



UC/FPCE 2012

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Recurso à Medicina Tradicional no Tratamento de Crianças  
Angolanas: Estudo Exploratório no Hospital Pediátrico do  
Lubango**

Pedro Alfredo Dias dos Santos  
(e-mail: [pedroalfredo04@yahoo.com.br](mailto:pedroalfredo04@yahoo.com.br))

Dissertação de Mestrado em Psicologia, na área de Psicologia Clínica e  
Saúde, sub-área de especialização em Sistémica, Saúde e Família, sob  
a orientação da Doutora Sofia Major



## **Recurso à Medicina Tradicional no Tratamento de Crianças Angolanas: Estudo Exploratório no Hospital Pediátrico do Lubango**

**Resumo:** A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) define a medicina tradicional como a combinação total de conhecimentos, habilidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências oriundas das diferentes culturas, sejam ou não explicáveis, para manter, diagnosticar e prevenir a saúde/diagnóstico. O objetivo do presente estudo prende-se com a comparação entre dois grupos, numa amostra total de 68 crianças angolanas, com idades compreendidas entre alguns meses de idade e os 12 anos, que iriam ser atendidas no Hospital Pediátrico do Lubango: um grupo que previamente já tinha recorrido a medicina tradicional ( $n = 34$ ) e um grupo de controlo ( $n = 34$ ). Procurou-se analisar o perfil sociodemográfico e familiar, o funcionamento familiar e a resposta dos pais face à doença dos filhos, bem como, perceber os diagnósticos e tratamentos propostos por parte da medicina tradicional. As variáveis estudadas foram analisadas através da resposta a quatro instrumentos de avaliação: um Questionário Sociodemográfico, um Questionário Complementar, o Inventário de Resposta dos Pais à Doença dos Filhos (IRDF) e o *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation-15* (SCORE-15). Os estudos de consistência interna remetem para valores de alfa de Cronbach adequados (.723 para o IRDF e .625 para o SCORE-15). Os resultados alcançados indicam que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos resultados totais do SCORE-15 e do IRDF entre os dois grupos. Conclui-se, assim, que este estudo remete para os primeiros passos para a realização de mais investigações na área de medicina tradicional em contexto angolano.

**Palavras-chave:** Medicina tradicional, crianças, Hospital Pediátrico, SCORE-15, IRDF.

## **Use of Folk Medicine in the Treatment of Angolan Children: Exploratory Study at the Paediatric Hospital of Lubango**

**Abstract:** The World Health Organization (WHO, 2002) defines traditional/folk medicine as the total combination of knowledge, skills and practices based on the theories, beliefs and experiences coming from different cultures, whether explicable or not, to maintain, diagnose and prevent disease. The aim of this study lies in the comparison between two groups a total sample of 68 Angolan children aged between a few months old and 12 years, who would be treated at Paediatric Hospital of Lubango: a group that previously had already resorted to folk medicine ( $n = 34$ ) and a control group ( $n = 34$ ). We sought to identify the sociodemographic and family profile, family functioning, parents' response towards their children disease, as well as understanding the diagnosis and forms of treatment proposed by traditional medicine. The variables were analyzed by responding to four assessment instruments: a Sociodemographic Questionnaire, a Supplemental Questionnaire, the Response to Childhood Illness Inventory (IRDF) and the Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation-15 (SCORE-15). The internal consistency studies pointed for adequate Cronbach's values (.723 for the IRDF and .625 for the SCORE-15). Results indicated that there were no statistical significant differences on the total scores of the SCORE-15 and the IRDF between the two groups. We can conclude that this study pointed for the first steps for more investigations in the field of folk medicine in the Angolan context.

**Keywords:** Folk medicine, children, Paediatric Hospital, SCORE-15, IRDF.

## **Agradecimentos**

Agradecemos a Deus que foi e é a fonte infindável de sabedoria, que me tem acompanhado e iluminado durante esta caminhada.

Aos meus Pais (Filomena e Jesus), personagens incríveis desta vida que tudo me deram e a quem devo tudo o que existe de bom em mim. A sua sabedoria, amor pelos filhos e por tudo o que pensam de tudo e de todos. Nada vale mais do que o orgulho de ser vosso filho! A toda a minha Família, Né, Beló, Gui, Eno, Patrícia, Mimoso, Tuca e Filomeno pela constante motivação, apoio e amor demonstrados em todos os momentos.

À Doutora Sofia Major, orientadora, pelo apoio sem o qual esta caminhada seria bem mais árdua e pelas relevantes contribuições.

A todos os professores da UC em especial às Doutoradas Ana Paula Relvas, Madalena Alarcão, Isabel Alberto, Maria J. Seabra, ao Doutor José Tomás e à Dra Luciana Sotero, pela colaboração em questões académicas.

À Universidade Privada de Angola, na pessoa da Doutora Margarida Ventura, pelo incentivo nesta formação.

Aos colegas do mestrado que desprenderam esforços para a concretização deste trabalho, muitos dos quais hoje chamo de amigos;

Ao Domingos e ao Armindo pela conquista de uma grande amizade, através do mestrado devido às conversas, o carinho e a motivação que guardo sempre comigo.

Ao Dr. Carlos Afonso, pela paciência e conhecimentos da língua inglesa.

Ao João Aníbal Liúnda, pelo carinho e conhecimentos da língua portuguesa.

Aos pais das crianças hospitalizadas, pela disponibilidade no preenchimento dos questionários e sem os quais este trabalho não seria possível.

Aos enfermeiros dos serviços envolvidos no estudo, quero agradecer e registar o profissionalismo e boa vontade da equipa dos profissionais de saúde.

À direção da pediatria, particularmente: Dr. Nsimba, Dr. Ludovino Dra. Rossana Tchikalavela

Às enfermeiras “Teté”, pelo encorajamento e incentivo demonstrados.

Às minhas madrinhas Elizabeth e Jacinta, por me terem acompanhado nesta caminhada.

Aos terapeutas tradicionais, nomeadamente, a Presidente Provincial da Huíla das Partes Tradicionais e ao Presidente Provincial de Medicina Tradicional, o fitoterapeuta Dr. Katengue. Quero também, aqui, expressar o meu profundo reconhecimento à Doutora Rosa Melo, pelo apoio de obras literárias ao longo deste meu percurso.

A todos, MUITO OBRIGADA.

## **DEDICATÓRIA**

Todas as conquistas de sonhos, às vezes, implicam sacrifícios. Por isso, quero dedicar este trabalho à Filomena dos Santos, Jesus dos Santos, Maria dos Santos e à Raciela dos Santos, pais, esposa e filha, que têm dado um apoio incondicional e compreendido as minhas longas “ausências” durante este período de formação. Vocês são co-autores deste trabalho e de todas as minhas realizações.

## Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>I- Enquadramento Conceptual</b> .....	2
1.1. Medicina tradicional .....	2
1.1.1. Definição de medicina tradicional .....	2
1.1.2. História e conceitos de medicina tradicional.....	3
1.2. Causas e fatores associados ao recurso à medicina tradicional.....	6
1.3. A perspetiva dos profissionais da medicina tradicional .....	7
1.4. Recurso à medicina tradicional: O caso particular de Angola- Lubango.....	9
<b>II- Objetivos</b> .....	10
<b>III- Metodologia</b> .....	10
3.1. Amostra .....	10
3.1.1. Seleção e recolha da amostra .....	10
3.1.2. Caracterização da amostra.....	11
3.2. Instrumentos.....	15
3.3. Análises estatísticas.....	16
<b>IV- Resultados</b> .....	17
4.1. Caracterização das famílias que recorreram à medicina tradicional....	17
4.2. Estudo dos diagnósticos e tratamentos .....	18
4.3. Estudo de estatística descritiva e consistência interna dos itens do IRDF e do SCORE-15.....	19
4.4. Estudo comparativo: Resposta dos pais à doença dos filhos e funcionamento familiar .....	21
4.5. Estudo comparativo: Variáveis sociodemográficas, familiares e hospitalares .....	22
<b>V- Discussão</b> .....	23
<b>VI- Conclusão</b> .....	28
<b>Bibliografia</b> .....	30
<b>Anexos</b> .....	33

## **Introdução**

Desde os tempos remotos, o homem sempre fez recurso à Medicina Tradicional (MT) no tratamento de muitas doenças. Neste sentido, a MT tem sido considerada, por muitos autores, como uma das práticas mais antigas para o tratamento de várias doenças/patologias e não só (Charles 2002; Ferreira 2001; Fontes & Sanches, 2000; Oliveira, 1985; OMS, 2002).

Acresce que, sendo uma prática muito antiga, a MT tem sido utilizada por diversos grupos étnicos e não só, de acordo com as suas crenças, hábitos e valores (Melo, 2009). Consequentemente, a MT é vista como um conjunto de práticas medicinais não convencionais, que envolve agentes sociais e/ou familiares categorizados ou não, no seio dos grupos étnicos, tendo em linha de conta o caráter dinâmico da tradição, o contexto histórico, geográfico, cultural e outros.

A MT é uma prática que está estreitamente ligada à vida das populações angolanas de uma forma geral, na procura de saúde, principalmente nas zonas onde persiste uma frequência elevada destas práticas. Para algumas pessoas, esta prática é vista como curativa. Ou seja, é uma prática em que os terapeutas tradicionais estão mais preocupados com a cura/tratamento da doença do que na sua prevenção.

Nesta linha de ideias, para que se compreenda a complexidade da MT, deve procurar-se primeiro conhecer o conjunto de práticas de curas fundamentais, bem como, os seus diversos praticantes. Deste modo, a nossa intenção é promover a investigação e discussão sobre o tema e, de certa forma, fornecer um pequeno contributo para um conhecimento mais aprofundado acerca desta temática.

O presente estudo insere-se num projeto de investigação acerca do recurso prévio à medicina tradicional em crianças angolanas, que são posteriormente internadas numa unidade hospitalar. Por conseguinte, a finalidade deste estudo insere-se na comparação de dois grupos de crianças com e sem recurso à MT e os fatores associados a tal recurso, em crianças internadas no Hospital Pediátrico do Lubango.

Este estudo encontra-se apresentado em duas componentes: a primeira referente ao enquadramento teórico, apresentando uma revisão teórica sobre o tema em estudo (e.g., algumas definições da MT, história e conceitos, causas e fatores associados ao recurso da MT, a perspetiva dos profissionais); na segunda parte, faremos referência aos objetivos deste estudo e à metodologia utilizada, bem como, aos resultados e respetiva discussão. Posteriormente, serão expostas as vantagens e limitações inerentes ao estudo, assim como sugestões para futuras investigações.

## **I – Enquadramento Conceptual**

### **1.1. Medicina tradicional**

#### **1.1.1. Definição de medicina tradicional**

Antes de iniciar a discussão sobre a MT e as suas práticas terapêuticas, é necessário caracterizar em traços muito gerais, a diferença entre a medicina dita convencional e a MT.

Assim, identificam-se várias diferenças entre a medicina convencional e a MT. Em relação à medicina convencional, sabe-se que esta é, predominantemente, de base analítica, enquanto a MT se alicerça na dialética. Por outro lado, a medicina convencional diz respeito ao diagnóstico tendo em conta os padrões científicos convencionados universalmente e a MT refere-se a práticas que envolvem fatores culturais na estrutura de diagnóstico e tratamento (Noronha, 2000).

A MT, para além de atender a uma concepção distinta de doença, tem em conta um conjunto de valores e normas morais, isto é, de uma cultura, articulados a estas práticas, pois possui lógicas particulares, formas específicas de atuação, eficácia e utilidade, sustentação, a partir das práticas do quotidiano, hábitos, costumes e tradição (Oliveira, 1985).

A definição do conceito de MT não é consensual, pois são várias as abordagens encontradas na literatura. O próprio conceito nem sempre é designado pelo mesmo termo e, aqui, a diferença deve-se não só à abordagem mas também à especificidade de cada sociedade e da importância que se lhe atribui. Medicina popular, medicina primitiva, herboristas (Fontes & Sanches, 2000), ou medicina natural (OMS, 2002), são outros termos utilizados também para designar a MT. Por sua vez, Charles (2002) utiliza a definição medicina alternativa, complementar, não convencional e paralela para se referir à MT.

Neste sentido, apresentam-se algumas definições do conceito da MT segundo a perspectiva de alguns autores anteriormente mencionados.

Segundo Fontes & Sanches (2000, p. 20), “ medicina tradicional é um conjunto de conhecimentos e crenças criados pelo povo (...) profanos não profissionais”.

Para a OMS (2002), a medicina natural ou tradicional é a que se baseia em ervas, parte de animais ou minerais e terapias sem medicação, como são os casos da acupunctura, terapias naturais e espirituais.

A MT está mais direcionada para o diagnóstico e a cura, esta parte possibilita a compreensão dos seus sujeitos a partir das necessidades, dos sofrimentos, dos valores e das relações sociais. Atualmente, estas práticas vêm abrindo, cada vez mais, caminho para população que acredita na medicina MT, práticas que vão na busca de uma boa condição de saúde ou de uma estética corporal (Oliveira, 1985).

Passaremos agora a apresentar uma breve resenha histórica sobre a evolução da MT e dos conceitos associados.

### 1.1.2. História e conceitos de medicina tradicional

A medicina tradicional deve ser entendida como sendo parte de um processo histórico vivo e atual.

O uso de plantas e ervas medicinais remonta vários séculos atrás no tempo, em países ocidentais. À medida que surgiam algumas necessidades, estes países tornaram-se mais habilitados em suprir as suas necessidades relativamente à sobrevivência, definição de papéis sociais, isto é, específicos para os membros das suas comunidades em que viviam. O primeiro desses papéis foi a personagem de curandeiro (Simon, 2001).

Os primeiros registos da MT datam do período 2838-2698 a.C., quando o primeiro herbário, o imperador chinês Shen Nung, inspirando-se no taoista de Pan Ku catalogou 365 ervas medicinais e venenos. A medicina tradicional foi sucessivamente ganhando o seu espaço, por volta de 1500 a.C., baseando-se da medicina *Hindu* em dois textos sagrados: o primeiro a *Veda* (aprendizagem) e o segundo *Ayurveda* (aprendizagem ao longo da vida) (Simon, 2001; Vale, 2002). Já naquela época, o fenómeno da MT traduzia-se no uso de chás, tisanas e tinturas fazendo com que, na maioria dos países ocidentais, os medicamentos de origem vegetal ganhassem o seu espaço ao lado da medicina erudita (Vale, 2002).

Goya (1994, p. 5) refere que a história da MT não é recente e a sua prática/utilização varia de acordo com as crenças de cada região/província de cada praticante. Como se pode constatar, a história da MT resume-se, essencialmente a:

“referências acumuladas e nas grandes contribuições dos povos nesta arte e práticas universais não convencionais. Ao longo da história, asiáticos, africanos, árabes, americanos, além de outras culturas, desenvolveram uma grande variedade de sistemas de medicinas tradicionais indígenas”.

Estermann (1957) destaca as décadas de 1970 e 80 como sendo o período do reconhecimento da MT como prática alternativa aos cuidados de saúde convencionais em vários países. Por exemplo, nos Estados Unidos da América (EUA), só em 1998 é que a MT foi aceite pelo Centro Nacional de Medicina Complementar e Alternativa (em Inglês: *National Center for Complementary and Alternative Medicine* – NCCAM). Esta instituição define MT como um grupo de sistemas de cuidados médicos de saúde, práticas e produtos, não considerados como parte da medicina convencional.

