crenças espirituais				

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados encontrados são consistentes com os resultados de outros estudos na área das representações de doença.

A hipótese 1 que previa que a percepção de esquizofrenia fosse um preditor significativo da adesão ao tratamento foi confirmada na medida em que a percepção de duração cíclica, a auto-culpabilização, a coerência da doença e a representação emocional se mostraram fortes preditores da adesão ao tratamento. É importante referir que muitos participantes não referiam o diagnóstico de esquizofrenia e muitos dos que o faziam, optavam por outros rótulos como a depressão ou a ansiedade. Este factor é fundamental para a análise dos resultados na medida em que a coerência da doença pode ser bastante posta em causa por alguns pacientes, sendo que, quando existe a sua percepção, acaba por ser uma poderosa preditora dos comportamentos de adesão.

Além disso, o facto de a coerência da doença ser um forte preditor da adesão é também um aspecto controverso, uma vez que Jackson et al (1998) na sua investigação concluíram que a coerência da doença pode estar associada à depressão. Porém, ao contrário do que seria de esperar, o controlo da doença pelo tratamento não se revelou um preditor significativo da adesão ao tratamento, na medida em que vários estudos, como por exemplo o de Lobban, Barroclough e Jones (2005) sugeriam. A subescala de identidade também não se revelou preditiva da adesão à medicação, resultados encontrados pelos mesmos autores.

Há também que ter em conta que nos resultados deste estudo, a representação emocional que foi uma variável só posteriormente adicionada ao modelo de auto-regulação, se revelou fundamental na medida em que é preditora do tratamento. Esta é uma componente fundamental, na medida em que é um poderoso atributo quando temos em conta que a relação terapêutica pode ser decisiva para a adesão ou não adesão ao tratamento. Nansel (2006) defende a qualidade da comunicação entre o paciente e o profissional de saúde é um elemento fundamental, na medida em que o profissional de saúde deve ser cuidadoso na análise da componente emocional do seu paciente.

Um outro aspecto que se prende com o anterior são os resultados que apontam para a auto-culpabilização como um factor preditivo da adesão ao tratamento, ou seja, quanto menor a auto-culpabilização maior a adesão ao tratamento. Ora, este é também um dado importante que se prende não só com a

representação emocional, como também com as características individuais do sujeito, tão mencionadas na literatura sobre a adesão ao tratamento, tal como Nansel (2006) os concebe como barreiras existentes entre os sujeitos e o seu tratamento.

A hipótese 2 previa que as crenças dos sujeitos relativamente à sua medicação seriam preditoras da adesão ao tratamento. Esta hipótese foi apenas parcialmente confirmada, na medida em que apenas a crença de utilização excessiva de medicamentos pelos profissionais de saúde se revelou preditiva, de forma significativa da adesão.

Este resultado demonstra, mais uma vez que a relação entre o profissional de saúde e o seu paciente é fundamental (Nansel, 2006). Para além disso vai de encontro ao sugerido por Bosworth (2006) de que existe uma relação entre atitudes e adesão, prevendo que a visão de que a medicação é assustadora e utilizada de forma excessiva pelos médicos pode determinar os comportamentos de não adesão. A crença de utilização excessiva de medicação pelos profissionais de saúde, parece ser uma crença fortemente enraizada, tal como indicam vários estudos na área da doença física (Horne, 1999)

Porém, nos resultados deste estudo, não foram encontrados dados que suportem a posição de Silverstone & Turner (1995) de que os efeitos secundários da medicação são determinantes para a decisão de não aderir ao tratamento. Esta análise é válida, porém devemos considerar que a presença dos participantes em consulta externa indica fases de adesão e remissão dos sintomas.

Relativamente à hipótese 3 que previa que a relação entre as percepções de esquizofrenia e a adesão ao tratamento variassem consoante as crenças religiosas, tendo a hipótese sido confirmada para as subescalas de duração cíclica, controlo pessoal e representação emocional indo de encontro aos resultados obtidos por Borrás, Mohr, Brandt, Gilléron, Eystan & Huguelet (2007) que no seu estudo verificaram que mais de metade dos pacientes possuíam representações da sua doença e do tratamento directamente influenciadas pelas suas crenças religiosas. Há também que notar que os dados obtidos são significativos para doentes com uma espiritualidade elevada, o que indica que a presença desta variável tem um efeito significativo na predição da adesão ao tratamento mas que a sua ausência não é um factor determinante.

