

# ASMA NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR: PERCEPÇÕES DE DOENÇA E ADESÃO À TERAPÊUTICA

Teresa Guimarães (1), Vanessa Faísca (1)

1 – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa

## INTRODUÇÃO

As percepções que os doentes constroem relativas à doença e ao tratamento, são determinantes dos comportamentos que irão adoptar no confronto e adaptação à situação de doença. De acordo com o modelo de auto-regulação (Leventhal & Nerenz, 1985), face à ameaça que a doença constitui, o indivíduo vai desenvolver, a partir do processamento da informação disponível (profissionais de saúde, comunicação social, experiências prévias de doença), representações cognitivas e emocionais – crenças leigas -, que vão determinar as estratégias de *coping* a que recorrerá para lidar com a situação (Hagger & Orbell, 2003; Scharloo & Kaptein, 1998).

Mas este é um processo dinâmico, em que a exposição a novas informações (por exemplo, por intervenção dos profissionais de saúde) e a constante avaliação dos resultados das suas acções, faz com que as representações de doença e estratégias de *coping* adoptadas pelo indivíduo se possam ir alterando ao longo do tempo (French & Weinman, 2008).

A adesão à terapêutica constitui, precisamente, uma das possíveis estratégias de *coping* que o doente pode eleger no âmbito das acções que desenvolve para responder à situação de doença, sendo condicionada pelas percepções relativas à necessidade de medicação, mediadas pela preocupação quanto aos efeitos negativos de a tomar (Cook, 2008; Horne et al., 2007; Horne & Weinman, 2002). No caso particular da asma, a questão da adesão à terapêutica reveste-se de importância fundamental, tendo em conta não só as características específicas da própria doença, como as da medicação, nomeadamente a de carácter preventivo.

A asma caracteriza-se por uma inflamação crónica das vias aéreas, que ficam obstruídas, originando episódios de exacerbação em que se verificam sintomas de pieira, dispneia, aperto torácico e tosse. Esta obstrução das vias aéreas, que ocorre em graus variáveis, é reversível espontaneamente ou através de tratamento. Estamos, pois, perante uma doença cuja cronicidade advém de uma situação inflamatória de base, frequentemente assintomática, revestindo-se as fases sintomáticas de um carácter episódico (Comissão Para o Programa da Asma, 2000; Global Initiative for Asthma (GINA), 2010).

As percepções que os doentes desenvolvem vão reflectir, justamente, estas características da doença, entendida como uma condição episódica, em que os períodos sem sintomas correspondem a períodos livres de doença, condicionando a avaliação que fazem da necessidade de medicação e, conseqüentemente os seus comportamentos de adesão. Consideram que a sua condição não necessita de terapêutica diária, reconhecendo a sua importância apenas quando sintomáticos, o que favorece a não adesão à medicação preventiva a longo prazo e conseqüente uso exagerado da medicação para alívio rápido, nos períodos de exacerbação (Halm, Mora, & Leventhal, 2006; Horne et al., 2007).

Com efeito, dos participantes no estudo INSPIRE (Partridge, van der Molen, Myrseth, & Busse, 2006), 39% consideravam que não necessitavam tomar a medicação diariamente quando se sentiam bem e cerca de 70% referiram preferir ajustar a toma de medicamentos às mudanças na sua asma, tomando menos medicamentos quando se sentiam bem.

Numa meta análise desenvolvida por Kaptein e colaboradores (2008), os autores verificaram que em todos os estudos analisados as percepções de doença apresentavam forte associação com a adesão: doentes que referiam baixa percepção de controlo, que percepcionavam a asma como sendo episódica e como tendo poucas conseqüências adversas, eram menos aderentes.

Jessop e Rutter (2003), por seu lado, verificaram que os indivíduos que percepcionavam a sua asma como podendo ser controlada, apresentavam maior probabilidade de aderirem à medicação, ao contrario dos que acreditavam que a sua asma era causada por factores externos, em que esta probabilidade diminuía.

Mas também as características da medicação podem contribuir para aumentar a não adesão, uma vez que se trata de medicação preventiva – tomada diariamente e a longo prazo - que, embora permita manter a asma sob controlo, prevenindo o aparecimento de sintomas e de crises, não proporciona um benefício observável imediato ao doente, ao contrario da medicação que permite o alívio imediato dos sintomas e cuja toma constitui, por isso, resposta quase automática à presença de sintomatologia (Jessop & Rutter, 2003).