Uma outra instituição americana, o *Institute of Medicine*, adotou, em 2005, a definição da *Cochrane Collaboration* (organização não-governamental criada em 1993, no Reino Unido), que se refere à MT como modalidades, práticas, teorias e crenças que são intrínsecas aos sistemas de saúde de uma determinada sociedade ou cultura, de forma a contribuir para um propósito comum (Barnes, 2007).

Segundo o Centro Europeu de Informação para a Medicina Complementar Alternativa, esta caracteriza-se por ter uma abordagem individualizada e holística do paciente, devido ao facto de: (a) promover a restauração dos sistemas naturais dos próprios pacientes para combater a doença; (b) assegurar a restauração e manutenção da saúde com a ajuda de medicação,

tratamentos corporais, modificação do estilo de vida, mudança na dieta e com a abordagem psicológica; e (c) contrapor a salutogênese<sup>1</sup> à patogênese<sup>2</sup> (Almeida, 1994).

Em Portugal, a MT mereceu um tratamento não menos importante. A Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, que utiliza a designação Terapêuticas Não Convencionais, faz referência à MT como práticas de acupuntura<sup>3</sup>, homeopatia<sup>4</sup>, osteopatia<sup>5</sup>, naturopatia<sup>6</sup>, fitoterapia<sup>7</sup> e quiropraxia<sup>8</sup>, como parte da MT. Este conceito, apelidado de sociopolítico, teve na sua origem o abandono do termo medicina, por influência da Ordem dos Médicos Portugueses no processo legislativo (Almeida, 1988).

Em Angola, a MT tem a sua história e a sua tradição e, numa perspetiva cultural, podemos considerar que esta prática tem evoluído bastante, dando lugar quer a uma procura contínua ao longo dos tempos, quer à sua proliferação. Temos vindo a assistir a uma grande aderência por parte da sociedade, em termos da procura de cuidados terapêuticos e maior incremento do número de praticantes, em termos profissionais. Esta situação permite-nos a inferência de que, nos últimos anos, se tem assistido a uma valorização da prática da MT. Acresce que, as autoridades de tutela não estão indiferentes. Atualmente, observam-se passos significativos dados pelo Ministério da Saúde de Angola e incidem, essencialmente, no sentido de se criarem diplomas legais que regulamentem todas as práticas da MT, desde organizações, associativismos, relações de intercâmbios entre os profissionais (e.g., terapeutas tradicionais, curandeiros, feiticeiros e ervanários) e produção dos medicamentos, bem como na formação e na realização de palestras, até ao diagnóstico e cura de patologias (Política Nacional de Medicina Tradicional e Práticas Complementares, 2012).

A MT é considerada como um elemento da cultura nacional e da tradição, integrando o conjunto dos costumes e hábitos dos povos locais. A sua prática tem como ponto de partida a família, estendendo-se depois às comunidades, pois é

---

<sup>1</sup> O paradigma salutogénico foi desenvolvido por Antonovsky em 1987 e valoriza a rede de fatores que determinam positivamente a saúde e a cultura do desenvolvimento individual e organizacional (Nunes, 1997).

<sup>2</sup> O modelo patogénico valoriza a causa específica da doença ou lesão e a aculturação médica (Graça, 2000).

<sup>3</sup> Sistema terapêutico chinês que consiste na inserção de agulhas muito finas em determinados pontos do corpo, com o objetivo de estabelecer o equilíbrio energético e a recuperação da saúde.

<sup>4</sup> Conceito criado por Christian Friedrich Hahnemann (1755-1843) para designar uma terapia alternativa complementar. É um tratamento de doenças na base de substâncias altamente diluídas, que numa pessoa saudável produziriam sintomas semelhantes aos da doença.

<sup>5</sup> É um tipo de medicina complementar cuja base assenta fundamentalmente no reestabelecimento das funções e mobilidades do sistema esquelético-muscular.

<sup>6</sup> Métodos de cura naturais que se baseiam na alimentação, hidroterapia (recurso a água), geoterapia (cura com argila e pedras) e fitoterapia (cura com plantas florais).

<sup>7</sup> É a ciência que se baseia no uso das plantas medicinais para a prevenção ou tratamentos das doenças.

<sup>8</sup> Tratamento de problemas do sistema músculo-esquelético, através de técnicas de terapia manual, exercícios e orientação postural.

observada em vários contextos e situações, com vários praticantes. Trata-se de pessoas, como é o caso dos pais, tios e avós, terapeutas tradicionais, por um lado, e igrejas e centros de cura (e.g., *Ocimbanda*, *Omunyaneki* e *Onganda*)<sup>9</sup>, por outro lado. Nas comunidades rurais, as plantas são classificadas e selecionadas de acordo com as doenças e sintomas mais comuns que as pessoas conhecem, por exemplo, a gripe, dores de barriga, dores de cabeça, malária. Na zona rural a MT sobrevivia como um fenómeno à margem da medicina erudita (Melo, 2009; Oliveira, 1985).

Das várias contribuições dadas pela prática de MT e, como qualquer área do conhecimento, esta possui conceitos próprios, que a seguir se apresentam.

**Curandeiro:** Loyola (1984) apresenta a definição de curandeiro, como sendo um tipo de “oficial sagrado” que penetra no mundo sobrenatural. Na realidade, o curandeiro é uma confluência entre a MT e certos rituais para “expulsar” maus espíritos.

Segundo Ferreira (2001, p. 157), “curandeiro é o que cura por meio de rezas e feitiçarias, e curandeirismo é a atividade ou conjunto das práticas dos curandeiros, por intermédio de rezas e/ou benzeduras, feitiçarias, chás, raízes fumaças, etc”.

Neste contexto, Estermann (1957) e Melo (2009) referem que o *Kimbanda* está ao serviço da comunidade como agente da medicina tradicional africana, em que as suas práticas se baseiam entre dois mundos: dos espíritos (*Onosanda*) e dos vivos.

**Feiticeiro:** Castanheira (1979, citado por Cruz, 1910; Franco, 2003) referem que um outro conceito que é frequentemente confundido, ou mesmo por vezes identificando a personagem do curandeiro, é o feiticeiro. Segundo Valeri (1994, citado por Melo, 2009) o termo “feitiço” é de origem portuguesa e deriva do latim “*Factitius*”. Inicialmente, feitiço significava “artificial” ou “fingido”. Com o decorrer do tempo, o referido termo assume o sentido de “bruxaria”, “necromancia” e “magia”.

**Ocimbanda:** Na língua Nacional *Nyaneka-Nkhumbi*<sup>10</sup>, *Ocimbanda* é um indivíduo com poderes “extraordinários”, capaz de invocar e encarnar espíritos, exercendo por intermédio várias funções, a saber: (a) cura de males; (b) proteção contra investidas danosas provocadas pela proteção da inveja, ódio e competição; (c) afastamento dos males; e (d) transmissão de poderes maléficis e adivinhação, embora esta última seja praticada somente por alguns. Para além da manipulação dos espíritos, o *Ocimbanda* recorre a animais, plantas, pedras, raízes e restos de origem animal para o referido tratamento. Pode procurar, ele mesmo, os remédios, dominando a botânica tradicional, as tipologias de doenças do seu domínio, as diversas causas das mesmas, dosagens a utilizar ou “receitar” aos

---

<sup>9</sup> *Ocimbanda* é um indivíduo com poderes “extraordinários” capaz de invocar e encarnar espíritos; o *Omunyaneki* é conhecido como “adivinha” e o *Onganga* é um terapeuta tradicional, também conhecido como feiticeiro.

<sup>10</sup> Grupo etnolinguístico da população de Angola, particularmente predominante no Sul de Angola.

pacientes. Contrariamente ao *Ocimbanda* e ao *Omunyaneki*<sup>11</sup>, que estão ao serviço da comunidade, o *Onganga*<sup>12</sup>, também conhecido como feiticeiro, jamais é chamado, ou seja, este atua por conta própria. No exercício dos terapeutas tradicionais, só os *Ocihambo*, ou seja, o terapeuta tradicional têm o poder pediátrico, particularmente no tratamento dos recém-nascidos, isto é, pelo menos até cerca dos 3 ou 4 anos de idade (Melo, 2009).

Com efeito, as crenças e práticas dos *Ocimbanda*, *Omunyaneki* e *Onganda*, tanto como dos agentes categorizados como adivinhas, curandeiros ou feiticeiros não se limitam exclusivamente aos *Nyaneka-Nkhumbi*, mas também a todos os grupos étnico-linguísticos de Angola (Melo, 2009). Assim, falar dos agentes terapeutas tradicionais implica, necessariamente, refletir acerca das causas e fatores associados ao recurso à medicina tradicional.

### 1.2. Causas e fatores associados ao recurso à medicina tradicional

A saúde em Angola é entendida, muita das vezes, como sendo um conjunto de aquisições culturais que excedem o âmbito do que hoje, no Ocidente, habitualmente se considera medicina.

Sendo Angola um país que viveu muitos anos de guerra, muitas famílias angolanas fazem recurso à MT devido ao quadro epidemiológico angolano que é dominado pelas doenças transmissíveis, tais como: a malária, doenças diarreicas agudas, doenças respiratórias agudas, tuberculose, tripanossomiose (doença do sono), doenças imunopreveníveis, tais como, o sarampo e tétano entre outras. Neste contexto o recurso a MT constitui uma das principais ferramentas terapêuticas para a prevenção da doença e a promoção da saúde (Krapp & Longe, 2011).

Importa salientar que o recurso à MT é por vezes motivado pela facilidade que esta oferece, quer na acessibilidade, quer por valores reduzidos a pagar. Neste âmbito, a fixação do preço do medicamento, embora respeitando as regras de uma economia de mercado, deve ser entendida como uma das razões da procura dos serviços de MT. Assim, poupa-se nos custos de saúde, insuportáveis em muitos agregados familiares, sobretudo nas camadas mais vulneráveis (Melo, 2005).

É nas zonas mais urbanizadas, sobretudo, que o recurso aos médicos, aos enfermeiros e aos ervanários é visivelmente maior, embora esta última figura não seja típica dos *Handa*<sup>13</sup> como principal recurso para a cura no combate às doenças. Entretanto, nas zonas não-urbanizadas o recurso à MT, no contexto angolano, tem sido também um recurso para a transmissão de conhecimentos, de geração em geração (Melo, 2009; Oliveira 1985).

Durante as entrevistas feitas, os terapeutas tradicionais afirmaram que as famílias/pessoas que recorrem aos seus serviços têm encontrado eficiência nos tratamentos, sobretudo nas patologias que não têm tratamento nos hospitais (e.g.,

---

<sup>11</sup> Recorrem a um processo idêntico ao descrito para o caso do *Ocimbanda*, variando na ordem do diagnóstico das doenças. O seu prestígio é avaliado pelo resultado das suas adivinhações e pelas forças persuasivas das suas fórmulas.

<sup>12</sup> É um termo para designar uma pessoa malfetora que, por vias obscuras, causa danos no próximo.

<sup>13</sup> Grupo social de Angola, mais precisamente da província do Namibe.

mina tradicional vulgo tala) (C., entrevista, 2012).

Para eles, os hospitais apresentam algumas limitações em relação ao tratamento de algumas patologias. Estas limitações, para os terapeutas, consubstanciam na existência de fatores como é o caso do prolongamento de patologias sem curas nos hospitais, bem como a acessibilidade e o custo do tratamento, já referidos acima (OMS, 2002).

De acordo, com Foster (1976), a doença insere-se em dois sistemas:

- a) Sistemas personalísticos, onde a doença é resolvida a partir da intervenção de um agente humano (um bruxo, um feiticeiro), não humano (um antepassado, um espírito malévolos, uma alma), ou sobrenatural (um Deus ou outro ser muito poderoso).
- b) Sistemas naturalísticos, tal como o nome indica, implicam a ação de forças naturais, como por exemplo, o calor, frio, vento, humidade. Por conseguinte, Nunes (1997, p. 139) identifica quatro tipos de causas para referir a exteriorização de “tensões sociais e pessoais”: (a) as causas naturais, onde se inserem, aspetos do clima, alimentação, higiene e trabalho excessivo; (b) as causas psicológicas, que integram as emoções fortes; (c) as causas sociais, nas quais cabem os conflitos entre as pessoas, que podem resultar em mau-olhado, pragas, mal de inveja e feitiçaria, ou então violação de tabus; e (d) as causas espirituais ou sobrenaturais, que dizem respeito às almas dos mortos.

Ainda Fontes e Sanches (2000; Melo, 2005) referem que a doença e a saúde devem ser explicadas de acordo com o grupo social e a experiência individual, que podem altera-se ao longo do ciclo de vida.

### **1.3. A perspetiva dos profissionais da medicina tradicional**

Devido à dificuldade em encontrar bibliografia específica sobre o tema em estudo, e de forma a obter informações dos profissionais de MT, elaboramos uma extensa entrevista estruturada (cf. Anexo A), que foi aplicada individualmente a diversos profissionais de novembro de 2011 a março de 2012 nos centros de MT.

De uma forma geral, entre os profissionais da MT, ficou patente a ideia de um conflito entre a MT e a medicina convencional/erudita. Muitos pacientes só recorrem à medicina convencional depois do agravamento da patologia. Por esta razão, no ato de hospitalização estes apresentam um estado muito debilitado de saúde. Entre os casos relatados, apontam-se a sobredosagem, o que neutraliza ou provoca a suspensão do tratamento hospitalar e, como consequência, alguns casos terminam em morte.

Ao longo dos anos a MT foi-se afirmando como alternativa credível à medicina erudita, como foi observado nas informações recolhidas através de entrevistas aos terapeutas tradicionais.

Não obstante, encontramos entre os nossos entrevistados alguma dificuldade em fornecer-nos informações ou dados de que precisávamos. E, neste âmbito, identificámos outros agentes ligados às práticas medicinais, nomeadamente, parteiras tradicionais, fitoterapeutas, curandeiros, entidades tradicionais (regedores/sobas) para complementar as informações recolhidas.

Os médicos e enfermeiros<sup>14</sup> do Hospital Pediátrico do Lubango consideram que as crenças nas doenças e o modo como enfrentá-las (através de chás, rezas, banhos, massagens etc.) é vivido pelas populações pobres. As entrevistas revelaram que, em certas zonas, a recorrência à MT é motivada pela inexistência de outras alternativas relacionadas com a saúde. Isto quer dizer que, por não existirem hospitais, centros médicos ou posto médico nessas zonas, as populações vêem-se forçadas a recorrerem a este tipo de tratamento, na procura desenfreada de saúde do seu filho. Segundo Melo (2009) e Oliveira (1985) o recurso à MT atrai as populações não só por não existir alternativas, mas também por esta ser considerada como um fenómeno de cura, particularmente no contexto angolano, onde existe uma vasta gama de plantas medicinais.

Nunes (1997), afirma que as pessoas utilizam tais práticas não científicas, por possuírem uma perceção particular do processo saúde-doença, no modo de vida e assim determinarem a melhor maneira para a cura. Por vezes, quando confrontadas nos hospitais sobre o modo de tratamento, as pessoas recorrem à mentira para encobrir o seu “erro”.

Os terapeutas tradicionais (Centros) e os profissionais de saúde foram unânimes a respeito do recurso à MT e medicina erudita. Eles afirmam que alguns pacientes, assistidos nos centros de saúde ou hospitais recorrem à busca da cura, por forma a poupar também alguns recursos financeiros.