Muitos destes pacientes relatam ainda que a religião atribui um significado para a sua doença principalmente através de conotações religiosas positivas e, em menor percentagem com conotações negativas. Contudo, em ambos os casos os significados atribuídos, segundo os autores, podem ser vistos de uma forma positiva em termos psicológicos, uma vez que despoletam a aceitação da doença (Mohr et al., 2006).

A hipótese 4 previa um efeito de mediação por parte da variável espiritualidade foi apenas parcialmente comprovada, sendo de notar o desaparecimento preditivo da variável auto-culpabilização e de salientar a possível relação desta com a própria espiritualidade dos sujeitos, pelo que, neste caso se observa uma moderação dado o desaparecimento da predição desta cognição, que possuía um efeito negativo na adesão ao tratamento.

Relativamente ao estudo exploratório podemos verificar que existem diferenças significativas entre os participantes de acordo com variáveis sócio-demográficas e clínicas o que leva a querer que, para além das representações sociais, existem variáveis intrapessoais que marcam as representações de doença, o que também é consistente com a literatura por exemplo Lobban, Barroclough e Jones (2005)

Reflectindo sobre os resultados encontrados neste estudo, é pertinente considerar o impacto que eles possuem quer na prática profissional quer no conhecimento da própria esquizofrenia. Não é de ignorar, e o trabalho empírico tem vindo a ser disso mesmo prova, o impacto que as representações de doença possuem quer para a evolução da doença, física ou mental, quer para variáveis determinantes de controlo da morbilidade. Concebendo o sujeito como um ser activo, que sistematicamente se envolve e procura encontrar estratégias para a resolução dos seus problemas é fundamental para melhor lidar com as entidades nosológicas que se instalaram no quotidiano das sociedades industrializadas e em vias de desenvolvimento.

A adesão aos tratamentos é assim fundamental, na medida em que para além de melhorarem a qualidade de vida dos sujeitos, possuem impacto nas economias dos próprios países, ao prevenirem internamentos e saturação dos serviços de saúde, motivo pelo qual é necessário que, de uma forma crescente se despolette o interesse pela compreensão e pelo design de estratégias para fomentar a adesão aos tratamentos.

No sentido de encontrar cada vez mais recursos para responder a esta necessidade, é de prever que a integração nas representações e nos valores dos

indivíduos, como é o caso das crenças espirituais, seja uma mais-valia para o delineamento de novas áreas de intervenção e de novos programas de tratamento.

7.1.LIMITAÇÕES E VANTAGENS DO ESTUDO

Algumas limitações devem, porém estar na mente do leitor de forma a que os resultados possam ser interpretados com as devidas cautelas. A primeira diz respeito ao facto de os métodos serem de auto-relato o que pode suscitar respostas de acordo com a desejabilidade social.

A segunda limitação diz respeito ao facto de o estudo se ter restringido apenas aos utentes de um hospital, o que limita a generalização dos resultados à região abrangida pelo Hospital.

O facto de ser um estudo realizado apenas num momento de avaliação pode também ser um factor determinante, uma vez que não foi verificada a estabilidade das variáveis.

Finalmente, o último aspecto prende-se com a validação dos instrumentos, nomeadamente do IPQS, uma vez que este foi traduzido e validado especificamente para este estudo, não existindo ainda dados sobre as características psicométricas para a população portuguesa.

Porém, apesar de dever ser considerada uma limitação, representa a vantagem de avaliar as representações de doença, com um instrumento elaborado de acordo com os sintomas e as características de uma doença mental tão específica e sobre a qual ainda existem tantos espaços em termos de investigação por preencher como a esquizofrenia.

Além disso, oferece a possibilidade de compreensão acerca da forma como os doentes com o diagnóstico de esquizofrenia percebem o seu próprio diagnóstico e a forma como organizam a informação sobre os seus sintomas e a sua doença nos seus esquemas cognitivos, medindo crenças fundamentais que podem estar associadas a importantes variações individuais nas respostas emocionais e comportamentais.

7.2. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

Os projectos desenhados para fomentar a intervenção terapêutica, as implicações da não-adesão aos tratamentos e a formulação de novos planos de tratamento são uma constante na vida dos profissionais de saúde que procuram sistematicamente melhorar a sua prática profissional assim como a eficácia da

mesma. Desta forma, todo o conhecimento acerca da doença como também dos processos inerentes aos sujeitos face aos seus sintomas e ao seu diagnóstico, podem fazer toda a diferença em termos práticos.