No entanto, o impacto da doença é sentido aos vários níveis da vida dos doentes, que referem as restrições às actividades do dia-a-dia e a carga emocional da doença – nomeadamente o medo que sentem quando os sintomas aumentam de intensidade – como os aspectos mais marcantes (Partridge et al., 2006). Esta afectação da Qualidade de Vida nos doentes asmáticos, reforça a importância de um controlo eficaz da doença, em que o doente desempenha papel fundamental e cujos objectivos são, de acordo com as guidelines internacionais (GINA, 2010), prevenir os sintomas incómodos, evitar crises graves, diminuir a necessidade de medicação de alívio, alcançar uma vida produtiva e fisicamente activa e ter uma função respiratória normal, ou próxima do normal.

Constituindo a não adesão à terapêutica preventiva na asma importante barreira a que seja alcançado um nível óptimo de controlo da doença, controlo este que é fortemente influenciado pelas crenças relativas à doença e ao tratamento (Horne et al., 2007), importa que os profissionais de saúde adquiram uma melhor compreensão da perspectiva dos doentes e tomem consciência de que as suas crenças podem ser modificadas, através de um

intervenção individualizada, centrada no doente, que promova o seu envolvimento em comportamentos de auto-controlo mais eficazes.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

A amostra é constituída por 33 estudantes asmáticos do ensino superior, 60,6% do sexo feminino, de idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos ( $M=20,33$ ;  $dp=2,04$ ). 42,4% referiu não ter tido nenhuma crise de asma nos últimos 12 meses e 39,4% entre 1 e 3. 75,8% tem prescrita medicação preventiva a longo prazo (30,3% em associação com medicação para alívio rápido), dos quais apenas 28% a tomam diariamente, enquanto 68% refere tomar esta medicação apenas em SOS ou em períodos de maior exacerbação. 45,5% referiu não ter usado medicamentos para alívio rápido nas últimas 4 semanas e 30,3% usaram-nos no máximo 1 vez/semana.

### **Material**

Para além de um questionário de caracterização da amostra, foram utilizados no nosso estudo o *Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)* e a *Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)*.

O *IPQ-R* (Moss-Morris et al., 2002; Santos, Pais-Ribeiro, & Lopes, 2003) é uma versão revista do *IPQ*, e tem como objectivo a avaliação dos componentes da representação de doença do modelo de auto-regulação. É constituído por 9 sub-escalas, organizadas em 3 secções.

A 1ª secção corresponde à sub-escala *Identidade*, em que são apresentados 14 sintomas habituais de doença, devendo os participantes indicar quais os sintomas presentes desde o início da doença e quais destes considera relacionados com a doença, constituindo a

soma destes a pontuação da sub-escala. A valores mais elevados corresponde uma mais forte identidade da doença.

A 2ª secção inclui as sub-escalas *Duração* (aguda/crónica e cíclica), *Consequências*, *Controlo* (pessoal e de tratamento), *Coerência da doença* e *Representação emocional*, num total de 38 itens. As respostas são dadas numa escala tipo Likert de 5 pontos, entre “discordo plenamente” e “concordo plenamente”. Nas sub-escalas *Duração* e *Consequências*, pontuações mais elevadas correspondem a uma percepção da doença como mais crónica e de natureza cíclica e com consequências mais graves. Nas sub-escalas de *Controlo*, quanto maior a pontuação, mais fortes as percepções de controlo. Para as sub-escalas *Representação emocional* e *Coerência*, valores mais elevados correspondem a uma representação emocional mais negativa e a uma menor compreensão da doença.

Na última secção encontramos a dimensão *Causas*, sendo apresentado um conjunto de 18 possíveis causas de doença, sendo as respostas dadas no mesmo tipo de escala. Quanto maior o valor encontrado, maior a concordância com essa atribuição causal.

A *MAT* (Delgado & Lima, 2001) tem como objectivo a detecção do nível de adesão aos tratamentos medicamentosos e é constituída por 7 itens, aos quais se responde numa escala tipo Likert de 6 pontos, que variam entre “sempre” e “nunca”. O nível de adesão obtém-se somando os valores de cada item e dividindo pelo número total de itens, correspondendo os valores mais elevados a um maior nível de adesão dos respondentes.

## **Procedimento**

A amostra foi constituída no âmbito de um projecto realizado na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa com estudantes asmáticos. Aos estudantes que acediam a colaborar neste trabalho, eram entregues os questionários, que seriam devolvidos posteriormente.

Após a recolha dos questionários, os dados foram inseridos em suporte informático - programa SPSS -, para realização dos procedimentos estatísticos, tendo sido utilizado, para além da estatística descritiva, a correlação de Spearman.

Relativamente à análise descritiva dos dados do *IPQ-R*, foi calculada a percentagem de indivíduos que obtinham uma pontuação acima do ponto médio de cada sub-escala, que constitui uma indicação da proporção de indivíduos com concepções particularmente fortes de cada constructo em análise (Horne & Weinman, 2002). No caso específico da escala *Causas de doença*, foram consideradas como causas atribuídas à asma as respostas nas opções “Concordo plenamente e “Concordo”.