Seguindo, ainda, informações dos nossos entrevistados, referentes à MT, os elementos mais usados nas plantas medicinais são as folhas e as raízes<sup>15</sup>. De entre os medicamentos mais usados pelos terapeutas tradicionais para cura de doenças principalmente em crianças destacam-se: plantas, raízes, ervas, chás, infusões, cascas de árvore, fumassa, alho, santa maria, cola, gengibre, pele de jacaré, *diala miango*, raízes de coqueiro, *brututo*, a pele e óleo de jibóia, pele de macaco, do coelho etc. Por exemplo, as unhas de passáro servem para tratar a meningite, o *Kuwanana* é usado para a cura da malária, a *Filanganga* são ervas usadas para a dor de cabeça/barriga, a *Utivotavossa* para as crises de epilepsia, a *Bunda Kateka* (erva usada para dores nos rins), a raiz *Ngadiola* serve para curar a febre tifóide, e o Sisal que, muita das vezes, serve para tratar doenças como o paludismo e febre tifóide, não só em crianças como em pacientes adultos (cf. Anexo B).

Não obstante a diversidade de recursos acima mencionados, estes estão longe de serem os únicos meios de cura usados na MT, nem tão pouco se restringem só a estas doenças. A riqueza da fauna e flora de Angola reside ainda num elevado número de plantas com utilização medicinal e na utilidade de diferentes espécies de plantas e animais. Os entrevistados apontaram a existência de alguns indivíduos sem diplomas para exercerem. Segundo os nossos entrevistados, estes elementos só praticam a MT para ganharem algum dinheiro dos seus pacientes. Isto quer dizer que a inexistência de uma política que regule esta prática e a falta de intercâmbio entre os diversos praticantes e os serviços de saúde de medicina erudita, bem como a investigação científica, provoca uma anarquia generalizada. Esta situação não garante a segurança desejada, nem a ética

---

<sup>14</sup> Por questões éticas, os nomes das pessoas entrevistadas, bem como as referidas instituições foram ocultados ao longo do texto.

<sup>15</sup> Cf. Anexo B.

profissional na sua utilização (M., entrevista, 2012).

#### **1.4. Recurso à medicina tradicional: O caso particular de Angola-Lubango**

Em Angola, a MT assenta fundamentalmente na utilização das plantas medicinais com base na fitoterapia. Angola é um país com uma história que se baseia na tradição oral, onde as línguas nacionais desempenham um papel fundamental, em que os conhecimentos sobre os factos da cultura são transmitidos oralmente de geração em geração. Atualmente, reconhecendo a importância do património cultural, como é o caso da MT, representado pela sabedoria popular e pelas práticas de educação tradicional, o Governo angolano tem estado a adotar políticas normativas e legais necessárias para a promoção de uma boa prática deste uso para controlo da qualidade e eficácia da MT, bem como para o uso sustentável de plantas (Ba, 1972).

Com efeito, no que respeita às doenças conhecidas e frequentes entre os *Nyaneka-Nkhumbi* não têm sido tratadas da mesma forma em todo o território angolano. Porém, alguns pacientes recorrem também aos tratamentos modernos, mas apenas em caso de desespero (leito de morte dos filhos), após várias tentativas de cura tradicionais terem falhado ou vice-versa, principalmente aqueles que são considerados domínio da MT (Nunes, 1987).

De referir que, de um maneira geral, entre os angolanos, nas mais diversas províncias, o tratamento e a cura de doenças é feita pelos profissionais tradicionais ou familiares. Segundo a crença dos nativos, esses profissionais usam certas práticas para curar doenças que variam muito de região para região, ou grupo étnico-linguístico, bem como da proveniência de cada profissional tradicional e os seus conhecimentos (Melo, 2009). Conhecimentos, estes, que são transmitidos de geração em geração, geralmente do pai para o filho mais velho, ou outra pessoa por ele escolhida (Carvalho, 1994; Williams, 1996).

Na procura de tratamento, as populações percorrem distâncias avultadas, movidas pelo objetivo de obter resultados positivos, considerando que os profissionais de MT não os conhecem e têm todo o interesse em mostrar a sua competência, para que seja divulgada a sua fama e para que sejam solicitados mais vezes os seus serviços. Um aspeto digno de realce, é o que diz respeito ao facto da MT existir e resistir independentemente de ser utilizada no meio rural ou no meio urbano, dado que o seu sucesso de cura responde aos interesses e às necessidades dos mais vastos setores da população angolana (Melo, 2005).

Os frutos, raízes e plantas caracterizam a verdadeira MT angolana (Política Nacional de Medicina Tradicional e Práticas Complementares, 2012).

Atendendo ao panorama mundial, Angola não é uma exceção à regra, uma vez que, segundo a OMS (2005), grande parte da população dos países em desenvolvimento depende da MT, como sendo uma das suas principais prioridades, tendo em conta que 80% desta população utiliza práticas tradicionais para suprir as necessidades básicas de saúde ou de assistência médica e medicamentosa.

## II – Objetivos

O presente estudo tem por objetivo geral comparar dois grupos quanto ao perfil sociodemográfico e familiar e quanto aos tratamentos e diagnósticos, bem como ao funcionamento familiar e resposta dos pais à doença dos filhos. Sendo: um grupo com recurso à MT e um grupo de controlo (sem recurso à MT), numa amostra de crianças acompanhadas em contexto hospitalar pediátrico em Angola.

No sentido de concretizarmos este estudo, apresentamos os seguintes objetivos específicos:

- (a) Descrever o perfil sociodemográfico e familiar das famílias que recorrem à MT e do grupo de controlo (sem recurso a MT).
- (b) Apresentar e comparar os tratamentos e diagnósticos efetuados pelos profissionais de MT com os tratamentos efetuados pelos médicos convencionais.
- (c) Desenvolver estudos de evidência precisão (consistência interna) do SCORE-15 e IRDF.
- (d) Comparar os dois grupos quanto à resposta dos pais à doença dos filhos e funcionamento familiar (resultados totais no IRDF e SCORE-15, respetivamente).
- (e) Analisar as diferenças entre os dois grupos no que diz respeito a diversas variáveis: (e. g., distância ao hospital, NSE, escolaridade mãe e tempo de hospitalização previsto).

## III – Metodologia

### 3.1. Amostra

#### 3.1.1. Seleção e recolha da amostra

No âmbito de um estudo mais alargado desenvolvido no Mestrado em Sistémica, Saúde e Família, do protocolo FPCE-UC e UPRA (Campus do Lubango), foi recolhida uma amostra de 204 crianças para um estudo exploratório com o Inventário de Resposta à Doença dos Filhos (IRDF). Da amostra das 204 crianças recolhidas, encontravam-se igualmente um total de 34 crianças que tinham recorrido à MT. Procurou-se emparelhar essas crianças com um grupo de 34 crianças (grupo de controlo) dessa amostra mais alargada, quanto às variáveis sexo, idade e NSE.

A amostra foi recolhida entre os meses de outubro de 2011 a março de 2012, no Hospital Pediátrico do Lubango “Pioneiro Zeca”.

Os critérios de inclusão para a amostra foram os seguintes: (a) acompanhantes de crianças (e.g., mãe, irmãs, tias, avós) para responderem ao protocolo de avaliação; (b) crianças de nacionalidade angolana, que aguardavam uma consulta ou que estivessem internadas no hospital em referência; (c) ausência de deficiência motora por parte das crianças; e (d) o documento de consentimento informado estar assinado pelos pais ou substitutos destes. No caso das crianças que constituíram a amostra com recurso à medicina tradicional, estas eram incluídas na amostra quando tivessem respondido à última parte do Questionário Complementar (cf. ponto 3.2) referente a questões alusivas ao

recurso à MT antes de se dirigir em hospital. As crianças do grupo de controlo pertenciam à amostra mais alargada, não tendo respondido à última parte do referido questionário.

Perante algumas dificuldades observadas no preenchimento dos protocolos de investigação, devido a algumas dificuldades de compreensão dos itens ou, até mesmo, de leitura por parte das respondentes, optámos por aplicar o protocolo de avaliação em formato de entrevista individual.

### 3.1.2 Caracterização da amostra

Os dados apresentados na Tabela 1 permitem-nos concluir que a amostra é constituída por 68 sujeitos, divididos em duas subamostras, sendo 34 crianças pertencentes ao grupo MT e 34 crianças ao grupo de controlo<sup>16</sup>.

No grupo da MT todos os respondentes são mães ( $n=34$ , 100%) ao passo que no grupo de controlo aproximam-se da totalidade (97.1%), encontra-se ainda uma tia. Todas as respondentes são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 36 anos, apresentado uma média de idades de 26.31 anos ( $DP = 4.80$ ).

Em relação ao estado civil, em ambos os grupos existe maior prevalência para a união de facto ( $n= 28$ , 41.2%).

O grupo étnico mais prevalente na amostra MT é o Umbundo ( $n=13$ , 38.2%). Para o grupo de controlo 38.2% ( $n=13$ ) correspondem à etnia *Nhaneca*.

Relativamente ao local de residência, 58.8% ( $n=20$ ) do grupo MT, e mesma percentagem, para o grupo de controlo, habitam nos arredores da cidade e bairros.

No que diz respeito à escolaridade da mãe, detetou-se que 29.4% ( $n=10$ ) das mães do grupo MT possuem o terceiro ciclo do ensino básico completo e o grupo de controlo 32.4% ( $n =11$ ), o segundo ciclo completo.

Tanto o grupo de controlo como de MT têm como principal fonte de rendimento o rendimento fixo, sendo 55.9% e 47.1%, para cada grupo respetivamente.

Quanto ao nível socioeconómico (NSE), através de alguns dados obtidos no Questionário Sociodemográfico atendendo ao contexto angolano, foi criada uma fórmula de cálculo, cruzando várias variáveis do mesmo questionário para se obter um indicador de NSE da população angolana (cf. Anexo C). Em função desta classificação, a MT e o grupo de controlo apresentam uma distribuição de NSE idêntica ( $n=22$ , 64.7%) para o NSE baixo e 35.3% para o NSE médio.

Em relação ao agregado familiar, em ambos os grupos predomina o agregado composto por 2 a 5 elementos ( $n=48$ , 70.3%).

Relvas (1996) propõe a seguinte classificação para a etapa do ciclo vital: formação de casal, famílias com filhos pequenos, famílias com filhos na escola, famílias com filhos adolescentes e famílias com filhos adultos. Nesta variável (etapa do ciclo vital), no grupo da MT ( $n = 11$ ) 32.4% dos nossos respondentes encontram-se na etapa da família com filhos pequenos, 44.1% ( $n=15$ ) estão na etapa com filhos na escola e 2.9% ( $n=1$ ) com filhos adultos. Nesta mesma variável, para o grupo de controlo, 55.9% ( $n=19$ ) dos nossos respondentes estão na etapa da família com filhos pequenos, 26.5% ( $n=9$ ) com filhos na escola, e

<sup>16</sup> Para uma caracterização mais exaustiva da amostra, consultar Anexo D.

17.6% ( $n=6$ ) na etapa da família com filhos adolescentes. Verifica-se que, em ambos grupos, a maior parte das crianças da amostra são provenientes de famílias com filhos pequenos ( $n=30$ , 44.1%).

Tabela 1

*Caracterização da Amostra: Variáveis Sociodemográficas e Familiares*

Variável	Grupo MT ( $n = 34$ )		Grupo Controlo ( $n = 34$ )		Amostra Total ( $N = 68$ )	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Parentesco respondente</b>						
Mãe	34	100	33	97.1	67	98.5
Irmã	-	-	-	-	1	1.5
Tia	-	-	1	2.9	-	-
<b>Estado civil</b>						
Solteiro	10	29.4	11	32.4	21	30.9
Casado	7	20.6	7	20.6	14	20.6
União de Facto	14	41.2	14	41.2	28	41.2
Separado	-	-	-	-	-	-
Divorciado	1	2.9	-	-	1	1.5
Viúvo	2	5.9	2	5.9	4	5.9
<b>Etnia</b>						
Nhaneca	10	29.4	13	38.2	23	33.8
Umbundo	13	38.2	8	23.5	21	30.9
Quimbundo	2	5.9	3	8.8	5	7.4
Nganguela	-	-	4	11.8	4	5.9
Cuanhama	3	8.8	3	8.8	6	8.8
Outras	6	17.6	3	8.8	9	13.2
<b>Área de residência</b>						
Centro de cidade	10	29.4	11	32.4	21	30.9
Arredores cidade/Bairro	20	58.8	20	58.8	40	58.8
Aldeia/Quimbo	1	2.9	1	2.9	2	2.9
Comuna/Sede	-	-	1	2.9	1.5	
Outro	3	8.8	1	2.9	4	5.9
<b>Escolaridade da mãe</b>						
1ºciclo	9	26.5	9	26.5	9	13.3
2ºciclo	7	20.6	11	32.4	16	23.5
3ºciclo	10	29.4	5	14.7	19	28
Secundário	4	11.8	6	17.6	17	25
Superior	2	5.9	3	8.8	5	7.4
<b>Fonte de Rendimento</b>						
Riqueza herdada/adquirida	-	-	-	-	-	-
Lucros, investimentos	6	17.6	4	11.8	10	14.7
Vencimento mensal fixo	16	47.1	19	55.9	35	51.5
Remuneração semana, tarefa	12	35.3	11	32.4	23	33.8
<b>NSE</b>						
Baixo	22	64.7	22	64.7	44	64.7
Médio	12	35.3	12	35.3	24	35.3
<b>Agregado familiar</b>						
2-5	22	64.7	25	73.6	48	70.3
6-10	12	35.3	12	35.3	21	29.7
<b>Etapa do ciclo vital</b>						
Família filhos pequenos	11	32.4	19	55.9	30	44.1
Família filhos na escola	15	44.1	9	26.5	24	35.3
Família filhos adolescentes	-	-	6	17.6	13	19.1
Família filhos adultos	1	2.9	-	-	1	1.5

A Tabela 2 apresenta-nos uma breve descrição das crianças da amostra.

Em relação à distribuição por idades, os resultados mostram que em ambos os grupos a faixa etária mais prevalecente são ( $n=28$ , 41.2%) os 1-3 anos.

Em relação ao sexo da criança, são maioritariamente do sexo masculino (70.6 e 64.7% para os grupos de MT e controlo, respetivamente).

Tabela 2  
*Caracterização da Amostra: Crianças*

Variável	Grupo MT (n = 34)		Grupo Controlo (n = 34)		Amostra Total (N = 68)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Categoria idade da criança</b>						
0	11	32.4	10	29.4	21	30.9
1-3	14	41.2	14	41.2	28	41.2
4-6	6	17.6	7	20.6	13	19.1
7-12	3	8.8	3	8.8	6	8.8
<b>Sexo da criança</b>						
Masculino	24	70.6	22	64.7	46	67.6
Feminino	10	29.4	12	35.3	22	32.4
<b>Ano de escolaridade</b>						
Pré-escolar	5	14.7	1	2.9	6	8.8
1ºano	3	8.8	-	-	3	4.4
2ºano	1	2.9	3	8.8	-	-
4ºano	-	-	-	-	-	-
5ºano	2	5.9	-	-	2	2.9

No que diz respeito ao nível de escolaridade, 14.7% ( $n=5$ ) do grupo MT frequenta o pré-escolar, 11.7% ( $n=4$ ) concluíram o primeiro ciclo e 5.9 ( $n=2$ ) o segundo ciclo. Ao passo que o grupo de controlo 2.9 ( $n=1$ ) frequentam o pré-escolar e 8.8% ( $n=3$ ) o segundo ano de escolaridade. A maioria das crianças indicadas na amostra não frequenta a escola.

A Tabela 3 apresenta-nos os dados referentes à hospitalização da criança.

Relativamente à variável distância do hospital pode verificar-se que a distância de 1 a 5 quilómetros aparece com maior percentagem, sendo 38.2% e 67.6%, para os grupos MT e controlo, respetivamente.