A fomentação do *empowerment* em cada pessoa, responsabilizando-a e envolvendo-a no seu processo de controlo da doença, trabalhando crenças chave nas intervenções podem ajudar a modificar a sua postura face à sua doença e ao seu tratamento.

Sendo o caso da esquizofrenia o caso de uma doença com elevadas taxas de não adesão, é fundamental ter em conta estes aspectos quer na relação terapêutica, quer na abordagem à doença e ao diagnóstico, quer nos programas de intervenção.

Analisando os resultados deste estudo, sabemos que também na doença mental, neste caso na esquizofrenia, as representações da doença assim como as crenças sobre a medicação, embora de uma forma menos significativa são preditoras da adesão ao tratamento, relação esta que é mediada pela espiritualidade.

7.3. SUGESTÃO DE ESTUDOS FUTUROS

Em investigações futuras é importante que se replique a aplicação do IPQS de forma a contribuir para a sua validação possibilitando a generalização dos seus resultados para abranger uma maior população.

Além disso, seria também importante a realização de estudos longitudinais na área das representações de doença, de forma a verificar a estabilidade das cognições de doença e da sua influência sobre a adesão ao tratamento.

Tendo em conta que o estudo das representações de doença se encontra já largamente desenvolvido no domínio da doença física, seria também importante estendê-lo às doenças psiquiátricas de forma a poder estender as suas contribuições amplamente reconhecidas no domínio da doença física.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, J. & Scott, J. (2000). Predicting medication adherence in severe mental disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 2, 119-124.

Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: a theory of planned behavior. In J.Kuhl & J.Beckmann (Eds), *Action control: From cognition to behavior* (pp.11-39). Heidelberg: Springer.

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and Predicting social Behavior*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice Hall.

Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia* (3ª ed.). Braga: Psiquilibrios.

Amador, X. F. & David, A. S. (1998). *Insight and psychosis*. London: Oxford University Press.

Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A. & Gorman, J. M. (1991). Awareness of Illness in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17(1), 113-131.

American Psychiatric Association, (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi.

Andreasen, N. C. (2000). Schizophrenia: The fundamental Questions. In *Brain Research Reviews*, 31, 106-112.

Bauman, L. J. (2000). A patient centered approach to adherence: Risks for non adherence to medical treatment in chronic childhood illness: concepts, methods and interventions. Mahwah, Nj: Lawrence Erlbaum Associates, 71-94

Bishop, G. D. (1991). Understanding the understanding of illness: Lay disease representations. In J.A.Skelton & R. T.Croyle (Eds.), *Mental representation in health and illness* (pp. 36-60). New York: Springer-Verlag.

Bishop, G. D. & Converse, S. A. (1986). Illness Representations: A prototype approach. *Health psychology*, 5, 95-114.

Blanch, A. & Porrish, J. (1990). Reports of three roundtable discussion on involuntary interventions. In *psychiatric rehabilitation and community support Monograph*. Rockville, MD.: institute of mental health, division of applied and services research.

Borras, L., Mohr, S., Brandt, P-Y., Gilléron, C., Eystan, A. & Huguelet, P. (2007). Religious Beliefs in Schizophrenia: Their Relevance for Adherence to Treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1238-1246.

Bowsworth, H. B. (2006). Medication treatment adherence. In H. B. Bowsworth & M. Weinberger, *Patient treatment adherence: concepts, interventions, and measurement* (pp.147-194). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Bowsworth, H. B. & Voils, C. (2006). Theoretical Models to understand treatment adherence.. In H. B. Bowsworth & M. Weinberger, *Patient treatment adherence: concepts, interventions, and measurement* (pp.13-48). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Bowsworth, H. B., Weinberger M. & Oddone, E. Z. (2006). Introduction. In H. B. Bowsworth & M. Weinberger, *Patient treatment adherence: concepts, interventions, and measurement* (pp.3-12). New jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Cameron, L. D. & Leventhal, H. (2003). Self Regulation, Health, and Illness, an overview. In *The Self-Regulation of Health and Illness Behavior* (pp.1-14). London: Routledge,

Claudino, A. D. C. (2004). O Estudo das Representações de Doença. Ajustamento Emocional e Adaptação Funcional em Pacientes com Enfarte agudo do Miocárdio e Angina Instável: Variações em Função do Grupo Clínico diagnóstico e da Terapêutica. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade de Évora, Portugal.