## **RESULTADOS**

### **Percepções de doença**

O Quadro 1 apresenta os resultados para cada sub-escala do *IPQ-R*, nomeadamente valores de fidelidade ( $\alpha$  de Cronbach) para a amostra em estudo, estatística descritiva e proporção de indivíduos da amostra com pontuações acima do ponto médio da sub-escala. Os domínios identidade e causas da doença serão tratados separadamente.

Os valores do  $\alpha$  de Cronbach encontrados estão dentro dos valores indicados por outros autores (Moss-Morris et al., 2002; Santos et al., 2003), excepto para a sub-escala *Controlo de tratamento*, em que se verifica um valor relativamente baixo.

Quanto à duração da doença, os indivíduos percebem a sua asma como uma doença crónica (93,7% com pontuações acima do ponto médio da sub-escala), que não vai passar depressa, nem vai melhorar com o tempo. Atribuem à doença um carácter cíclico, com fases em que a doença melhora e fases em que piora. Não evidenciam uma percepção muito negativa das consequências da doença, embora considerem que esta tem alguma repercussão nas suas vidas.

QUADRO 1  
Resultados no IPQ-R

Escala	Nº itens	Alpha de Cronbach	Amplitude pontuação	M (DP)	Pontuação acima ponto médio (%)
Duração (aguda/crónica)	6	0,79	6 – 30	19,41 (4,41)	93,7
Consequências	6	0,76	6 – 30	14,09 (3,74)	60,7
Controlo Pessoal	6	0,68	6 – 30	23,48 (2,98)	100
Controlo Tratamento	5	0,53	5 – 24	19,24 (2,08)	100
Coerência	5	0,87	5 - 25	19,88 (3,74)	97
Duração (cíclica)	4	0,70	4 – 20	12,36 (2,73)	90,9
Representação emocional	6	0,86	6 – 30	13,09 (4,67)	51,6

Os indivíduos revelam uma forte percepção de controlo da doença, quer através dos seus comportamentos – que têm efeito na doença, determinando a sua melhoria ou agravamento -, quer através do tratamento – que pode prevenir ou evitar os efeitos negativos da asma -, embora reconheçam que a doença não pode ser curada.

Quanto à sub-escala *Coerência da doença*, os indivíduos embora considerando que compreendem a sua doença e que esta não constitui um mistério para si, reconhecem que os sintomas os confundem. No que se refere à *Representação Emocional*, os indivíduos não associam emoções muito negativas à doença, embora reconheçam que a sua asma os preocupa.

Para as sub-escalas *Identidade* e *Causas* foram encontrados valores de  $\alpha=0,49$  e  $\alpha=0,84$ , respectivamente. Tendo em conta as características específicas da sub-escala *Identidade*, o valor encontrado não é relevante, tal como os próprios autores reconhecem (Moss-Morris et al., 2002).

Relativamente à *Identidade* da doença, os indivíduos indicam, no máximo, 8 sintomas que relacionam com a sua asma, referindo a maioria (66,7%) entre 4 e 6 sintomas (M=4,64%; dp=1,65), sendo os mais referidos “dificuldade em respirar” (97%), “falta de ar” (94%), “fadiga” (78,8%) e “dificuldade em dormir” (63,6%).

Os indivíduos da amostra atribuem poucas causas à sua doença, a maioria (34,4%) atribuindo apenas 2 causas, nomeadamente “Poluição do ambiente” (62,5%), “Alteração das defesas do organismo” (53,1%), “Hereditariedade” (43,8%) e “Comportamento” (34,4%).

### **Adesão ao tratamento**

Relativamente à fidelidade da *MAT*, foi encontrado um valor de  $\alpha = 0,83$ , para a amostra em estudo.

Os resultados revelam um bom nível de adesão ( $M=4,59$ ;  $dp=0,96$ , para uma pontuação máxima de 7) dos indivíduos da amostra, que revelam uma baixa frequência de comportamentos de não adesão à terapêutica medicamentosa (Quadro 2). De salientar, no entanto, o facto de 45,2% dos sujeitos referir ter deixado de tomar os medicamentos para a asma por se terem sentido melhor.

QUADRO 2  
Resultados na *MAT*

Itens <i>MAT</i>	Frequência de respostas de não adesão (%)*
Esqueceu-se de tomar os medicamentos	22,6
Foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos	29,0
Deixou de tomar os medicamentos por se sentir melhor	45,2
Deixou de tomar os medicamentos por se sentir pior	6,5
Tomou mais comprimidos por se sentir pior	9,7
Interrompeu a terapêutica por falta de medicamentos	12,9
Interrompeu a terapêutica sem ser por indicação do médico	25,8

\* respostas nas opções *sempre, quase sempre, com frequência*

### **Percepções de doença e adesão à terapêutica**

Verifica-se uma correlação negativa significativa entre o nível de adesão e a pontuação na sub-escala de *Duração (cíclica)* da doença ( $r_s(30) = -0,38$ ;  $p < 0,05$ ) e na sub-escala de *Representação emocional* ( $r_s(30) = -0,48$ ;  $p < 0,01$ ).