No que diz respeito ao meio de transporte preferencial para o hospital é o táxi, com 41.2% ( $n=14$ ) e 58.8% ( $n=20$ ) para o grupo MT e de controlo, respetivamente.

Relativamente à variável hospitalizações anteriores, pode verificar-se que as duas hospitalizações aparecem com mais frequência ( $n=21$ , 30.9%).

Quanto à história da doença, ambos os grupos revelaram um historial mais frequente de malária (26.5% para totalidade da amostra).

Relativamente ao motivo da hospitalização, os resultados apontam a malária como sendo a doença mais frequente (MT com 35.3% e grupo de controlo com 38.2%).

No que concerne ao início da doença, para a maioria das crianças em ambos os grupos este teve um início de forma insidiosa (98.5% para a amostra total).

Para o tipo de tratamento, a totalidade da amostra foi sujeita a um internamento.

Por fim, o tempo previsto de hospitalização, é maioritariamente indefinido, sendo para o grupo MT 85.3% ( $n=29$ ), enquanto que para o grupo de controlo corresponde a 73.5 % ( $n=25$ ).

Tabela 3  
 Caracterização da Amostra: Variáveis Hospitalização

Variável	Grupo MT (n = 34)		Grupo Controlo (n = 34)		Amostra Total (N = 68)	
	n	%	N	%	n	%
<b>Distância do hospital (Km)</b>						
1-5	13	38.2	23	67.6	36	52.9
6-15	12	35.3	9	26.5	21	30.9
16-30	5	14.7	2	5.9	7	10.3
31-45	4	11.8	-	-	4	5.9
<b>Meio deslocação para o hospital</b>						
A pé	3	8.8	3	8.8	6	8.8
Carro	7	20.6	7	20.6	14	20.6
Mota	7	20.6	3	8.8	10	14.7
Taxi	14	41.2	20	58.8	34	50.0
Ambulância	3	8.8	-	-	3	4.4
Outro	-	-	1	2.9	1	1.5
<b>Hospitalizações anteriores</b>						
0	10	29.4	9	26.5	19	27.9
1	10	29.4	8	23.5	18	26.5
2	8	23.5	13	38.2	21	30.9
3	5	14.7	4	11.8	9	13.2
4	1	2.9	-	-	-	-
6	-	-	-	-	1	1.5
<b>Historial da doença</b>						
Anemia	1	2.9	1	2.9	14	20.6
Bronquite	-	-	2	5.9	2	2.9
Desnutrição	-	-	1	2.9	2	2.9
Diarreia	-	-	1	2.9	1	1.5
Falciiformação	8	23.5	6	17.6	14	20.6
Falta de sangue	-	-	1	2.9	1	1.5
Malária	12	35.3	6	17.6	18	26.5
VIH	-	-	4	11.8	9	13.2
Malária e outros	2	5.9	4	11.7	6	8.8
<b>Motivo da hospitalização</b>						
Anemia	1	2.9	1	2.9	1	1.5
Desnutrição	-	-	3	8.8	7	10.3
Falciiformação	8	23.5	9	26.5	20	29.4
Malária	12	35.3	13	38.2	25	36.8
Malária e Bronquite	2	5.9	2	5.9	2	2.9
Malária e VIH	5	14.7	6	17.6	-	16.2
<b>Início da doença</b>						
Súbito	1	2.9	-	-	1	1.5
Insidioso	33	97.1	34	100.0	67	98.5
<b>Tipo de tratamento</b>						
Ambulatório	-	-	-	-	-	-
Internamento	34	100.0	34	100.0	68	1.0
<b>Tempo de hospitalização previsto</b>						
4-7	5	14.7	4	11.8	9	13.2
+ de 7 dias	-	-	5	14.7	5	7.4
Indefinido	29	85.3	25	73.5	54	79.4

No sentido de confirmar a equivalência dos dois grupos procedeu-se ao teste de *Qui-Quadrado* para as variáveis sexo da criança, idade, e NSE. Quanto à variável sexo da criança, os resultados demonstram que a diferença não é estatisticamente significativa,  $X^2(1) = 0.269$ ,  $p = .604$ . Relativamente à variável idade da criança para os níveis etários observados (0, 1-3, 4-6 e 7-12 anos), o resultado não alcança o limiar de significância estatística,  $X^2(3) = 0.125$ ,  $p = .989$ . Relativamente à variável NSE do agregado familiar, os dois grupos considerados são totalmente equivalentes, uma vez que ambos os grupos obtiveram uma igualdade de resultados (22 para NSE baixo e 12 para o NSE médio), daí os resultados obtidos apontarem para a inexistência de diferenças estatisticamente significativas  $X^2(1) = 0.00$ ,  $p = 1.000$ .

### 3.2. Instrumentos

Antes de proceder à aplicação dos instrumentos, foi apresentado aos sujeitos que concordaram em participar no estudo, um documento de consentimento informado que continha a apresentação dos objetivos do estudo, a garantia do anonimato das suas respostas, e o caráter voluntário da sua participação e assegurava que os dados seriam utilizados somente para fins estatísticos (cf. Anexo E).

O protocolo de investigação utilizado no presente estudo envolveu os seguintes instrumentos de avaliação: Questionário Sociodemográfico, Questionário Complementar, Inventário de Resposta dos Pais à Doença dos Filhos (IRDF) e o *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation-15* (SCORE-15).

**Questionário de Dados Sociodemográficos:** Este questionário foi utilizado com o objetivo de recolher informações sociodemográficas e familiares. A partir deste questionário é possível recolher informações sobre a idade, o nível de escolaridade, a profissão (dos pais), o estado civil, a etnia, a religião, e composição do agregado familiar. O NSE foi calculado através de uma fórmula de cálculo, atendendo a determinadas variáveis relevantes para a realidade angolana: área de residência, tipo de habitação, características da habitação, eletrodomésticos e conforto (cf. Anexo C). Relativamente à fase do ciclo vital da família, seguimos a classificação proposta por Relvas (1996), tendo em atenção as etapas do ciclo vital da família: formação do casal, famílias com filhos pequenos, famílias com filhos na escola, famílias com adolescentes, e famílias com filhos adultos (cf. Anexo F).

**Questionário Complementar:** Este questionário foi desenvolvido especificamente para a recolha informações relativas à criança hospitalizada, tais como: identificação da criança (e.g., idade, sexo), dados de quem preenche (e.g., parentesco, sexo), dados sobre a saúde/hospitalizações (e.g., distância a que reside do hospital, meio de deslocação para o hospital), foi igualmente incluído um grupo de questões relativas ao recurso à MT (e.g., distância do curandeiro, momento do recurso à MT, diagnóstico efetuado pelos profissionais da MT) (cf. Anexo G).

#### **Inventário de Resposta à Doença dos Filhos (IRDF; Subtil, 1995)**

Para o presente estudo utilizou-se a versão desenvolvida por Subtil (1995; Subtl, Fonte, & Relvas, 1995). O IRDF é um inventário que avalia a resposta dos pais em relação à doença dos filhos. Tem 32 itens divididos por cinco fatores, nomeadamente: Descrença com 4 itens (e.g., item 27), Depressão/Anedonia com 11 itens (e.g., item 7), Dúvida com 6 itens (e.g., item 30), Culpa/Impotência com 8 itens (e.g., item 10) e Retraimento com 3 itens (e.g., item 32). Cada item é cotado segundo uma escala de tipo *Likert* de 1 a 4: *Concordo muitíssimo* (1), *Concordo* (2), *Discordo* (3) e *Discordo completamente* (4). Para os estudos de consistência interna apresentou um alfa de Cronbach de 89. Uma pontuação mais elevada no IRDF traduz-se num estado de maior perturbação face à doença dos filhos (cf. Anexo H).

*Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation-15* (SCORE-15; Fay et al., *in press*, citados por Mendes, 2011) é um instrumento de auto-resposta que procura avaliar os resultados terapêuticos da terapia familiar (Cahill, O'Reilly, Carr, Dooley, & Stratton, 2010, citados por Mendes, 2011). Para o presente estudo foi utilizada uma versão portuguesa do SCORE-15, (Tradução portuguesa: Relvas, Vilaça, Sotero, Cunha, & Portugal, 2010). Esta versão é composta por 15 itens. Cada um dos itens é cotado de acordo com uma escala de *Likert* de cinco pontos oscilando entre 1 “*Descreve-nos muito bem*” e 5 “*Descreve-nos muito mal*” (cf. Anexo I). O resultado total do SCORE foi obtido invertendo os itens 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13 e 14, para que as pontuações mais elevadas correspondessem a maiores dificuldades na família. O SCORE-15 contém escalas compostas por itens que avaliam itens, dimensões do funcionamento familiar, nomeadamente, as competências familiares, dificuldades familiares e comunicação familiar. O mesmo instrumento já foi utilizado nalguns estudos em Portugal (e.g., Mendes, 2011) nos quais, para além dos estudos de análise fatorial exploratória, se realizaram também estudos de consistência interna, em que se alcançaram resultados consistentes com a versão original, traduzidos em valores de alfa de Cronbach de .88.

### 3.3. Análises estatísticas

Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados e para o tratamento estatístico dos mesmos utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 17.0) versão 17 para Windows*. Uma vez inseridos os dados na base, procedeu-se às seguintes análises estatísticas:

- a) Estatística descritiva e estudo de frequências para caracterizar a amostra.
- b) Teste do *Qui-Quadrado* para comparar os dois grupos quanto ao sexo e idade da criança, NSE (entre outras variáveis).
- c) A consistência interna dos instrumentos (IRDF e SCORE-15) foi estudada com recurso ao alfa de Cronbach.
- d) Utilizou-se um teste *t* de *student* para amostras independentes para analisar a existência de diferenças entre os grupos MT e de controlo relativamente os resultados totais do IRDF e SCORE-15, e para as variáveis agregado familiar, número de filhos e distância do hospital.

## IV – Resultados

### 4.1. Caracterização das famílias que recorreram à medicina tradicional

Os dados apresentados na Tabela 4 compreendem os dados específicos do grupo da MT, recolhidos na secção específica do questionário complementar (cf. Anexo G).

Tabela 4  
*Caraterização da Amostra: Medicina Tradicional*

Variável	Grupo MT (n = 34)	
	n	%
<b>Distância</b>		
0-2	18	26.5
3-10	13	19.1
11-100	3	4.4
<b>Momento Medicina Tradicional</b>		
Ausência de melhorias	5	7.4
Bichas	3	4.4
Crise de choros	5	7.4
Dificuldades respiração	2	2.9
Febres altas	12	17.6
Feridas	1	1.5
Fontanelas	3	4.4
Muitas dores ossos	1	1.5
Sentir-se mal	2	2.9
<b>Diagnóstico Medicina Tradicional</b>		
Não deu informação	4	5.9
Alguém tenta afogar criança	2	2.9
Buxo virado	9	13.2
Cabeça aberta	1	1.5
Diarreia	3	4.4
Diarreia borbulhas da mãe	1	1.5
Doença de Gotas	2	2.9
Doença do pássaro	2	2.9
Fontanela	1	1.5
Maculo (Oxiúro)	4	5.9
Mau-olhado	5	7.4
<b>Tratamento Medicina Tradicional</b>		
Banhos	1	1.5
Chás de ervas/fumaças	1	1.5
Colocar ervas ou metronidazol anus criança	3	4.4
Ervas	1	1.5
Ervas banho mãe	1	1.5
Ervas e raízes para tomar	2	2.9
Fumaça	3	4.4
Fumaça, tomar raízes e folhas	2	2.9
Kwanana	2	2.9
Massagem na barriga e chá	9	13.2
Raízes com quissangua	2	2.9
Raízes dissolvidas em água para tomar	2	2.9
Rezas e fumaça	5	7.4
<b>Motivo Medicina Tradicional</b>		
Aconselhada vizinhas	17	25.0
Ausência de melhorias	1	1.5
Conhecimentos tratamento oxiúro	3	4.4
Diarreia e vômitos	1	1.5
Iniciativa própria	9	13.2
O filho não melhorava	1	1.5
Problemas bebé	1	1.5
Rápido salvamento criança	1	1.5

No que diz respeito à distância, a maioria do grupo MT reside muito próximo do local onde é praticada medicina tradicional (0-2 km) (26.5%).

Quanto ao momento em que as mães decidem recorrer à MT, são as febres altas que as leva a este recurso (17.6%,  $n = 12$ ).

Em relação ao diagnóstico efetuado pelos profissionais de MT, verifica-se uma múltipla diversidade de diagnósticos, com uma maior frequência para buxo virado (13.2%,  $n = 9$ ).

Relativamente ao tratamento da MT, observa-se que estes variam de acordo com as patologias das crianças da amostra, com uma maior prevalência para as massagens na “barriga” e consumo de chás (13.2%,  $n = 9$ ).

Quanto ao motivo de recurso à MT, a maior parte dos participantes do nosso estudo são motivados ou aconselhados pelos vizinhos para irem ao tratamento tradicional, 25.0% ( $n = 17$ ).

#### **4.2. Estudo dos diagnósticos e tratamentos**

Este pequeno estudo tem por objetivo analisar se existe alguma correspondência e manutenção nos diagnósticos efetuados pelos profissionais da medicina erudita e MT. Os resultados apontam a malária como a doença que aparece com mais frequência. Observando os 34 casos apresentados na Tabela 5 constata-se que não existe uma unanimidade no diagnóstico da MT.

Por outro lado, os resultados apresentados na Tabela 5 permitem-nos observar que não há uma correspondência entre os diagnósticos dos profissionais da ME e da MT. Por exemplo, os sujeitos 14 e 25 tiveram o mesmo diagnóstico de anemia no hospital pediátrico. Porém, estes mesmos pacientes tiveram outro diagnóstico na MT, sendo diagnosticados com a doença de gotas. Importa salientar que estes pacientes tiveram o mesmo tratamento, apesar de terem recorrido a centros diferentes.

Para exemplificar a discrepância entre os diagnósticos efetuados pelos profissionais, os sujeitos 3 e 4 tiveram o mesmo diagnóstico na medicina erudita (anemia). Contudo, estes mesmos pacientes tiveram um diagnóstico diferente na MT, sendo o sujeito 3 diagnosticado com doença do pássaro e o 4 com buxo virado.

Ao nível dos tratamentos da MT, existe alguma alguma correspondência para o diagnóstico de MT de buxo virado, em que o tratamento consiste quase sempre em massagens na barriga e chás. No entanto, esta situação nem sempre se verifica, por exemplo, os sujeitos 15 e 24 tiveram o mesmo diagnóstico (maculo-oxiuríase) e o tratamento proposto foi diferente: kwanana e ervas ou metronidazol.

Tabela 5  
*Comparação dos Diagnósticos Médico/Terapeuta Tradicional*

Sujeito	Diagnóstico Médico	Diagnóstico Medicina Tradicional	Tratamento Medicina Tradicional
1	Malária	Diarreia (borbulhas na mãe)	Ervas banho mãe
2	Anemia	Doença do pássaro	Fumaça
3	Anemia	Doença do pássaro	Chás de ervas/fumaças
4	Anemia	Buxo virado	Massagem na barriga e chá
5	Malária	Alguém tentou afogar a criança	Fumaça
6	Malária	Buxo virado	Massagem na barriga e chá
7	VIH	Buxo virado	Massagem na barriga e chá
8	Anemia	Buxo virado	Rezas e fumaça
9	VIH	Mau-olhado	Rezas e fumaça
10	Anemia	Buxo virado	Massagem na barriga e chá
11	Desnutrição	Não deu informação	Raízes dissolvidas em água para tomar
12	Desnutrição	Não deu informação	Fumaça, tomar raízes e folhas
13	Malária	Maculo (oxiuríase)	Ervas ou metronidazol no anus criança
14	Anemia	Doença de gotas	Ervas e raízes para tomar
15	Outros	Maculo (Oxiúro)	Kwanana
16	Outros	Cabeça aberta	Raízes com quissangua
17	Malária	Buxo virado	Massagem na barriga e chá
18	VIH	Buxo virado	Massagem na barriga e chá
19	Anemia	Mau olhado	Rezas e fumaça
20	VIH	Mau olhado	Rezas e fumaça
21	Anemia	Buxo virado	Massagem na barriga e chá
22	Desnutrição	Não deu informação	Raízes dissolvidas em água para tomar
23	Desnutrição	Não deu informação	Fumaça, tomar raízes e folhas
24	Malária	Maculo (oxiuríase)	Ervas ou metronidazol no anus criança
25	Anemia	Doença de gotas	Ervas e raízes para tomar
26	Malária	Maculo (oxiuríase)	Ervas ou metronidazol no anus criança
27	Malária	Alguém tentou afogar a criança	Fumaça
28	Malária	Buxo virado	Massagem na barriga e chá
29	VIH	Buxo virado	Massagem na barriga e chá
30	Anemia	Mau olhado	Rezas e fumaça
31	Malária	Diarreia	Banhos
32	Malária	Diarreia	Ervas
33	Outros	Diarreia	Kwanana
34	Anemia	Fontanela	Raízes com quissangua

### 4.3. Estudo de estatística descritiva e consistência interna dos itens do IRDF e do SCORE-15

Neste ponto faz-se a descrição dos resultados das estatísticas descritivas ( $M$ ,  $DP$ ) e da consistência interna para todos os itens do IRDF e SCORE-15, de forma a analisar quais os itens que apresentavam um funcionamento mais fraco.

Na Tabela 6 vamos encontrar as estatísticas descritivas dos 32 itens do IRDF ( $M$  e  $DP$ ) e o estudo da consistência interna (correlação item-total corrigida e o valor do alfa de Cronbach se o item for eliminado).

Relativamente a os resultados da Tabela 6, encontra-se no item 23 “Preciso sempre de alguém à minha beira” com a média mais elevada ( $M = 2.62$ ;  $DP = 0.79$ ) e por sua vez, o item 27 apresenta a média mais baixa “Não vale a pena fazer mais nada” ( $M = 1.34$ ;  $DP = 0.61$ ).

Almeida e Freire (2003) definiram fidelidade dos resultados como o grau de confiança ou de exatidão da informação recolhida. Os autores acrescentam ainda que o coeficiente de alfa de Cronbach é o procedimento estatístico utilizado para a análise da consistência interna de escalas de tipo *Likert*, como é o caso do IRDF.

O valor do alfa de Cronbach para os itens do IRDF no nosso estudo é de .723 e, uma vez que se trata de um estudo de investigação, considera-se recomendável, tendo em conta a classificação apresentada por Pestana e Gageiro (2003).

Tabela 6

*Estudo de estatística descritiva e consistência interna dos itens do IRDF*

Itens IRDF	M	DP	Correlação item-total	Alfa de Cronbach item eliminado
1	2.26	0.89	.070	.729
2	2.10	0.63	.104	.724
3	2.37	0.83	.231	.717
4	2.12	0.76	.171	.721
5	2.31	0.68	.241	.717
6	1.54	0.89	.069	.729
7	2.21	1.13	.033	.736
8	1.44	0.82	.412	.705
9	2.49	0.89	.219	.718
10	1.63	0.64	.496	.703
11	1.99	0.87	.056	.729
12	1.88	0.87	.065	.729
13	2.60	1.02	.331	.710
14	1.41	0.63	.423	.707
15	2.00	0.69	.475	.703
16	1.69	0.83	.318	.711
17	1.97	1.13	.103	.730
18	1.50	0.53	.388	.711
19	1.62	0.83	.447	.702
20	1.82	0.71	.251	.716
21	1.88	0.64	.132	.722
22	1.59	0.82	.318	.711
23	2.62	0.79	-.071	.736
24	1.53	0.61	.358	.711
25	1.94	0.69	.268	.715
26	1.46	0.70	.431	.706
27	1.34	0.61	.330	.712
28	1.79	0.53	.502	.706
29	1.94	0.62	-.109	.734
30	1.43	0.56	.468	.707
31	1.72	0.57	.226	.718
32	1.43	0.61	.402	.709
Total IRDF	59.62	7.94	-	-

Da análise feita do Tabela 6 podem-se observar alguns itens que funcionam menos bem no estudo da consistência interna (e.g., 1, 6, 7, 17 e 23).

Procedeu-se aos mesmos estudos para o SCORE-15. Da análise dos dados da Tabela 7 percebe-se que o item 7 “Sentimo-nos muito infelizes na nossa família” possui a média mais elevada ( $M = 3.50$ ;  $DP = 1.29$ ) e o que apresenta a menor média é o item 15 “Somos bons a encontrar novas formas de lidar com as dificuldades” ( $M = 1.71$ ;  $DP = 1.12$ ).

Tabela 7

*Estudo de estatística descritiva e consistência interna dos itens do SCORE-15*

Itens SCORE-15	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação item-total	Alfa de Cronbach item eliminado
1	1.79	1.20	.109	.631
2	3.41	1.04	.218	.613
3	2.29	1.05	.478	.576
4	3.19	1.04	.146	.623
5	3.47	1.01	.041	.636
6	2.28	1.14	.205	.615
7	3.50	1.29	.293	.601
8	2.84	1.13	.406	.584
9	2.96	1.09	.290	.603
10	2.12	1.24	-.182	.675
11	3.16	1.28	.456	.574
12	3.18	1.3	.323	.596
13	3.19	1.6	.337	.592
14	2.96	1.24	.414	.580
15	1.71	1.12	.236	.611
Total SCORE-15	2.80	0.47	-	-

Os itens do SCORE-15 na nossa amostra apresentaram um alfa de Cronbach para a escala total de .625. Para averiguar a contribuição de cada item para a consistência interna do instrumento, procedemos a um estudo da correlação de cada item com o total da escala e analisámos se a eliminação de algum dos itens do SCORE-15 poderá levar a uma melhoria do valor do alfa de Cronbach.

Da análise dos itens do SCORE-15 observamos uma correlação item-total fraca (abaixo de .30) e nalguns casos negativas (-.182), por isso considera-se que funcionam menos bem. Como tal, a remoção do item 10 traduz-se numa melhoria do valor do alfa de Cronbach, uma vez que o valor da consistência interna aumentaria para .675 caso este item fosse eliminado.

#### 4.4. Estudo comparativo: Respostas dos pais à doença dos filhos e funcionamento familiar

O teste *t* de *student* é um teste paramétrico que testa a existência ou não de uma diferença estatisticamente significativa entre as médias ajustadas de dois grupos independentes (Maroco, 2003).

Tabela 8  
Diferenças no SCORE-15 e IRDF: Resultados totais (teste *t*)

Resultado	Grupo MT (n=34)		Grupo Controlo (n=34)		<i>t</i> (66)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
	Total IRDF	60.97	8.98	58.26		
Total SCORE-15	2.71	0.44	2.90	0.49	-1.76	.091

Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, o grupo de MT apresenta resultados ligeiramente superiores no IRDF ( $M = 60.97$ ;  $DP = 8.98$ ) face ao grupo de controlo ( $M = 58.26$ ;  $DP = 6.60$ ),  $t(66) = 1.45$   $p = .162$ . Para o resultado total do SCORE-15, o grupo da MT apresenta resultados ligeiramente inferiores ( $M = 2.71$ ;  $DP = 0.44$ ) comparativamente ao grupo de controlo ( $M = 2.90$ ;  $DP = 0.49$ ),  $t(66) = 1.76$   $p = .091$ .

#### 4.5. Estudo comparativo: Variáveis sociodemográficas, familiares e hospitalares

Debruçando-nos agora sobre as variáveis relacionadas com a composição familiar, tendo em conta o número de elementos que constituem o agregado familiar e o número de filhos, os resultados apontam para inexistência de diferença estatisticamente significativas entre os dois grupos estudados. Já para a distância em relação ao hospital, encontramos uma diferença estatisticamente significativa (cf. Tabela 9).

Tabela 9  
Variáveis familiares e distância ao hospital: Teste *t*

Variáveis	Grupo MT (n=34)		Grupo Controlo (n=34)		<i>t</i> (66)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
	Agregado Familiar	4.85	2.36	4.65		
Números de Filhos	3.09	1.95	2.47	1.50	1.779	.800
Distância ao Hospital	11.44	13.20	5.03	6.09	2.570**	.012

\*\* $p < .05$

Relativamente ao agregado familiar apesar do grupo MT ( $M = 4.85$ ,  $DP = 2.36$ ) apresentar resultados equivalentes ao grupo de controlo ( $M = 4.65$ ,  $DP = 1.95$ ), a diferença não foi estatisticamente significativa,  $t(66) = 3.348$ ,  $p = .697$ .

Quanto ao número filhos, ainda que o grupo MT tenha em média mais filhos ( $M = 3.09$ ,  $DP = 1.95$ ) em comparação com o grupo de controlo ( $M = 2.47$ ,  $DP = 1.50$ ), o resultado do teste *t* não foi estatisticamente significativo  $t(66)$ ,  $p = .800$ .

Os resultados relativos à variável distância ao hospital, evidenciam uma maior distância para grupo MT ( $M = 11.44$ ,  $DP = 13.20$ ) em relação ao grupo de controlo ( $M = 5.03$ ,  $DP = 6.09$ ), sendo que os resultados alcançam uma diferença estatisticamente significativa,  $t(66) = 2.570$ ,  $p = .012$ .

No sentido de proceder a um estudo comparativo entre os dois grupos para a variável área de residência, NSE, escolaridade da mãe, e tempo de

hospitalização previsto, procedeu-se a um teste de *Qui-Quadrado*.

Tabela 10  
*Variáveis sociodemográficas e tempo de hospitalização: Teste do Qui-Quadrado*

Variável	Grupo MT (n=34)		Grupo Controlo (n=34)		$X^2$	p	
	N	%	n	%			
<b>Área de Residência</b>	Centro cidade	10	29.4	11	32.4	2.48	.727
	Arredores/Bairro	20	58.8	20	58.8		
	Aldeia/Quimbo	1	2.9	1	2.9		
	Comuna/Sede	0	8.8	1	2.9		
	Outro	3	-	1	2.9		
<b>NSE</b>	Baixo	22	64.7	22	64.7	.000	1.000
	Médio	12	35.3	12	35.3		
<b>Escolaridade Mãe</b>	1ºciclo	4	11.7	5	14.7	9.421	.503
	2ºciclo	7	20.6	9	23.6		
	3ºciclo	10	29.4	9	26.4		
<b>Tempo de Hospitalização</b>	Secundário	9	29.4	8	23.4	5.407	.067
	Superior	2	5.9	3	8.8		
	4-7	5	14.7	4	11.8		
	+ de 7 dias	0	-	5	14.7		
	Indefinido	29	85.3	25	73.5		

De igual modo, os resultados apresentados na Tabela 10 relativamente à área residência não são estatisticamente significativos entre os dois grupos,  $X^2 = 2.48$ ,  $p = .727$  o que permite concluir que existe uma equivalência entre ambos os grupos.

No que concerne ao NSE, os resultados também não são estatisticamente significativos entre o grupo MT e o grupo de controlo,  $X^2 = .000$ ,  $p = 1.000$ , com um total de equivalência entre os grupos para esta variável.

Importa salientar também que os resultados apresentados nas variáveis escolaridade da mãe e o tempo de hospitalização não são estatisticamente significativos entre os dois grupos. Sendo para a escolaridade da mãe,  $X^2 = 9.421$ ,  $p = .503$  e para a variável tempo de hospitalização  $X^2 = 5.407$ ,  $p = .067$ .

## V – Discussão

Tratando-se de um estudo exploratório sobre o recurso à medicina tradicional na pediatria em contexto angolano, os resultados deste estudo devem ser analisados de forma cautelosa, uma vez que é o primeiro estudo nesta área.

Este estudo, de carácter exploratório, pretende comparar dois grupos, sendo um de controlo e outro de MT. Os dados recolhidos mencionados foram obtidos de acordo com a aplicação de instrumentos (Questionário Sociodemográfico, Questionário Complementar e nos resultados totais do Inventário de Resposta dos Pais a Doença dos Filhos (IRDF) e o *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation-15* (SCORE-15).

A MT, em Angola, é de grande relevância uma vez que faz parte da própria cultura africana, na medida em que antes da colonização angolana, os

povos praticavam unicamente a MT. Nesta conformidade, grande parte da população angolana é composta por inúmeros grupos étnicos *Bantu* e não *Bantu*, dando realce a esta prática. A MT, em muitas partes de Angola, tem sido caracterizada pelas plantas medicinais, particularmente no sul de Angola (Melo, 2005). Assim, para algumas famílias Angolanas o tratamento na base da MT é visto como sendo uma prioridade na resolução de problemas ligados à saúde. Para algumas famílias angolanas, quando um filho está doente muita das vezes é motivo para fazerem recurso ao tratamento tradicional, principalmente, nas comunidades rurais, sobretudo, a medicina convencional, ao contrário da tradicional, é que constitui o recurso alternativo para o tratamento dos males e das doenças (Estermann 1957; Melo 2009).

Num primeiro momento abordaremos as questões ligadas à **caracterização da amostra**. É de realçar que todas as respondentes do nosso estudo são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e 36 anos de idade. Os resultados apresentados estão de acordo com a realidade angolana, uma vez que é particularmente a figura materna que acompanha os filhos às consultas médicas. Em geral, a sua tarefa principal consiste em cuidar do lar, do marido e dos filhos (Melo, 2007).

Relativamente ao funcionamento familiar, foco central do nosso estudo, observou-se que o agregado familiar da MT tem maiores dimensões comparativamente ao grupo de controlo, apesar de não representar uma diferença estatisticamente significativa. Parece-nos fazer sentido, uma vez que as famílias angolanas são extensas, isto é, com muitos filhos, daí recorram à MT. Esta situação por vezes promove o regresso de famílias às suas zonas de origem, já que nas cidades onde vivem, a medicina erudita nem sempre resolve os problemas de saúde. É por esta razão que os resultados demonstraram uma maior coabitação no grupo das MT. Muitos são os casos em que os familiares (pais, irmãos, tios, etc.) ou vizinhos aconselham o recurso à MT tão logo que observam uma doença que considerem de origem tradicional (Goya, 1994).

Quanto à etnia, conforme o seu modo de vida, as zonas de localização dos grupos étnicos mencionados apresentam algumas diferenças, nomeadamente, na linguagem (Melo, 2007). Acresce que tais diferenças decorrem do processo de socialização do indivíduo, dos laços que estabelece com os outros (dentro e fora do grupo) e do grau de participação nos rituais que, muitas das vezes, são praticados no seio familiar/grupo ou com quem se relaciona. Para os indivíduos urbanizados, decorre, muita das vezes, do seu interesse (Melo, 2009; Oliveira, 1985).

A compreensão da força tradicional e cultural no meio de alguns grupos étnicos ainda persiste, com as suas práticas relativamente aos cuidados de saúde primários. Fatores como a identidade e a especificidade dos grupos etnolinguísticos que constituem o mosaico cultural angolano (Estermann, 1957). Neste estudo não se alcançou o limiar de significância estatística em relação à área de residência, o que nos leva a refletir acerca da influência da tradição cultural no contexto angolano (Melo 2005). Daí um número maior de pessoas a recorrer a estas práticas com muita frequência. Neste contexto, leva-nos a refletir acerca da influência da desarticulação das relações entre as sociedades locais, bem como, a constituição dos grupos. Angola é um país que viveu mais de 30

anos de guerra, que originou o deslocamento de muitos populares das suas zonas de origem para as grandes cidades mas, não obstante este fator, as pessoas que se deslocaram não deixaram os seus misticismos, crenças, valores e cultura. No que ao nível de escolaridade diz respeito, maioritariamente os sujeitos da nossa amostra têm um nível baixo de escolaridade, provavelmente poderá estar na base do recurso à MT, uma vez que se verifica ainda um nível elevado de analfabetismo na população angolana e de pobreza. A MT é utilizada tanto no meio rural como no meio urbano, dado que em Angola as zonas estão muito próximas umas das outras. Apesar de, nos meios urbanos, ser muito difícil a verificação do recurso a MT.

A área de residência é um dos aspetos que concorrem para o nível socioeconómico baixo. É importante analisar esta variável, uma vez que os nossos resultados apresentaram uma percentagem elevada de sujeitos que residem nos arredores da cidade. Esta percentagem alta explica-se pelo facto de durante o conflito armado ter havido um êxodo populacional no sentido campo-cidade.

Quanto ao tipo de habitação, que é muitas das vezes reflexo da área de residência, os resultados indicam que, dos 68 sujeitos da amostra 51.5%, encontram-se a viver em casas de adobe. Estes indicadores observados parecem ser congruentes com o facto das pessoas que residem nestes tipos de habitações mais precárias serem as que mais recorrem à MT (Oliveira, 1985).

Quanto ao motivo do recurso à MT, neste grupo a maior parte das participantes da nossa amostra são motivadas pelos fatores culturais e crenças. Estes resultados levam-nos a refletir acerca da influência da tradição cultural em distintas doenças (Noronha, 2000; Oliveira, 1985). A colonização conduziu à descaracterização da cultura tradicional e à independência de muitos países africanos, incluindo Angola, baseada em ideologias marxistas, acabou por exercer pressão no sentido da sociedade abraçar a modernidade, o que implicou um combate à tradição.

Relativamente ao nível de escolaridade, observou-se neste estudo que a amostra MT tem um nível de escolaridade mais elevado. Os dados do presente estudo são congruentes com a literatura apresentada, isto quer dizer que o recurso à MT não é só feito pelas famílias mais pobres ou com níveis mais baixos de educação para o combate a doenças (Almeida, 1994). Desta feita, a educação tradicional no meio rural coexiste com a educação oficial e apresenta as seguintes características: realiza-se de forma espontânea, informal, por imitação e diferenciada por género; de natureza comunitária, ou seja, ligada às situações da vida quotidiana, visa preservar a identidade cultural e capacitar para a vida social/comunitária (Oliveira 1985). A percepção que uma determinada comunidade/famílias tem de cada doença como (e.g., malária) faz com que a decisão de tratar a mesma seja feita com recurso à MT (Krapp & Longe, 2001). Em muitas etnias o tratamento de múltiplas doenças é feito, muitas das vezes na base de um único medicamento (e.g., cura tudo) (Lévi-Stauss, 1985).

Denotou-se que o grupo de MT apresentava mais mães com níveis de escolaridade mais elevada. Todavia, não foram alcançados resultados estatisticamente significativos, o que poderá ser interpretado atendendo ao facto da cultura representar ainda uma situação muito comum no meio de muitas famílias angolanas e não só.

Portanto, embora as questões do NSE possam estar implícitas, não são os únicos fatores que estão na base do recurso à MT. Associado à pobreza, fatores culturais, encontramos, muitas das vezes, o uso dos medicamentos naturais como principal recurso para a cura (Melo 2005; Noronha, 2000). A crença no poder dos terapeutas tradicionais e no poder dos medicamentos, e por vezes, a ausência de hospitais, desconfiança dos profissionais da medicina erudita, a insegurança condicionada pelo ambiente hospitalar, pelas regras hospitalares, pela imposição da figura dos médicos, pela ignorância destes relativamente à cultura e às crenças dos pacientes e pelo seu desrespeito às suas regras de comportamento e relações sociais, enfim, os próprios mitos criados em torno de práticas hospitalares (como as injeções e o uso de agulhas) condicionam, também, o recurso à medicina convencional (Melo, 2009). Os hábitos alimentares, os padrões de tratamento infantil, as práticas religiosas, os tratamentos médicos tradicionais, entre outros, têm sido considerados fatores críticos (Estermann 1957; Vale, 1996).

Em Angola são frequentes as famílias que procuram a solução dos seus problemas ligados à saúde e com base no tratamento tradicional. Este fenómeno acontece principalmente quando não conseguem solução nos hospitais. A procura da MT está também associada ao NSE, de algumas famílias pois quanto mais dificuldades socioeconómicas, mais dificuldades para aceder ao hospital (Melo 2005; Oliveira, 2005). A pobreza e a baixa escolaridade são considerados como fatores que podem influenciar o recurso à MT com maior predominância naquelas famílias que vivem em situação económica desfavorável (OMS, 2002).

Num segundo momento, consideramos pertinente o comentário acerca das reflexões sobre os **resultados alcançados, particularmente na área da MT**.

Relativamente ao tratamento de MT, observa-se que estes variam de acordo com as patologias das crianças. Os resultados encontrados levam-nos a refletir que os terapeutas tradicionais conhecem o valor da plantas medicinais bem como, as diversas patologias que têm de ser tratadas com recurso à MT (Goya, 1994).

Quanto ao diagnóstico feito pelos terapeutas tradicionais, atendendo ao facto de dentro de uma mesma sociedade coexistirem também diferentes doenças, o que inclui uma multiplicidade de concepções sobre o tratamento. Por esta razão, nem sempre os resultados revelaram correspondência nos diagnósticos e tratamentos feitos entre os profissionais da MT.

Apesar da diversidade de diagnóstico da MT, sublinha-se que, além de habitarem em áreas adjacentes, os mesmos constituem grupos sociais aparentados quer pela via dos usos e costumes (alguns tabus de contexto de participação social, determinadas práticas de curas e diagnósticos), quer pela língua, e ainda por outros traços que os caracterizam (terapeutas tradicionais). A cultura facilita a deslocação aos tais centros de cura, quer na acessibilidade, quer pelo dinheiro a pagar no fim do tratamento tradicional (Melo, 2007).

O tratamento MT caracterizado principalmente na base de plantas, desde a procura de outras novas condições de vida até às deslocações forçadas pela recém terminada guerra civil em Angola, qualquer das plantas mencionadas ultrapassa os limites dos tratamentos das mais diversas doenças nos espaços rurais, urbanos, e grupos étnicos. Aqui, em contacto estreito com a cultura local e não só, as suas referências culturais vão-se transformando. Com efeito, observam-se no

desempenho dos seus rituais de tratamento, alterações marcadas por uma não uniformização dos usos e costumes (Estermann 1957; Melo 2009).

Os resultados encontrados na literatura de que temos conhecimento, até à presente data, fornecem evidências embora preliminares de que, a fixação dos preços dos medicamentos, embora respeitando as regras de uma economia de mercado, deve ser entendida como uma das razões da procura dos serviços de MT (Melo, 2005).

Ainda que muitas zonas no contexto angolano não estejam urbanizadas, o recurso à MT tem sido por indicação dos vizinhos, uma vez que muitos deles são considerados como família. Entre os profissionais de saúde (e.g., enfermeiros e médicos estrangeiros e nacionais) é ponto assente que a hospitalização de pacientes (crianças) que tenham recorrido à MT ocorre já em situações críticas (Melo, 2009; Oliveira 1985).

No que diz respeito aos estudos de **análise de itens e de consistência interna do SCORE-15**, o valor do alfa de Cronbach para este estudo (.625) indica um valor baixo de consistência interna, distante do valor obtido no estudo de validação da versão portuguesa do SCORE-15 de .88 (Mendes, 2011). Comparativamente os estudos realizados em Portugal, alguns dos nossos itens dos instrumentos revelou-nos um funcionamento menos ajustado para a realidade angolana (Mendes, 2011). Os valores podem indicar que o item não tenha sido bem percebido pelos dois grupos, por razões linguísticas e culturais.

Um funcionamento familiar menos adequado pode levar a que algumas famílias, e a não solução nos hospitais da doença dos seus filhos, a recorrer ao tratamento tradicional, como forma de cura para salvar o seu filho (Vale, 2996). Relativamente ao funcionamento familiar para os dois grupos, vemos que os valores elevados se encontram no grupo da MT. Isto leva-nos a dizer que o funcionamento familiar é influenciado pela preocupação das mães face à doença dos filhos, o que nos leva a discutir que o funcionamento familiar está muito relacionado com a doença dos filhos (Oliveira 1985 & Estermann, 1957).

Neste sentido, o item 7 do SCORE-15 “Sentimo-nos muito infelizes na nossa família”, apresenta a maior média na nossa amostra, o que nos leva a deduzir que a família não funciona bem e pode apresentar uma certa limitação na comunicação e autoestima entre os seus membros, sobretudo com os filhos pequenos e, principalmente, pelo facto de terem filhos doentes. Sendo assim, numa família de difícil comunicação, pode haver falta de atenção e autoestima.

No referido estudo, a pontuação mais baixa no SCORE-15 foi obtida no item 15 “Somos bons a encontrar novas formas de lidar com as dificuldades”. Estas famílias podem também revelar uma dificuldade em encontrar formas de lidar com a doença dos filhos. Isto mostra que nestas famílias não existe uma boa comunicação entre eles. A cultura *Bantu* representa a marca específica das populações da África negra e tem grande influência na vida comunitária em Angola, em particular no contexto rural, ainda relativamente preservado da influência cultural resultante da colonização, da modernização e da globalização. Este resultado leva-nos a refletir acerca da influência que ainda existe na sociedade angolana. Por outro lado, em algumas culturas em Angola, principalmente nas famílias em que os pais exerciam um cargo de dirigentes (*Soba*) tradicionais são passados, muitas das vezes, os valores culturais de uma

geração em geração sobre as práticas de cura e os saberes relativos às etiologias das doenças, com as indicações referentes à localização de plantas medicinais (Williams, 1996; 1987; Martins, 1994).

Neste estudo, apesar de não alcançar o limiar de significância estatística, a MT apresenta um resultado ligeiramente mais elevado em todas as variáveis estudadas, contrariamente ao grupo de controlo.

Todavia, nas **variáveis sociodemográficas, familiares e hospitalares** também não foram alcançados resultados estatisticamente significativos, o que poderá ser interpretado atendendo à falta de muitas unidades hospitalares próximo nas zonas de origem destas famílias.

Uma **limitação deste estudo** prende-se com o facto de, tanto no IRDF como no SCORE, bem como questionário complementar haver questões que não foram muito bem compreendidas por parte das mães. Por esta razão, pode dar-se o caso das respondentes não terem percebido a essência dos itens, pois algumas das mães não comunicavam fluentemente em português. Por exemplo, no IRDF no item 3 “Não estou preparado(a) para viver a experiência da doença do meu filho”, item 5 “Cada dia que passa parece uma eternidade”, item 10 “A doença do meu filho foi castigo de Deus”, item 13 “Tenho medo que o meu filho fique deficiente”, item 17 “A minha vida sexual piorou” e o item 21 “Receio que estejam a fazer experiências com o meu filho” por um lado. Por outro lado, no que diz respeito, à literatura tivemos alguma dificuldade em encontrar material de apoio devido à falta de estudos sobre a MT em Angola. Outra limitação é a dificuldade de comunicação nas línguas nacionais, particularmente desta província (*Nyaneka-Nkhumbi*). Uma outra é, o facto da recolha da amostra ter sido feita em apenas uma instituição, cujas utentes poderão acabar por não serem representativas da população angolana.

Neste sentido, sugere-se como estudos futuros a adaptação e validação do IRDF e SCORE-15 para a população angolana, no sentido de se poderem adaptar os referidos itens à realidade angolana.

O tamanho da nossa amostra pode ser como um aspeto a melhorar futuramente por aqueles que eventualmente vierem a seguir esta área de investigação.

## VI – Conclusões

O estudo aqui apresentado representa os primeiros passos na abordagem da MT, no contexto pediátrico, em Angola. Acreditamos que este estudo pode encorajar futuras investigações nesta área. De acordo com a literatura podemos conceptualizar a necessidade de aprovação de políticas para regulamentação das práticas da MT, pois as práticas e as formas de MT constituem um problema para a sociedade angolana em geral, e de forma particular, do Lubango (pediatria).

Não podemos omitir, em jeito de reflexão final, que para algumas pessoas esta prática é vista como curativa. O recurso à MT tem sido uma prática muito frequente em Angola, particularmente na província da Huila. Estas práticas têm levado muitas pessoas ao exercício desta prática profissional nomeadamente,

terapeutas tradicionais e até os familiares da criança (Melo, 2005; Oliveira, 1985).

Neste sentido, podemos afirmar que a prática de recurso à MT acarreta vários fatores de risco, principalmente em crianças, e está muito relacionada com aquilo que é o funcionamento familiar da sociedade angolana. Deste modo, sugere-se a necessidade de mais investigações no sentido de melhorar as práticas da MT, principalmente para entendermos a complexidade da MT no caso concreto da sua utilização com crianças.

O maior contributo deste estudo relaciona-se sobretudo com o facto de terem sido dados os primeiros passos na área da MT em Angola e, em particular, na pediatria.

Adicionalmente, para a importância da problemática da MT, para a relevância de uma articulação mais próxima entre a investigação e o modo da sua utilização, no sentido de ir resolvendo problemas sociais.

Concluindo, este projeto poderá proporcionar informações pertinentes e interessantes para os profissionais de saúde para a sua prática clínica, mais concretamente para a uma melhor compreensão das questões relacionadas com a MT, ou seja, os tipos de tratamento efetuados pelos terapeutas tradicionais. Assim sendo, os conhecimentos da cultura e a doença por parte destes profissionais podem ajudar a perceber melhor a doença fundamentalmente na compreensão, interpretação dos sintomas das “didas” doenças tradicionais.

O presente estudo lança o desafio de se continuarem a realizar investigações que possam revelar mais sobre a MT na realidade angolana. É deste modo que pretendemos incentivar futuras investigações nesta área da MT em contexto hospitalar.

## Bibliografia

- Almeida, E. L. (1988). *Medicina hospitalar/medicina extra-hospitalar* (Dissertação de Mestrado não publicada em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.
- Almeida, J. L. N. (1994). *Os Valores culturais e a relação médico doente*. Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos.
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia de investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Alves, M. A. (1997). *As práticas populares de cura no povoado de matinha dos pretos*. (Tese de doutoramento não publicada em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Ba, A. H. (1972). *Aspects de la civilisation Africaine*. Paris: Présence Africaine.
- Barnes P. B. B. N. R.L. (2007). *Utilização medicina complementar e alternativa entre adultos e crianças*. Estados Unidos: CDC Nacional de Saúde Relatório de estatísticas 2008.
- Carvalho, A. M. R. (1994). «Bruxa» e «Mulher de virtude» na Aldeia –Doenças, Crença e Cura: Uma Viagem ao Universo Cultural Aldeão. Forum Sociológico, 4, Lisboa.
- Castanheira, N. (1979). Curandeiros espiritistas: Desmascarar a mentira, educar o homem. *Tempo*, 474, 10-12.
- Cruz, D. (1910), *Em terras de Gaza*. Porto: Beira
- Estermann, C. (1957). *Etnografia do Sudoeste de Angola, Grupo Étnico Nhaneka-Humbe*, vol. II, Memórias Série Antropológica e Etnológica s. l., Ministério do ultramar, Junta de Investigações do Ultramar.
- Estermann, Carlos (1960). *Etnografia do Sudoeste de Angola. Grupo Nhaneka-Humbe*.Lisboa: Junta de Investigações do Ultramar.
- Ferreira, J. (2001). A saúde em comprimidos: Influências socioculturais na interpretação de sintomas e terapias medicamentosas em uma vila de classe popular de Porto Alegre. *Saúde em Debate*, 25(59), 67-72.
- Fontes, A. L., & Sanches, J. D. (2000). *Medicina popular Barrosã. Ensaio de antropologia médica* (2ª ed.). Lisboa: Editorial Notícias.
- Foster, G. M. (1976). Disease etiologies in Non-Western Medical Systems. *American Anthropologist*, 78(4), 773-782.
- Franco, L. L. (2003). *Doenças tratadas com plantas medicinais*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Vozes.
- Graça, L (2000). *Representações Sociais da Saúde, da Doença e dos Praticantes da Arte Médica nos Provérbios em Língua Portuguesa*. Acedido em 10 de abril, de 2012, de <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos77.html>
- Goya, F. (1994). *História da medicina tradicional*. São Paulo: ArtMed Editora.
- Krapp, K. & Longe, J. L. (2004). *Manual de medicinas complementares*. Barcelona: Editora Oceano.
- Lévi-Strauss, C. (1985). *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Loyola, M. A (1982). *Médicos curandeiros*. Rio de Janeiro: Difel Editora.
- Loyola, M. A. (1984). *Médicos e curandeiros - "Conflito social e saúde"*. São

- Paulo: Defie.
- Loyola, M. A (1987). *Uma medicina de classe média. Ideias preliminares sobre a clientela da homeopatia*. Rio de Janeiro: Caderno do IMS.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Melo, R. (2001). *Efuko. Ritual de Iniciação Feminina entre os Handa no sul de Angola*. Lisboa: Ela por Ela.
- Melo, R. (2005a). *Mulher é aquela que comeu o boi. O Efuko e a construção do género no grupo da étnico Handa*. Lisboa: Ela por Ela.
- Melo, R. (2005b). *De Menina a Mulher. Indicação feminina entre os handa no Sul de Angola*. Lisboa: Ela por Ela.
- Melo, R. (2007). *Homem é homem, mulher é sapo: Género e identidade entre os Handa no Sul de Angola*, Lisboa: Edições Colibrio.
- Melo, R. (2009). *Para lá da manipulação dos espíritos. Crenças e práticas de cura entre os Handa no sul de angola*. Codesria
- Mendes, A. R. (2011). *Impacto das variáveis sociodemográficas no SCORE-15, SCORE-28 e SCORE-29: Estudo exploratório numa amostra nãooclínica* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Noronha, M. (2000). *A etnopsiquiatria na sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Letras Contemporâneas.
- Nunes, B. (1987). Sobre as medicinas e as artes de curar. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23.
- Nunes, B. (1997). *O saber médico do povo*. Lisboa: Fim de Século.
- Oliveira, E. R. (1985). *O que é medicina popular?* São Paulo: Abril Cultural Brasiliense.
- Organização Mundial de Saúde (2000). *Pautas generales para las metodologías y evaluación de la medicina tradicional*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional*. Ginebra: WHO/EDM/TRM/2002.
- Órgãos Auxiliares do Presidente da República – Casa Civil. (2012). *Política Nacional de Medicina Tradicional e Práticas Complementares*. Angola, Luanda (S/E).
- Pereira, W. R. & Bellato, R. (1997). A crise de paradigmas e a enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 6, 113-130.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (3a ed.). Lisboa: Sílabo.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família na perspectiva sistémica*. Porto: Editora Afrontamento.
- Simon, D. O. (2001). Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(2), 201-208.
- Subtil, C. L. (1995). *A família, a criança com doença grave e os pedidos expressos e cuidados de enfermagem. Subsídios a formação dos enfermeiros de saúde infantil e psiquiatria* (Tese de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Subtil, C. L., Fonte, A., & Relvas, A. P. (1995). Impacto na família da doença

- grave ou crónica em crianças. Inventário de Respostas à Doença dos Filhos. *Psiquiatria Clínica*, 16 (4), 241-250.
- Vara, L. R. A. (1996). Relação de ajuda à família da criança hospitalizada com doença de mau prognóstico num serviço de pediatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem*.
- Williams, T. (1996). *A Medicina Chinesa – Acupuntura, Plantas Medicinais, Nutrição; Chi Kung e Meditação*. Coleção Medicinas Alternativas. Editorial Estampa.

# Anexos

**Guião de Entrevista: Profissional de Medicina Tradicional****1. Identificação do Profissional**

1.1- Código: \_\_\_\_\_

1.2- Sexo M\_\_\_\_ F\_\_\_\_

1.3- Instituição

\_\_\_\_\_

1.4- Função

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.5- Formação académica

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.6- Especialidade

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.7- Anos de experiência (na área de formação)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.8- Anos de experiência (Medicina Tradicional)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.9- Motivo da escolha pela medicina tradicional. Porquê optar pela medicina tradicional? Tradição familiar (o avô, o pai), remuneração, outros fatores?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2. Características da Instituição

### 2.1- Centro médico

---

---

---

---

---

---

### 2.2- Internamento

---

---

---

---

---

---

### 2.3- Localização

---

---

---

---

---

---

### 2.4- Tipo Atendimento

---

---

---

---

---

---

### 2.5- Média de idades dos utentes

---

---

---

---

---

---

### 2.6- População alvo

---

---

---

---

---

---

2.7- Tipo de doenças mais frequentes

---

---

---

---

---

---

2.8- Meio de deslocação ao centro

---

---

---

---

---

2.9- Motivo da escolha do centro

---

---

---

---

---

---

2.10- Tipo de tratamento

---

---

---

---

---

---

2.11- Tempo previsto

---

---

---

---

---

---

### 3. Recurso à Medicina Tradicional na infância

Agora gostaria de lhe colocar diversas questões mais focadas na prática de medicina tradicional com crianças

3.1. Porque motivos os pais recorrem à Medicina Tradicional?

---

---

---

---

---

---

3.2. Em que momentos decidem recorrer à Medicina Tradicional?

---

---

---

---

---

---

3.3. Distância a que residem os utentes do centro?

---

---

---

---

---

---

3.4. Meio de deslocação para o centro é utilizado:

A pé\_\_\_\_\_

De carro\_\_\_\_\_

De mota\_\_\_\_\_

De táxi\_\_\_\_\_

Outros:\_\_\_\_\_

3.5. Quem costuma acompanhar as crianças (pais, tios, avós)?

---

---

---

---

---

---

3.6. Fatores associados ao recurso à medicina tradicional.

3.6.1. Será que o fato das pessoas viverem nas áreas rurais implica maior adesão à medicina tradicional? Porquê?

---

---

---

---

---

---

3.6.2. Será que é falta de centro de saúde mais próximo?

---

---

---

---

---

---

3.6.3. Que outros factores contribuem para esta opção?

---

---

---

---

---

---

---

---

3.7. Qual é o nível socioeconómico dos seus doentes?

---

---

---

---

---

---

3.8. Patologias infantis mais recorrentes na medicina tradicional no Lubango.

---

---

---

---

---

---

3.9. Como são feitos os diagnósticos? Sintomas?

---

---

---

---

---

---

3.10. Que tipo de tratamentos têm proposto? Em que consistem?

---

---

---

---

---

---

3.11. Tipos de plantas mais solicitadas? E em que doenças e tipo de tratamento?

---

---

---

---

---

---

3.12. Onde podem os doentes adquirir essas plantas?

---

---

---

---

---

---

3.13. Há algum acompanhamento dos doentes após a consulta e respectiva prescrição de tratamento?

---

---

---

---

---

---

3.14. Qual é aproximadamente a taxa de sucesso nos casos que acompanha?

---

---

---

---

---

---

---

---

3.15. Como explica a falha dos seus tratamentos que levam à morte das crianças?

---

---

---

---

---

---

#### **4. História, conceitos e perspectiva acerca da medicina tradicional**

4.1. Há quanto tempo existe à medicina tradicional em Angola/Lubango?

---

---

---

---

---

---

4.2. Quais os termos usados em Angola relativamente à Medicina Tradicional, e nesta região da Huíla/Lubango em particular? (por exemplos curandeiro, feiticeiro, kimbanda, bruxos, santas...).

---

---

---

---

---

---

4.3. Há diversos tipos de profissionais de medicina tradicional em Angola/Lubango? Quais? Quais os tipos e que funções desempenha cada um deles? ( por exemplos os kimbanda, curandeiro, feiticeiro...).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

4.4. Onde é que se encontram "curandeiros" com mais facilidade?

---

---

---

---

---

---

4.5. Vantagens e limitações da medicina tradicional?

---

---

---

---

---

4.6. Importância da medicina tradicional?

---

---

---

---

---

4.7. Será que a sociedade huílana/angolana está suficientemente informada sobre à medicina tradicional?

---

---

---

---

---

4.8. Qual é a visão dos profissionais de saúde face à medicina tradicional como alternativa? Justifique.

---

---

---

---

---

**Plantas medicinais utilizadas**

Figura 1. *Sunga* (estancar hemorragias)



Figura 2. Cebola do mato



Figura 3. *Chandala grande* (infecções do fígado)



Figura 4. *Kakeleta* (hepatite)



Figura 5. *Kakeleta* (doenças mentais)



Figura 6. Mangueira (diarreias)



### Cálculo NSE

#### Instruções:

- 1- Atribuir manualmente as cotações abaixo indicadas para cada um dos protocolos recolhidos.
- 2- Fazer o somatório dos 5 campos considerados (área residência, tipo habitação, características habitação, eletrodomésticos e conforto, e fonte de rendimentos)
- 3- A partir da pontuação total obtida ver aproximadamente em qual dos 3 níveis de NSE se situa o sujeito.

<b>Área de residência</b>	<b>Cotação</b>
Centro de cidade	<b>3</b>
Arredores da cidade/Bairro	<b>2</b>
Aldeia/Quimbo	<b>0</b>
Comuna/Sede	<b>1</b>

<b>Tipo de habitação</b>	<b>Cotação</b>
Apartamento	<b>2</b>
Vivenda	<b>3</b>
Pau-a-Pique/cubata	<b>0</b>
Casa de adobe	<b>1</b>

#### **Características da habitação**

<b>Divisões</b>	<b>Cotação</b>
Casa de banho	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>
Cozinha	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>

### Eletrrodomésticos e Conforto

**NOTA: A pontuação obtida neste campo deverá ser dividida por 4**  
(Pontuação máxima neste campo:  $8/4 = 2$ )

	<b>Cotação</b>
Água canalizada	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>
Gás	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>
Esgotos	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>
Frigorífico	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>
Televisão	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>
Computador	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>
Acesso a Internet	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>
Automóvel	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>

### Principal Fonte de Rendimento da Família

**NOTA: A pontuação obtida neste campo deverá ser multiplicada por 2**  
(Pontuação máxima neste campo:  $5 \times 2 = 10$ )

#### Cotação

Riqueza herdada ou adquirida -----5  
 Lucros de empresas, investimentos, ordenados bem remunerados -----4  
 Vencimento mensal fixo-----3  
 Remuneração por semana, dia, ou por tarefa -----2  
 Apoio social público (do estado) ou privado (de instituições solidariedade)---1

Pontuação mínima = 2

Pontuação máxima = 20

NSE:

<p><b>Baixo = Pontuação total entre 2 e 10</b>  <b>Médio = Pontuação total entre 11 e 15</b>  <b>Elevado = Pontuação total entre 16 e 20</b></p>
--

Tabela D1  
*Caracterização complementar da amostra*

Variável	Grupo Medicina Tradicional (n = 34)		Grupo Controlo (n = 34)		Amostra Total (N = 68)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Religião</b>						
Católica	16	47.1	15	44.1	31	45.6
Evangélica	-	-	4	11.8	4	5.9
Adventista do 7º Dia	5	14.7	3	8.8	8	11.8
Tokuista	3	8.8	2	5.9	5	7.4
Igreja Universal do R.D	3	8.8	3	8.8	6	8.8
Kimbanguista	2	5.9	-	-	2	2.9
Testemunha de Jeóva	2	5.9	-	-	2	2.9
Outra	3	8.8	7	20.6	10	14.7
<b>Tipo de habitação</b>						
Apartamento	-	-	5	14.7	5	7.4
Vivenda	11	32.4	9	26.5	20	29.4
Pau-a-pique/cubata	4	11.8	4	11.8	8	11.8
Casa de adobe	19	55.9	16	47.1	35	51.5
<b>Número de quartos</b>						
1	3	8.8	4	11.8	7	10.3
2	17	50.0	13	38.2	30	44.1
3	3	8.8	7	20.6	10	14.7
4	10	29.4	10	29.4	20	29.4
6	1	2.9	-	-	1	1.5
<b>Número de salas</b>						
0	-	-	2	5.9	2	2.9
1	30	88.2	27	79.4	57	83.8
2	4	11.8	5	14.7	9	13.2
3	-	-	-	-	-	-
<b>Número de casas de banho</b>						
0	10	29.4	3	8.8	13	19.1
1	20	58.8	26	76.5	46	67.6
2	4	11.8	5	14.7	9	13.2
3	-	-	-	-	-	-
<b>Número de cozinha</b>						
0	10	29.4	10	29.4	20	29.4
1	23	67.6	24	70.6	47	69.1
2	1	2.9	-	-	1	1.5
<b>Água canalizada</b>						
Sim	9	26.5	11	32.4	20	29.4
Não	25	73.5	23	67.6	48	70.6
<b>Gás</b>						
Sim	26	58.8	30	88.2	56	82.4
Não	8	23.5	4	11.8	12	17.6
<b>Eletricidade</b>						
Sim-rede	20	58.8	21	61.8	41	60.3
Sim-gerador	5	14.7	5	14.7	10	14.7
Não	9	26.5	8	23.5	17	25.0
<b>Esgotos</b>						
Sim	6	17.6	13	38.2	19	27.9
Não	28	82.4	21	61.8	49	72.1
<b>Frigorífico</b>						
Sim	22	64.7	20	58.8	42	61.8
Não	12	35.3	14	41.2	26	38.2
<b>Fogão</b>						
Sim-gás/eleticidade	24	70.6	25	73.5	49	72.1
Sim-carvão/lenha	5	14.7	9	26.5	14	20.6
Não	5	14.7	-	-	5	7.4
<b>Televisão</b>						
Sim	29	85.3	25	73.5	54	79.4
Não	5	14.7	9	26.5	14	20.6
<b>Rádio</b>						
Sim	30	100	30	88.2	64	94.1
Não	-	-	4	11.8	4	5.9
<b>Computador</b>						
Sim	7	20.6	10	29.4	16	23.5
Não	27	79.4	24	70.6	52	76.5