Fallsberg, M. (1991) reflections on medicines and medication: a quantitative analyses among people on long term drug regimens. *Teses Linkoping*, Sweden: Linkoping University.

Frank, A. F. & Gunderson, J. G. (1990). The role of therapeutic alliance in the treatment of Schizophrenia. *Archives Gen Psychiatry*, 47, 228-236.

Gochman, D. S. (1997). Personal determinants. In *Handbook of Health Behavior Research*, pp. 41-49. New York: Plenum Press

Hagger M. D., Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and health*, 18(2), 141-184.

Horne, R. (1997). Representations of medication and treatment: Advances in theory and measurement. In K. J. Petrie, & J. Weinman, perceptions of health and illness: current research and applications (pp. 155-187). London: Hardwood academic publishers.

Horne, R (2003). Treatment perceptions and self regulations. In I. Cameron & H. Leventhal, *the self regulation on health and illness behavior* (pp. 138-153) London: Routledge.

Horne, R., Weinman, J. & Hnkins, M. (1997). The beliefs about medicines questionnaire: the development and evaluation of a new method of assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health*, 14, 1-24.

Jackson, H. J., McGorry, P. D., Edwards, J., Hulbert, C. Henry, L., Francey, S., et al. (1998). Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE): preliminary results. *British journal of Psychiatry*, 172 (33), 92-99.

Kinderman, P., Setzu, E., Lobban, F. & Salmon, P. (2006). Illness Beliefs in Schizophrenia. *Social Science & Medicine* 63, 1900-1911.

Koenig, A. G. (2007). Religião Espiritualidade e Transtornos Psicóticos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (1), 95-104.

Lau, R. R. (1997). Cognitive representations of health and illness. In D. S. Gochman, *Handbook of Health Behavior Research*, (pp. 51-68). New York: Plenum Press,

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Ley, P. (1988). *Communicating with patients*. London: Chapman and Hall Press.

Leventhal, H. (1984). A perceptual-motor model of emotion. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances In Experimental Social Psychology*,5,119-186.

Leventhal, H., Brissette, I. & Leventhal, E. (2003). The common sense model of self regulation of health and illness. In I. Cameron & H. Leventhal, *the self regulation on health and illness behavior* (pp. 42-65) London: Routledge.

Leventhal, E. A., Easterling, D., Leventhal, H. & Cameron, L. (1995). Conservation of Energy, Uncertainty Reduction, and Swit Utilization of Medical Care Among the Eldery: Study II. *Medical Care* 33 (10), pp. 988-1000.

Leventhal, H., Leventhal, E. & Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self regulation: a perceptual cognitive model. In A. Baum, T. Revenson, J. Singer (Eds), *Handbook of Health psychology* (pp.19-48). Lawrence Erlbaum Associates.

Leventhal, H., Leventhal, E. & Shaefer, P. (1991). Vigilant coping and health behavior: a life-span problem. In M. Ory & R. Abeles (Eds), *Aging, health and behavior* (pp. 109-140). Baltimore: Johns Hopkins

Leventhal, H., & Nerenz, D. (1985). The assessment of illness cognition. In P. Karoly (Ed.), *Measurement Strategies in Health* (pp. 517-554). New York: John Wiley & Sons.

Lobban, F. Barrowclough, C. & Jones, S. (2002). A Review of the Role of Illness Models in Severe Mental Illness. *Clinical Psychology Review*, 23, 171-196.

Lobban, F. Barrowclough, C. & Jones, S. (2005). Assessing Cognitive Representations of Mental Health Problems. I. The Illness Perception Questionnaire for Schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology* 44, 147-162.

Marder, S. R. & Wirshing, D. A. (2003). Maintenance treatment. In R. H. Steven & D. R. Weinberger, *Schizophrenia*, pp. 474-488. Oxford: Blackwell Science.

McEvoy, J. P., Apperson, P. S. et al. (1989). Insight in Schizophrenia: Its relationship to acute psychopathology. *J New Mental Dis.*, 177, 43-47.

Mechanic, D., McAlpine, D., Rosenfield, S., & Davis, D. (1994). Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Social Science in Medicine*, 39, 155-164.

Morrison, V. Bennet, P. (2009). Predicting health behavior. In *An Introduction to Health Psychology* (pp 113-146), London: Pearson Education Limited.