## DISCUSSÃO

De um modo geral, podemos dizer que os indivíduos percebem a sua asma como uma condição crónica, de carácter cíclico, à qual não associam consequências muito negativas e que pode ser controlada (embora não curada) pela sua acção e/ou tratamento. E embora se verifique um bom nível de adesão, a maioria dos indivíduos utiliza a medicação preventiva prescrita apenas em períodos de maior exacerbação (SOS), referindo muitos deles parar a terapêutica quando se sentem melhor.

Estes resultados, e o facto de se verificar uma correlação negativa entre a adesão e a percepção da natureza cíclica da doença, apontam para a existência, nestes estudantes, de crenças do tipo “sem sintomas, sem asma” (Halm et al., 2006), que se vai traduzir na forma como geram a terapêutica. Ou seja, os períodos assintomáticos parecem ser entendidos como fases livres de doença, em que os indivíduos consideram não ser necessário recorrer à terapêutica, preferindo ajustar a medicação de acordo com a sintomatologia.

Estas percepções vão, assim, potenciar os comportamentos de não adesão, em particular no que se refere à medicação preventiva, essencial para um controlo efectivo da asma, com consequências aos diversos níveis da vida dos doentes e deterioração da sua Qualidade de Vida.

Identificar e corrigir crenças inadequadas relativas à doença e tratamento e potenciar um envolvimento mais activo por parte do doente no controlo da sua asma, no âmbito de uma intervenção centrada no doente e adaptada às suas necessidades e objectivos, são pilares fundamentais na promoção da saúde e da Qualidade de Vida na asma.

## REFERÊNCIAS

- Comissão Para o Programa da Asma. (2000). *Manual de boas práticas na asma*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Cook, P. F. (2008). Patients' and health practitioners' attributions about adherence problems as predictors of medication adherence. *Research in Nursing & Health*, 31, pp. 261-273.
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), pp. 81-100.
- French, D. P., & Weinman, J. (2008, January). Assessing illness perceptions: beyond the IPQ. *Psychology and Health*, 23 (1), pp. 5-9.
- Global Initiative for Asthma. (2010). *Pocket guide for asthma management and prevention for adults and children older than 5 years*. Global Initiative for Asthma.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychology & Health*, 18 (2), pp. 141-184.
- Halm, E. A., Mora, P., & Leventhal, H. (2006, March). No symptoms, no asthma. The acute Episodic disease belief is associated with poor self-management among inner-city adults with persistent asthma. *Chest*, 129 (3), pp. 573-580.
- Horne, R., & Weinman, J. (2002). Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventive medication. *Psychology and Health*, 17 (1), pp. 17-32.
- Horne, R., Price, D., Cleland, J., Costa, R., Covey, D., Gruffydd-Jones, K., et al. (2007). Can asthma control be improved by understanding the patient's perspective? *BMC Pulmonary Medicine*, 7(8).
- Jessop, D. C., & Rutter, D. R. (2003, October). Adherence to asthma medication: the role of illness representations. *Psychology and Health*, 18 (5), pp. 595-612.
- Kaptein, A. A., Hughes, B. M., Scharloo, M., Fischer, M. J., Snoei, L., Weinman, J., et al. (2008). Illness perceptions about Asthma are determinants of outcome. *Journal of Asthma*, 45, pp. 459-464.
- Leventhal, H., & Nerenz, D. R. (1985). The assessment of illness cognition. In P. Karoly, *Measurement strategies in health psychology* (pp. 517-554). New York: John Wiley & sons.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17 (1), pp. 1-16.
- Partridge, M. R., van der Molen, T., Myrseth, S., & Busse, W. W. (2006, June 13). Attitudes and actions of asthma patients on regular maintenance therapy: the INSPIRE study. *BMC Pulmonary Medicine*, 6. Retrieved August 10, 2011
- Santos, C., Pais-Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Adaptação e validação do "Revised Illness Perception Questionnaire" (IPQ-R) em doentes oncológicos. *Arquivos de Medicina*, 17 (4), pp. 136-147.
- Scharloo, M., & Kaptein, A. (1998). Measurement of illness perceptions in patients with chronic somatic illness: A review. In K. J. Petrie, & J. A. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness: Current research and applications* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp. 103-154). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.