<b>Internet</b>						
Sim	7	20.6	10	29.4	16	23.5
Não	27	79.4	24	70.6	52	76.5
<b>Meio de transporte</b>						
Automóvel	7	20.6	8	23.5	15	22.1
Motorizada	8	23.5	3	8.8	11	16.2
Bicicleta	2	5.9	1	2.9	2	2.9
Automóvel e bicicleta	1	2.9	1	2.9	3	4.5
Nenhum	16	47.1	21	61.8	37	54.4
<b>Profissão pai</b>						
Alfaiate	-	-	1	2.9	2	2.9
Balconista	-	-	2	5.9	2	2.9
Bancário	-	-	2	5.9	2	2.9
Camionista	1	2.9	-	-	1	1.5
Carpinteiro	3	8.8	1	2.9	4	5.9
Electricista	-	-	3	8.8	3	4.4
Enfermeiro	3	8.8	2	5.9	5	7.4
Estudante	-	-	2	5.9	2	2.9
Farmacêutico	-	-	-	-	-	-
Mecânico	-	-	1	2.9	1	1.5
Militar	2	5.9	3	8.8	5	7.4
Motorista	-	-	2	5.9	2	2.9
Negociante	-	-	2	5.9	2	2.9
Pedreiro	3	8.8	-	-	3	4.4
Pintor	2	5.9	-	-	2	2.9
Polícia	3	8.8	1	2.9	4	5.9
Professor	6	17.6	4	11.8	10	14.7
Secretário	-	-	1	2.9	-	-
Segurança	1	2.9	-	-	-	-
Serralheiro	-	-	1	2.9	1	1.5
Taxista	-	-	3	8.8	3	4.4
Vendedor	9	26.5	3	8.8	12	17.6
<b>Escolaridade pai</b>						
1º Ciclo	4	11.8	-	-	4	5.9
2º Ciclo	3	8.8	1	2.9	4	5.9
3º Ciclo	3	8.8	6	17.6	9	13.2
Secundário	10	29.4	21	61.8	31	45.6
Superior	11	32.4	5	14.7	16	23.5
<b>Profissão mãe</b>						
Bancária	3	8.8	1	2.9	4	5.9
Camponesa	2	5.9	-	-	2	2.9
Costureira	-	-	-	-	1	1.5
Decoradora	1	2.9	-	-	1	1.5
Doméstica	3	8.8	2	5.9	5	7.4
Enfermeira	2	5.9	6	17.6	8	11.8
Estudante	1	2.9	5	14.7	6	8.8
Farmacêutica	1	2.9	-	-	1	1.5
Negociante	8	23.5	10	29.4	18	26.5
Professora	4	11.8	3	8.8	7	10.3
Secretária	2	5.9	1	2.9	3	4.4
Vendedora	7	20.6	3	8.8	10	14.7
<b>Escolaridade mãe</b>						
1º Ciclo	4	11.7	5	14.7	9	13.3
2º Ciclo	7	20.6	9	26.5	16	23.5
3º Ciclo	10	29.4	9	26.4	19	28
Secundário	9	6.5	8	23.4	17	25
Superior	2	5.9	3	8.8	5	7.5



## INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES

A presente investigação insere-se no âmbito de uma tese de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, Sub-especialidade Sistémica, Saúde e Família um protocolo de cooperação entre a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e a Universidade Privada do Sul de Angola, e tem como objetivo proceder ao estudo sobre **Recurso à Medicina Tradicional com Crianças Angolanas: Estudo Exploratório no Hospital Pediátrico do Lubango**.

A colaboração de todos os participantes é **VOLUNTÁRIA**, e será absolutamente garantido o **ANONIMATO** e a **CONFIDENCIALIDADE** dos resultados. Neste sentido, não será requerida a sua identificação (nome) em nenhum momento da investigação e os dados serão posteriormente inseridos numa base de dados para tratamento estatístico dos dados, com atribuição de um código a cada participante.

A sua colaboração nesta investigação é da máxima importância, uma vez que permitirá proceder à validação de um questionário muito relevante para a investigação desenvolvida no nosso país. Chamamos a sua atenção para o facto de, no questionário a que vai responder, não existirem **RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS** e, ainda que algumas questões lhe possam parecer semelhantes, é fundamental que responda a todas.

**Por favor, leia com atenção todos os itens e não deixe nenhum em branco.**

A equipa desta investigação agradece, pela sua disponibilidade e colaboração neste estudo.

Caso pretenda receber algum esclarecimento adicional, por favor contacte-nos:

- Pedro Santos (Aluno de Mestrado Integrado da FPCE-UC)

E-mail: [pedroalfredo04@yahoo.com.br](mailto:pedroalfredo04@yahoo.com.br)

**CONSENTIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado sobre esta investigação, bem como das garantias de anonimato e confidencialidade. Assim, aceito responder ao protocolo que me foi apresentado.

Lubango, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 201\_\_

\_\_\_\_\_

(Assinatura)



**MI PSICOLOGIA  
FPCE-UC/UPRA  
2011/2012**

**Questionário sociodemográfico**

**Código:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Local de recolha dos dados:**

\_\_\_\_\_

**Dados de Identificação do próprio**

**Sexo:** FEM \_\_\_\_ MASC \_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_ Anos

**Nível de escolaridade** (se for adulto, escrever o último ano concluído)

\_\_\_\_\_

(se for criança/adolescente, escrever o ano que está a frequentar actualmente)

\_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Escrever a profissão exacta referida pelo sujeito)

**Estado Civil:**

Solteiro (a) \_\_\_\_

Casado(a) \_\_\_\_ Recasado: Sim \_\_\_\_/Não \_\_\_\_

União de facto \_\_\_\_

Separado(a) \_\_\_\_

Divorciado(a) \_\_\_\_

Viúvo(a) \_\_\_\_

**Etnia:**

Nhaneca \_\_\_\_\_

Umbundo \_\_\_\_\_

Quimbundo \_\_\_\_\_

Nganguela \_\_\_\_\_

Cuanhama \_\_\_\_\_

Outras: \_\_\_\_\_

**Religião:**

Católica \_\_\_\_\_

Evangélica \_\_\_\_\_

Adventista do 7º Dia \_\_\_\_\_

Tokuista \_\_\_\_\_

Igreja Universal do Reino de Deus \_\_\_\_\_

Kimbanquista \_\_\_\_\_

Testemunhas de Jeová \_\_\_\_\_

Outra: \_\_\_\_\_

**Dados de Identificação do Agregado Familiar****Composição agregado familiar**

Parentesco *	Idade	Sexo Fem/Masc	Estado Civil	Profissão**	Nível escolaridad e

\* pai, mãe, filho(a), marido, mulher, irmã(o) da pessoa que está a completar o questionário

\*\* Incluir nesta secção: Estudante; Desempregado; Doméstica; Reformado (dizer que trabalho tinha antes da reforma e ano da reforma)

### Outras pessoas que habitam com o agregado familiar

Quem (Grau de Parentesco)*	Idade	Profissão	Estado civil	Motivo permanência

\* Por exemplo, avó(ô), tio (a), primo(a), padrinho, outros familiares, etc.

### Área de residência:

Centro de cidade \_\_\_\_\_

Arredores da cidade/Bairro \_\_\_\_\_

Aldeia/Quimbo \_\_\_\_\_

Comuna/Sede \_\_\_\_\_

Outro.

Qual \_\_\_\_\_

### Tipo de habitação

Apartamento \_\_\_\_\_

Vivenda \_\_\_\_\_

Pau-a-Pique/cubata \_\_\_\_\_

Casa de adobe \_\_\_\_\_

Outro. Qual

\_\_\_\_\_

### Características da habitação

Divisões	Número	Observações *
<b>Quarto</b>		
<b>Sala</b>		
<b>Casa de Banho</b>		
<b>Cozinha</b>		
<b>Outros</b>		

\* Exemplo: 2 filhos partilham quarto; filhos dormem na sala; toda a família dorme na sala

**Eletrodomésticos e Conforto** (assinalar com uma cruz o que houver)

Água canalizada		Observações*
Gás		
Eletricidade		
Esgotos		
Frigorífico		
Fogão		
Televisão		
Rádio		
Computador		
Acesso a Internet		
Automóvel		
Motorizada		
Bicicleta		

\*Exemplo: Eletricidade por Gerador

**Principal Fonte de Rendimento da Família**

- Riqueza herdada ou adquirida -----
- Lucros de empresas, investimentos, ordenados bem remunerados -----
- Vencimento mensal fixo-----
- Remuneração por semana, dia, ou por tarefa -----
- Apoio social público (do estado) ou privado (de instituições solidariedade) -----



Código: \_\_\_\_\_

### QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR

#### I- Dados sobre a criança:

1. Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

2. Data da Avaliação: \_\_\_\_\_

3. Idade: \_\_\_\_\_ Anos

4. Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

5. Ano Escolar: \_\_\_\_\_

6. Instituição Escolar: \_\_\_\_\_

7. Idade de Início de Frequência de Escolar: \_\_\_\_\_ Anos

8. Abandono Escolar: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

9. Em caso de abandono escolar, indicar motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### II- Dados sobre quem preenche (Familiares):

1. Parentesco: \_\_\_\_\_

2. Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Feminino \_\_\_\_\_

3. Com quem vive habitualmente a criança: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Idade do Pai: \_\_\_\_\_ Anos

5. Profissão do Pai: \_\_\_\_\_

6. Nível de escolaridade que completou o Pai: \_\_\_\_\_

7. Idade da Mãe: \_\_\_\_\_ Anos

8. Profissão da Mãe: \_\_\_\_\_

9. Nível de escolaridade que completou a Mãe: \_\_\_\_\_

### III- Dados sobre a saúde/hospitalizações:

1. Distância a que reside do Hospital: \_\_\_\_\_ Km

2. Meio de deslocação para o Hospital:

A pé \_\_\_\_\_

De carro \_\_\_\_\_

De mota \_\_\_\_\_

De táxi \_\_\_\_\_

De ambulância \_\_\_\_\_

Outro: \_\_\_\_\_

3. Número de hospitalizações anteriores: \_\_\_\_\_

4. Historial de doenças: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Data de entrada no hospital: \_\_\_\_\_

6. Motivo da hospitalização: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Início da doença: Súbito \_\_\_\_\_ Insidioso \_\_\_\_\_

8. Tipo de tratamento: \_\_\_\_\_

9. Tempo de hospitalização previsto: 1 a 3 dias \_\_\_\_\_

4 a 7 dias \_\_\_\_\_

Mais de 7 dias \_\_\_\_\_

Indefinido \_\_\_\_\_

#### IV- Recurso à medicina tradicional:

(em caso de resposta negativa à primeira questão, parar a administração do questionário)

1. Recorreu a medicina tradicional (curandeiro) antes de se dirigir ao Hospital?

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

2. A que distancia reside do profissional de tradicional (curandeiro)? \_\_\_\_\_ km

3. Em que momento da doença do seu filho decidiu recorrer a tradicional?

---



---



---

4. Diagnóstico efetuado pelos profissionais de tradicional (curandeiro):

---



---

5. Tratamento prescrito pelo profissional de tradicional (curandeiro):

---



---

6. Quantas vezes recorreu ao curandeiro antes de se dirigir ao Hospital?

Nenhuma \_\_\_\_\_

Uma \_\_\_\_\_

Duas \_\_\_\_\_

Três \_\_\_\_\_

Mais de três \_\_\_\_\_

7. Porque resolveu recorrer ao curandeiro?

---



---

8. Já recorreu anteriormente a medicina tradicional por outro motivo?

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

- 8.1. Quantas vezes? \_\_\_\_\_

- 8.2. Motivo?

---



---

**Muito obrigado pela sua colaboração!**



**INVENTÁRIO DE RESPOSTAS À DOENÇA NOS FILHOS  
(IRDF; Subtil, 1995)**

**Código da criança:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_ Anos

**Data de nascimento:** \_\_\_\_\_

**Data da avaliação:** \_\_\_\_\_

**Localidade de residência:** \_\_\_\_\_

**Instruções**

Apresentamos-lhe uma sequência de frases que correspondem a algumas das ideias que pode ter acerca da doença e situação actual do seu filho(a).

Em função do que pensa, pedíamos-lhe para assinalar com um **X**, em relação a cada uma delas se *concorda muitíssimo*, *concorda*, *discorda* ou *discorda completamente*.

**POR FAVOR, RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES!**

	Concordo Muitíssimo	Concordo	Discordo	Discordo Completamente
1. Estou incapaz de tomar decisões				
2. Já não acredito em nada				
3. Não estou preparado(a) para viver a experiência da doença do meu filho				
4. Perdi as esperanças				
5. Cada dia que passa parece uma eternidade				
6. Duvido que este tratamento seja o melhor				
7. Sinto-me confuso(a)				
8. O meu filho não está a ser tratado como devia ser				
9. Perdi o apetite				
10. A doença do meu filho foi castigo de Deus				
11. Quando começou a adoecer, devia ter ido com ele mais cedo ao médico				
12. A doença do meu filho não tem cura				
13. Tenho medo que o meu filho fique deficiente				
14. Devia ter ido com ele a outro médico ou hospital				
15. Sinto-me inseguro(a)				
16. É impossível acontecer-me isto				
17. A minha vida sexual piorou				
18. Só me podia ter acontecido isto a mim				
19. Duvido que esteja a fazer o melhor pelo meu filho nas decisões que tomo				
20. Sinto-me culpado(a) pela doença do meu filho				
21. Receio que estejam a fazer experiências com o meu filho				
22. Sinto que as pessoas se afastam de mim				
23. Preciso sempre de alguém à minha beira				
24. Mais valia não viver para não assistir à doença do meu filho				
25. Tudo isto parece-me mentira				
26. Estou desesperado(a)				
27. Não vale a pena fazer mais nada				
28. Deus é injusto				
29. Esta doença deve estar relacionada com outra que teve anteriormente				
30. A culpa foi do médico assistente				
31. A vida deixou de ter sentido para mim				
32. Não me sinto com vontade de falar com os vizinhos e amigos				

**Muito obrigado pela sua colaboração**



## Anexo I

**SCORE – Descreva a sua família****VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO**

(Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

**Pedimos a SUA OPINIÃO acerca da forma como vê a sua família actualmente. Quando dizemos “a sua família” referimo-nos às pessoas que habitualmente vivem em sua casa. Neste sentido, pedimos que reflecta sobre a família que irá descrever antes de começar o preenchimento deste questionário.**

Para cada item coloque um visto apenas num dos quadrados numerados de 1 a 5.

Se a frase “Estamos sempre a discutir entre nós” não caracteriza propriamente a sua família, deverá colocar um visto no quadrado 4 para “Descreve-nos: Mal”.



Evite refletir profundamente acerca da resposta, mas procure responder a todas as questões apresentadas.

Como diria que cada afirmação <b>descreve a sua família</b> ?	1. Muito Bem	2. Bem	3. Em Parte	4. Mal	5. Muito Mal
1) Na minha família, falamos uns com os outros sobre coisas que têm interesse para nós					
2) Na minha família, muitas vezes não se diz a verdade uns aos outros					
3) Todos nós somos ouvidos na nossa família					
4) Sinto que é arriscado discordar na nossa família					
5) Sentimos que é difícil enfrentar os problemas do dia-a-dia					
6) Confiamos uns nos outros					
7) Sentimo-nos muito infelizes na nossa família					
8) Na minha família, quando as pessoas se zangam, ignoram-se intencionalmente					
9) Na minha família, parece que surgem crises umas atrás das outras					
10) Quando um de nós está aborrecido/perturbado é apoiado pela família					
11) As coisas parecem correr sempre mal para a minha família					
12) As pessoas da minha família são desagradáveis umas com as outras					
13) Na minha família as pessoas interferem demasiado na vida umas das outras					
14) Na minha família culpamo-nos uns aos outros quando as coisas correm mal					
15) Somos bons a encontrar novas formas de lidar com as dificuldades					

**Por favor, verifique se respondeu a todos os itens**