Mohr, S., Brandt, P-Y., Borrás, L., Gilliéron, C. & Huguelet, P. (2006). Toward an Integration of Spirituality and Religiosity Into the Psychosocial Dimension of Schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 163, 1952-1959.

Morgan, M. & Watkins, C.J. (1988). Managing hypertension: beliefs and response to medication among cultural groups. *Social health illness*, 20, 29-37.

Moss-Morris, R., Weinman, J. Petrie, K., Horne, R., Cameron, L.D., & Buick, D. (2001). The revised illness perception question. *Psychology and health*, 17(1), 1-16.

Nansel, T. (2006). Adherence to Health Care Regimens. In M. Kathleen & J.F. Traveres, *Handbook of human development for the health care Professional* (pp. 411-428). London: Jones and Bartlett Publishers.

Olfson, M. Mechanich, D., Hansell, S., Boyer, C. A., Walkup, J., & Weiden, P. J. (2000). Predicting medication after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 51, pp.216-222.

Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial da Saúde: Saúde Mental Nova concepção nova esperança*, 1-206. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Petrie, K. J., Jago, L.A. & Devcich (2007). The Role of Illness Perceptions in Patients with Medical Conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 163-167.

Petrie K.J., Moss- Morris, R., Weinam, J.(1995). The impact of catastrophic beliefs on functioning in chronic fatigue syndrome. *J.psychosom res.*, 39, 31-37.

Pereira, M. C. & Silva, N. S. (1999). Questionário de crenças acerca dos fármacos. In A. Soares, S. Araújo & S. Caíres. *Avaliação Psicológica: formas e contextos* (pp.52-57). Braga: APPORT.

Pereira, M. C. & Silva, N. S. (1999). Escala de adesão aos medicamentos. In A. Soares, S. Araújo & S. Caíres. *Avaliação Psicológica: formas e contextos* (pp.52-57). Braga: APPORT.

Pinto, C. & Pais-Ribeiro (2007). Construção de uma escala da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, 21(2), 47-53.

Rain, S., Williams, V., Robbins, P., Monahan, J., Steadman, H. J. e Vasselinov, R. (2003). Perceived coercion at hospital health treatment after discharge. *Psychiatric Services*, 54, 103-105.

Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental (2004), 1-104. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Rosenbaum, J. F., Arana, G. W., Hyman, S. E., Lobbate, L. A., Fava, M. (2005). Drugs for the treatment of Psychotic Disorders. In *Handbook of Psychiatry drug therapy* (pp. 5-54). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rosa, M. A & Elkis , H. (2007). Adesão em Esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (2), 189-192.

Sedvall, G. & Terenius, L. (2000). Introduction. In *Brain Research Reviews*, 31, pp 105.

Siddle, R., Haddock, G., Tarrier, N. & Faragher, E. B. (2004). Religious Beliefs and Religious Delusion: Response to treatment in Schizophrenia. *Mental Health, Religion & Culture*, 7(3), 211-223.

Silverstone, T. & Turner, P. (1995a). Factors influencing the action of psychotropic drugs. In *drug treatmentent in psychiatry*. (pp. 41-55). London: Routledge.

Silverstone, T. & Turner, P. (1995b). Social and psychological aspects of drug treatment. *In drug treatmentent in psychiatry*. (pp. 81-97). London: Routledge.

Silverstone, T. & Turner, P. (1999c). Schizophrenia. *In drug treatmentent in psychiatry* (pp. 99-139). London: Routledge.

Strauss, J. S & Carpenter W.T. (1981a). The Concept of Schizophrenia. In *Schizophrenia* (pp 1-8). New York: Plenum Publishing Corporation.

Strauss, J. S & Carpenter W.T. (1981b). Prognosis. In *Schizophrenia* (pp 57-68). New York: Plenum Publishing Corporation.

Strauss, J. S & Carpenter W.T. (1981c). Etiologies in Schizophrenia: Psychological and Social. In *Schizophrenia* (pp 115-136). New York: Plenum Publishing Corporation.

Sousa M. & McIntyre, T. (2003). Estudo Dos Conhecimentos E Representações De Doença Associados À Adesão Terapêutica Nos Diabéticos Tipo 2. *Dissertação de Mestrado não publicada*. Minho: Instituto de Educação e Psicologia.

Tepper, L., Rogers, S. A., Coleman E. & Malony, H. N. (2001). The prevalence of Religious Coping among Persons with Persistent Mental Illness. *Psychiatric Services*, 52(5), pp. 660-665

Watson, P. W. B., Garety, P. A., Weinaman, J. Dunn, G., Bebbington, P. E., Fowler, D., Freeman, D. & Kuipers, E. (2006). Emotional dysfunction in schizophrenia spectrum psychosis: the role of illness perceptions. *Psychological Medicine*, 36, 761-770.

Weinman, J. & Petrie, K. (1997). Perceptions of health and illness. In K. J. Petrie, & J. Weinam, *perceptions of health and illness: current research and applications* (pp. 1-18). London: Hardwood academic publishers.

Weinman, J. Petrie, K., Moss-Morris, R. & Hornw, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing cognitive representations of illness. *Psychology and health*, 11, 431-445.

ANEXOS

Anexo I - Consentimento Informado

Anexo II - Questionário Sócio-Demográfico

Anexo III - Questionário de Dados Clínicos

Anexo IV - Illness Perception Questionnaire for Schizophrenia (IPQS)

Anexo V - Reported Adherence to Medicines (RAM)

Anexo VI - Beliefs About Medicines Questionnaire

Anexo VII - Questionário de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde

Anexo I

CONSENTIMENTO INFORMADO

A presente investigação de Mestrado conduzido por PATRÍCIA GINÓ, aluna de Mestrado da Universidade de Évora pretende estudar a Percepção de Esquizofrenia, e as crenças espirituais na adesão ao tratamento de sujeitos com o diagnóstico de Esquizofrenia, sendo orientada pela Professora Doutora Adelaide Claudino da Universidade de Évora.

Para isso gostaríamos que nos respondesse a algumas perguntas para que possamos entender que tipos de pensamentos que os pacientes têm que facilitam a sua adesão ao tratamento.

Apresentamos abaixo algumas considerações sobre o seu envolvimento nesta pesquisa:

- Os procedimentos desta pesquisa não resultarão em nenhum dano físico ou psicológico ao participante, ficando salvaguardada a identidade de todos os participantes;
- A sua participação não implicará nenhum custo financeiro;
- Pode não concordar em participar da investigação ou retirar-se dela a qualquer momento sem que isso afecte o seu tratamento.

Eu _____, afirmo ser maior de idade e concordar de livre e espontânea vontade participar no projecto de Mestrado, tendo recebido as devidas informações e estando ciente dos objectivos da investigação e de meus direitos, concordo em participar declarando conhecer os termos da mesma e autorizando a publicação de dados.

Assinatura Participante

Assinatura Investigadora

Anexo II

Questionário de Dados Sócio-Demográficos e Clínicos

(Baseado no questionário de Maria Rui Sousa e Teresa McIntyre, 2002)

Pedimos-lhe que nos possa disponibilizar informações adicionais relativas a alguns dados pessoais, que nos irão permitir um tratamento estatístico dos questionários e estabelecer algumas comparações em função de grupos específicos. *Lembramos-lhe que a informação aqui recolhida é confidencial e em nada o(a) identifica. Procure ser o mais exacto possível.* Obrigado.

1 - Idade: ____ anos

2 – Sexo:

Feminino Masculino

3 - Estado civil:

Solteiro(a)

Casado(a)/união de facto

Divorciado(a)/Separado(a)

Viúvo(a)

5 - Habilitações literárias (anos completos de escolaridade):

1º Ciclo (Antiga 4ª Classe)

2º Ciclo (Antigo 6º Ano)

3º Ciclo (Antigo 9º Ano)

Ensino Secundário

Ensino Superior

Outra. Qual? _____

Anexo III

Questionário de Dados Clínicos

1. Com que idade teve os primeiros sintomas? _____
2. Há quantos anos tem estes sintomas? _____
3. Há quantos anos tem este diagnóstico? _____
4. História familiar da doença? Sim Não Quem? _____
5. Número de Internamentos _____
6. Toma medicação? _____

Anexo IV

Questionário de percepção de doença para a psicose

Lobban, Barrowcough, Jones (2005)

O QUE PENSA SOBRE OS SEUS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL

Por favor, assinale com uma cruz os nomes que já foram usados para descrever os seus problemas de saúde mental, e adicione quaisquer outros que também já tenham sido utilizados. Para cada nome, indique o grau em que concorda com as experiências que teve.

Nome	Assinale se já foi usado	Discordo fortemente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
Psicose						
Depressão						
Ansiedade						
Esquizofrenia						
Outro _____						

Por favor, escreva o nome que acha que descreve melhor os seus problemas de saúde mental.

Em seguida é apresentada uma lista com uma série de experiências que pode ou não ter tido desde que os seus problemas de saúde mental começaram. Por favor, indique, fazendo um círculo à volta das palavras Sim ou Não, se já teve ou não cada uma dessas experiências DESDE QUE OS SEUS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL COMEÇARAM. Na coluna seguinte, indique se acha que essa experiência faz parte dos seus problemas mentais, se é devida aos efeitos secundários da medicação ou devida a outros factores. Se acha que é devida a uma combinação igual de factores, pode assinalar mais do que uma coluna.

	SIM	NÃO	Parte dos meus problemas de saúde mental	Devida aos efeitos secundários da medicação	Devida a outros factores
Estar irritável	SIM	NÃO			
Andar de um lado para o outro	SIM	NÃO			

Anexo V

Questionário - RAM

(Pereira e Silva, 1999)

Muitas pessoas encontram uma forma de usar os seus medicamentos que se adapta a elas próprias.

Esta forma pode ser diferente da que se encontra nas instruções do medicamento ou da que o seu médico prescreveu.

Gostaríamos de lhe colocar algumas questões sobre a forma como usa os seus medicamentos. Em baixo encontram-se algumas formas de como as pessoas dizem que usam os seus medicamentos.

Para cada frase por favor coloque uma cruz na resposta que melhor se adequa ao seu caso.

A sua forma de usar os medicamentos		Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
1	Às vezes eu esqueço-me de tomar os meus remédios					
2	Às vezes eu altero as doses da minha medicação de forma a satisfazer as suas próprias necessidades					

A sua forma de usar os medicamentos		Sempre	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1.	Algumas pessoas dizem que esquecem uma dose da medicação ou ajustam-na de forma a satisfazer as suas necessidades. Com que frequência você faz isto?					
2	Às vezes eu altero as doses da minha medicação de forma a satisfazer as suas próprias necessidades. Com que frequência você faz isto					

Anexo VI

Questionário – BMQ

I. Gostaríamos de saber qual a opinião que tem acerca dos medicamentos em GERAL. As frases que vai ler são opiniões que outras pessoas têm acerca dos medicamentos em geral. Por favor indique o grau em que concorda ou discorda escolhendo a resposta adequada.

	Concordo Totalmente	Concordo	Não tenho a Certeza	Discordo	Discordo Totalmente
1. Os médicos usam medicamentos a mais					
2. Pessoas que tomam medicamentos deveriam parar seu tratamento durante um certo tempo de vez em quando					
3. Muitos medicamentos provocam dependência					
4. Os produtos naturais são mais seguros que os medicamentos					
5. Os medicamentos fazem mais mal que bem					
6. Todos os medicamentos são tóxicos					
7. Os médicos confiam de mais nos medicamentos					
8. Se os médicos estivessem mis tempo com os doentes, receitariam menos medicamentos.					

II. Agora gostariam de saber a opinião que tem acerca dos medicamentos QUE ESTÁ A TOMAR. As que vai ler são opiniões que outras pessoas têm acerca dos medicamentos em geral. Por favor indique o grau em que concorda ou discorda escolhendo a resposta adequada.

	Concordo Totalmente	Concordo	Não tenho a Certeza	Discordo	Discordo Totalmente
1. Neste momento a minha saúde depende dos medicamentos.					
2. Ter que tomar medicamentos preocupa-me.					
3. A minha vida seria impossível sem medicamentos.					
4. Sem medicamentos eu estaria muito doente.					
5. Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo.					
6. Os meus medicamentos são um mistério para mim.					
7. A minha saúde no futuro irá depender de medicamentos.					
8. Os meus medicamentos desorganizam a minha vida.					
9. Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos meus medicamentos.					

Anexo VII

Espiritualidade (Pinto, C. & Pais-Ribeiro, J.L., 2007)

As frases/expressões seguintes referem-se à sua espiritualidade/ suas crenças pessoais, e ao modo como estas afectam a sua qualidade de vida. Por favor, marque com uma X aquela opção que melhor expressar a sua opção, na última semana. Não existe resposta certa ou errada.

	Não concordo	Concordo Um pouco	Concordo bastante	Plenamente de acordo
1- As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida				
2- A minha fé e crenças são-me força nos momentos difíceis				
3- Vejo o futuro com esperança				
4- Sinto que a minha vida mudou para melhor				
5- Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida				