

UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Faculdade de Medicina

**AUTO-EFICÁCIA EM PESSOAS COM
DIABETES MELLITUS TIPO 2
INSULINOTRATADAS**

MARIA CÉLIA LOURENÇO PATRÃO

Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre
em Saúde Pública, apresentada à Faculdade
de Medicina da Universidade de Coimbra

COIMBRA 2011

Ao João Rodrigo e ao Luís Bernardo,
pelas minhas ausências...

AGRADECIMENTOS

Quero prestar o meu reconhecimento ao Professor Doutor João Relvas que desde o início se disponibilizou a orientar a presente tese, com o seu incentivo na área da Psicologia e toda a sabedoria como profissional de saúde.

Quero prestar também o meu profundo reconhecimento e agradecimento á Exma. Sra. Prof. Doutora Manuela Carvalheiro pela sua capacidade de trabalho e amizade, apoiando-me e disponibilizando os seus serviços como co-orientadora na elaboração e concretização da tese.

A toda a equipa do serviço de Endocrinologia do Hospital da Universidade de Coimbra o meu agradecimento pelo bom acolhimento que tive aquando da recolha de dados. Não posso também esquecer todos os utentes com diabetes que comigo colaboraram e sem os quais o meu trabalho não se poderia concretizar. Foram deveras altruístas e delicados, o que muito me sensibilizou!

Ao Prof. Dr. Massano pela partilha na área da investigação.

Á Prof. Doutora Margarida Caramona, que desde há alguns anos se cruzou comigo nos tempos de Faculdade, mostrando o mesmo entusiasmo até então conhecido por todos nós e que me transmitiu força e capacidade de acreditar no presente estudo em prol dos doentes diabéticos.

Á Paula Pereira e á Olga, pela amizade sempre presente e pelo encorajar dum nunca desistir e dum elevar da auto-confiança.

Agradeço também todo o respeito e amizade do colega Fernando Madeira que mesmo sem nos cruzár-mos, se disponibilizou a arranjar muito do que eu precisava.

Aos meus Pais agradeço a possibilidade oferecida do dom da vida.

Aos meus filhos, quero agradecer numa forma muito sublime pelas horas roubadas e pelas lágrimas escondidas no cantinho do olho. Toda a sua compreensão, amor e carinho foram demonstradas na atitude diária de eu estar sempre nos seus corações!

Ao meu marido, pelo seu amor incondicional e por toda a cumplicidade que faz de mim também aquilo que sou hoje!

A Deus pelo compromisso sempre presente na minha manifestação de fé e que me acompanha em todos os caminhos percorridos na vida!

INDICE

RESUMO	9
ABSTRACT	11
PRÓLOGO	13
INTRODUÇÃO	16
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	24
A PSICOLOGIA DA SAÚDE	25
A DOENÇA CRÓNICA NA ACTUALIDADE	31
•Doença crónica: uma Epidemia Comportamental	33
•Repercussões da Doença Crónica	34
•Intervenção na Doença Crónica	35
•Reacção Psicológica à Doença Crónica	37
A DIABETES MELLITUS	38
•Apresentação Clínica da Diabetes Mellitus	41
•Diagnóstico da Diabetes Mellitus	41
•Classificação da Diabetes Mellitus	42
•Classificação Etiológica	43
••Diabetes Tipo 1	43
••Diabetes tipo 2	43
••Diabetes Gestacional	45
••Outros Tipos de Diabetes	45
•Complicações da Diabetes	46
•A Diabetes Mellitus tipo 2 como Doença Crónica	49
•A Diabetes Mellitus Tipo 2 : problema de saúde global	51
•Controlo e Tratamento da Diabetes Tipo 2	52

•Alimentação	55
•Exercício Físico	56
•Insulinoterapia	57
•Hiperglicemia	58
•Hipoglicemia	59
•Monitorização da glicose	60
•Monitorização da glicose no sangue	60
•Monitorização da HbA1c	61
•Monitorização contínua da glicose no líquido intersticial	63
•Factores demográficos e psicossociais na Diabetes Mellitus	64
•Representações e Cognitiones de Doença	69
•As representações e cognitiones na diabetes	71
ADESÃO À TERAPÊUTICA DA DIABETES	74
•Definição: Cumprimento ou Adesão?	75
•Factores Psicossociais associados à Adesão	79
•Complexidade da Adesão Terapêutica na Diabetes	82
•Preditores da Adesão na Diabetes	83
•Avaliação da Adesão ao Tratamento na Diabetes	84
•Adesão Terapêutica à alimentação	85
•Adesão Terapêutica ao exercício físico	86
•Adesão Terapêutica à administração de insulina	87
BARREIRAS À ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO DA DIABETES	87
•Factores associados à adesão ao tratamento	88
••Interacção médico-doente	89
••Aspectos Psicológicos associados à Diabetes	89

CONHECIMENTO SOBRE DIABETES	90
COMUNICAÇÃO NA DIABETES	92
CRENÇAS DE EFICÁCIA	93
•Auto-Eficácia	94
•Desenvolvimento das expectativas de Auto-Eficácia	98
•A Auto-Eficácia face aos constructos cognitivos	100
•Percepção de Auto-Eficácia relativa à saúde e doença	102
•Auto-Eficácia e Saúde	102
•Auto-Eficácia e Diabetes	103
MODELOS DE COGNIÇÃO SOCIAL DA SAÚDE	104
•Modelo Biopsicossocial de Engel	106
•Teoria Socio-Cognitiva de Bandura	112
•Processo de Acção para a Saúde	116
PARTE II: INVESTIGAÇÃO	119
METODOLOGIA	120
•Objectivo Geral	121
•Objectivos Específicos	123
•Questões de Investigação	124
•Análises Exploratórias	124
•Hipóteses de Investigação	124
•Análise Estatística das Hipóteses	127
MATERIAL E MÉTODOS	127
•População e Amostra	127
•Características Gerais da Amostra	129
•Caracterização Socio Demográfica da Amostra	129

••Caracterização Clínica da Amostra	130
MÉTODOS	132
•Procedimento de adaptação dos instrumentos	132
•Procedimento de colheita de dados	133
••Guião de Entrevista	134
••Escala de Auto-Eficácia relativa à Diabetes (SEDS)	135
RESULTADOS	136
INTRODUÇÃO	136
•Resultados Descritivos	137
••Adesão comportamental ao tratamento	137
•Resultados dos Testes de Hipóteses	140
•Resultados das Análises Exploratórias	147
••Impacto dos anos de doença na dificuldade da adesão ao regime alimentar, ao exercício físico, à administração de insulina, na auto-vigilância da glicemia e no cuidado dos pés	148
••Impacto idade diagnóstico e anos de doença nas complicações crónicas	148
••Impacto da idade diagnóstico e anos de doença nas complicações macrovasculares	148
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	149
LIMITAÇÕES DO ESTUDO	154
CONCLUSÃO	154

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

RESUMO

A Diabetes Mellitus é uma das primeiras causas de morbidade e mortalidade no mundo. A rápida evolução epidemiológica global registada nos últimos anos - aumento da prevalência e da incidência - leva a que a Diabetes seja considerada uma das pandemias do século XXI. De acordo com dados do Atlas da International Diabetes Federation (IDF), 5ª edição 2011, existiu uma prevalência global de 8,3% e estima-se para 2030 um valor de 9,9%. No entanto, de acordo com o Estudo de Prevalência da Diabetes em Portugal (PREVADIAB 2011; Relatório Anual do Observatório da Diabetes), a prevalência total ajustada à população em 2010 foi de 12,4%, ou seja, superior à estimativa IDF para 2030 e uma das mais elevadas da UE. Cerca de 1/3 da população Portuguesa (20-79 anos) ou tem Diabetes ou uma maior predisposição para o desenvolvimento desta doença (Pré-Diabetes): 7,0% prevalência diabetes diagnosticada e 5,4% não diagnosticada.

Constata-se assim que esta patologia está a evoluir de forma inesperada, atingindo um número não previsível de pessoas. Além disso, trata-se de uma doença crónica com elevados custos sociais e económicos. Viver com uma doença como a Diabetes Mellitus atinge todos os aspectos do quotidiano devido às exigências que impõe no estilo de vida dos indivíduos.

O trabalho que se apresenta, tem como finalidade investigar um factor cognitivo da teoria de Bandura, a “Auto-eficácia” e a sua correlação com a dificuldade na adesão terapêutica à alimentação, ao exercício físico e administração de insulina nas pessoas com diabetes tipo 2 insulino-tratadas, incluindo indicadores e variáveis sócio-demográficas.

O estudo foi desenvolvido no Hospital da Universidade de Coimbra, EPE no Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, na consulta de diabetologia, às quintas-feiras, durante os meses de Abril e Maio de 2011.

A amostra que constitui o presente estudo de investigação é de conveniência, sendo constituída por 63 pessoas com diabetes tipo 2 insulino-tratadas, com idades compreendidas entre os 20 e os 80 anos e doença diagnosticada pelo menos há um ano.

A técnica de recolha de dados realizou-se através dum *guião de entrevista semi-estruturado*, desenvolvido especificamente para este estudo e de uma “*escala de auto-eficácia-SEDS*” (Grossman, Brink & Hauser, 1987), traduzida e adaptada para Portugal por M^a da Graça Pereira e Paulo Almeida (Setembro, 2004). Esta escala baseia-se na teoria da auto-eficácia de Bandura e pretende avaliar as percepções pessoais relativas à competência, capacidades e meios para os pacientes lidarem adequadamente e com grau de sucesso, na Diabetes.

Recorreu-se a uma análise quantitativa, com estatística descritiva e correlacional para análise da escala e do guião de entrevista. O estudo efectuado foi do tipo transversal.

Os resultados constataam que os indivíduos têm níveis baixos para a auto-eficácia global e respectivas sub-escalas.

A dificuldade de adesão para o regime alimentar e exercício físico são muito elevadas (93,7% e 95,2%, respectivamente), sendo a dificuldade de adesão para a administração de insulina baixa (7,9%).

Os resultados do estudo de investigação comprovam as hipóteses formuladas.

O estudo espera contribuir para uma ponderação no que respeita à abordagem holística das pessoas com Diabetes Mellitus tipo2 insulino-tratadas. Pretendemos com isso poder respeitar a pessoa doente com todas as suas características intrínsecas, onde a auto-eficácia se assume uma componente fundamental e também única na adesão aos comportamentos de saúde!

Palavras- chave

Diabetes tipo2 Insulinotratada

Psicologia da Saúde

Auto-Eficácia

Adesão Terapêutica na Diabetes

ABSTRACT

Diabetes mellitus is one of the leading causes of morbidity and mortality in the world. The rapidly changing global epidemiology in recent years - increasing prevalence and incidence - that leads to diabetes is considered one of the pandemic of the twenty-first century. According to from the International Diabetes Federation (IDF), 5^a ediction 2011, is considered there is a global prevalence of 8.3% and for 2030 it was estimated a prevalence of 9.9%. However, according to the Study of Diabetes Prevalence in Portugal (PREVADIAB 2011), this prevalence are in 2010 12,4%, which is higher than the IDF estimates for 2030 and one of the highest in the U.S. About 1 / 3 of the Portuguese population (20-79 years) or have diabetes or have a greater predisposition for developing this disease (Pre-Diabetes): 7,0% diagnostic diabetes and 5,4% no diagnostic. There is so this condition is evolving in unexpected ways, reaching an unpredictable number of people. Moreover, it is a chronic disease with high social and economic costs. Living with a disease like Diabetes Mellitus affects every aspect of daily life due to the requirements it imposes on the lifestyle of individuals.

The work presents itself, aims to investigate the relationship between a factor of Bandura's cognitive theory, the "Self-efficacy" and its correlation with adherence to diet, exercise and insulin administration in people with diabetes type 2, including clinical indicators and socio-demographic variables.

The study was conducted at the University Hospital of Coimbra, EPE at the Department of Endocrinology, Diabetes and Metabolism, in consultation diabetology, on Thursdays during the months of April and May 2011.

The sample which constitutes this research study is convenience, consisting of 63 people with insulin treated type 2 diabetes aged between 20 and 80 years old and diagnosed with the disease for at least a year.

The technique of data collection took place through a script of *semi-structured interviews*, developed specifically for this study and a "*self-efficacy scale-SEDS*" (Grossman, Brink & Hauser, 1987), translated and adapted for Portugal by M^a da Graça Pereira and Paulo Almeida, (September 2004). This scale is based on the theory of Bandura's self-

efficacy, and intended to evaluate personal perceptions of competence, capability and means to deal appropriately with patients Diabetes.

Resorted to a quantitative analysis with descriptive statistics and correlation analysis for the scale and interview guide. The study was a cross-sectional.

The results find that individuals have low self-efficacy for the overall self-efficacy for diabetes self-efficacy for medical care. The values for the subscale of self-efficacy in general situations are slightly increased. The difficulty of adherence to diet and exercise are very high (93% and 95%, respectively), while the difficulty of adherence to medication decreased (7%).

The study results confirm the research hypotheses. The study hopes to contribute to a weighting in relation to the holistic approach of people with insulin treated type 2 diabetes mellitus. We intend to comply with this can the sick person with all its merits where the self-efficacy is assumed a key component as well, only adherence to health behaviors!

Keywords

Insulintreated Diabetes type 2

Health Psychology

Self-Efficacy

Accession Therapy in Diabetes

PRÓLOGO

Ao terminar o liceu, no final da década de 80, a possibilidade de continuar os estudos a um nível superior ingressando no Curso Superior de Ciências Farmacêuticas da Universidade de Coimbra, foi encarada como um desafio entre uma perspectiva de futuro e uma actividade que me remetia para o campo das “relações humanas” na área da saúde.

Seis anos depois, ao concluir os estudos universitários, comecei de imediato a trabalhar numa Farmácia como Farmacêutica de 1º Ano. Passados oito meses desta primeira aventura laboral, pois era bastante nova e sem experiência alguma, fui convidada para assumir a Direcção Técnica Adjunta numa outra Farmácia, bastante maior e com um grande desafio pela frente. Seria então, a perspectiva de poder conceptualizar a ideia de “chefia”, pois eu era a responsável máxima da Farmácia na altura. Neste contexto, onde a aprendizagem era uma constante, tanto a nível farmacêutico como no campo do desenvolvimento das relações humanas (dizia alguém: se souberes o quanto custa saber mandar, quererás ser mandado toda a vida...), passaram dois anos e meio de já alguma experiência de vida profissional muito intensamente vividos.

Como sempre me considerei, e considero, uma Pessoa de sorte, aos 27 anos tive a oportunidade de comprar Farmácia, o maior sonho até então esperado!

A dimensão psicológica, que já desde o liceu merecia muito a minha atenção e interesse, seria então metida à prova. Eu, como Farmacêutica por livre opção poderia agora dar tudo o que a vida me proporcionou, avaliando os seres humanos na perspectiva da saúde, mas sempre apoiada na área comportamental, para melhor compreender as suas queixas.

Os meus conhecimentos de Psicologia são elementares, mas existe um grande fascínio pelas áreas da Psicologia Social e Psicologia da Saúde. A actividade de interface entre a Psicologia e a Medicina, pelo seu carácter inovador, coloca-nos permanentemente um conjunto de desafios que exige uma permanente aprendizagem de aptidões e competências, o que me satisfaz em pleno, pois sou uma pessoa de valores bem assumidos e onde os objectivos de vida passam sempre por grandes desafios. A minha ética profissional e a minha conduta permitem-me tentar visualizar o ser

humano no seu todo, não tendo por isso uma visão mecanicista da pessoa doente.

Durante dezassete anos, dediquei-me intensamente à Farmácia e dum modo muito peculiar, que me é próprio, aos utentes. Os Cuidados com os doentes crónicos sempre despertaram interesse no decorrer da minha actividade profissional. Da realidade percebida, pude constatar uma grande dificuldade na adesão terapêutica ou mesmo a não adesão. Sempre presenciei a expectativa dos profissionais de saúde e do paciente na melhoria dos comportamentos em saúde, mas com resultados pouco encorajadores!

A minha motivação pela área comportamental tem sido uma preocupação constante pois seduz-me poder saber que além do medicamento e da educação em saúde, todos pretendemos “ conscientizàr-mo-nos” daquilo que mais precisamos, mas que não sabemos qual o caminho a seguir e qual o grau de auto-conhecimento sobre as nossas “limitações” ou “virtudes” para sermos saudáveis e felizes.

As pessoas com diabetes são, sem dúvida, pessoas envolvidas num grande sofrimento que pode não ter caminho de volta. A gravidade da doença relativamente às complicações circulatórias (macro e microangiopatias), ou neurológicas (neuropatias periféricas e autonómicas) e o elevado índice de mortalidade, fez-me reflectir dum modo muito sério, preciso e humano. Ao ter a possibilidade de ingressar no Mestrado em Saúde Pública e constatando que a epidemia do século é a Diabetes, imediatamente senti uma enorme vontade em contribuir, mesmo que numa forma modesta, na ajuda a este tipo de pacientes. A oportunidade de escuta sobre as dificuldades e anseios dos pacientes, o grau de auto-conhecimento efectivo que cada um possui e sua relação com a doença, as capacidades sócio-cognitivas geradas pela motivação pessoal, são aspectos que terão que ser valorizados e decisivos para o aumento da adesão à terapêutica. A autonomia das pessoas com diabetes parece ainda, estar pouco conhecida e elucidada. Segundo CAMPOS (1994): “...faria parte de qualquer processo terapêutico todo um esforço voltado para aumentar a capacidade de autonomia do paciente, para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, das suas relações com o meio social e, em consequência, da capacidade de cada um

em instituir normas que lhe ampliem as possibilidades de sobrevivência e qualidade de vida... “.

Observamos, de maneira rotineira, a assistência passiva dos pacientes acompanhados nos serviços de saúde pelos prestadores de cuidados. Descaracterizam-se as noções de sujeito e de autonomia, atitudes que devem ser reforçadas na presença de doenças crônicas para aumento de ganhos em saúde do paciente.

Ao ler diversos artigos sobre a variável “auto-eficácia” que condiciona ou liberta para comportamentos em saúde, decidi explorar aquela matéria no que respeita às pessoas com diabetes tipo2 insulino-tratadas, relativamente a questões que são pertinentes ao indivíduo diabético e que podem ajudá-lo a entender a doença. Porém, esses conhecimentos devem ser reconhecidos pelos pacientes como factores de motivação à mudança para assumir significado nas suas vidas.

No contexto dessas inquietações e reflexões insere-se o presente estudo de investigação, onde se implementa um trabalho voltado para uma visão holística do indivíduo que prevê uma melhoria acentuada na adesão terapêutica ao regime alimentar, ao exercício físico e à administração de insulina.

INTRODUÇÃO

Estudos epidemiológicos têm, nas últimas décadas, demonstrado alterações significativas no quadro de saúde das populações. Através da análise dos determinantes de saúde, assistimos mundialmente, à emergência das doenças crónicas intimamente associadas a mudanças profundas nos estilos de vida (Sanmarti, 1985). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO), a principal causa de incapacidade no mundo até 2020 serão as doenças crónicas (onde se inclui a Diabetes Mellitus) que, se não forem bem geridas, representarão a maior sobrecarga para os sistemas de saúde (80% da carga de doença nos países em desenvolvimento será consequência das doenças crónicas). Para além disto, reflectem-se no bem-estar individual, tornando-se num grave problema de Saúde Pública (WHO, 2002).

A Diabetes é uma das doenças crónicas com maior potencial de sofrimento, de risco de várias incapacidades e de morte. Assim, pode causar consideráveis incapacidades físicas, emocionais e sociais, que modificam profundamente as várias dimensões da vida das pessoas. Em termos de custos, directos e indirectos é também uma das mais elevadas aos níveis individual e social. A sua incidência é tal que está a atingir proporções epidémicas em todo o mundo, incluindo o nosso País. A prevalência da Diabetes Mellitus tem-se elevado vertiginosamente, sendo considerada uma das principais doenças crónicas que afectam o homem contemporâneo, acometendo populações de Países em todos os estágios de desenvolvimento socioeconómico. Os números são conhecidos e assustadores: actualmente estima-se que 366 milhões de pessoas em todo o mundo sofram desta patologia, valor que em 2030 deverá atingir os 552 milhões de pessoas (Atlas IDF, edição 2011). Em Portugal as projecções apontam para 991mil diabéticos: cerca de 1/3 da população portuguesa (20-79 anos) ou tem Diabetes ou uma maior predisposição para o desenvolvimento desta doença (PREVADIAB-SPD, Relatório anual do observatório da Diabetes ,2011). Uma em cada vinte mortes que acontecem, cerca de 8700 mortes por dia, 6 mortes por minuto e ainda pelo menos uma de dez mortes nos adultos com idade entre 35-64 anos

são atribuídas à Diabetes. Esta patologia está na lista das cinco doenças de maior índice de morte no mundo.

Poder-se-á dizer que existe uma epidemia mundial da Diabetes, especialmente do tipo 2, (que representa cerca de 90% de todos os tipos de Diabetes) a qual é em grande parte consequência do estilo de vida caracterizado pelo aumento (também epidémico) da obesidade, pelo sedentarismo e por uma dieta excessivamente rica em energia. Aqui, será de salientar que o envelhecimento das Populações é um factor de risco de suma importância a nível Europeu!

A prevalência ajustada da Diabetes à população Portuguesa, em 2010, foi de 12,4%, com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (PREVADIAB 2011). Os dados tiveram em conta os dados do Censo. Em termos de decomposição da taxa de prevalência global, em 7,0% dos indivíduos esta já havia sido diagnosticada e em 5,4% ainda não o tinha sido (Relatório anual do Observatório da Diabetes, 2011). Verificou-se a existência de uma diferença estatisticamente relevante na prevalência da Diabetes entre os homens e as mulheres.

Na Prevalência da Diabetes em Portugal – Padronizada, verificou-se a existência de uma correlação directa entre o incremento da prevalência da Diabetes e o envelhecimento dos indivíduos. Saliente-se o facto de mais de um quarto da população portuguesa integrada no escalão etário dos 60-79 anos ter Diabetes. A maior prevalência de diabetes no sexo masculino manifesta-se nas idades mais jovens (inferiores a sessenta anos).

Pelo impacto social e económico que tem ocasionado, em termos de produtividade e de custos, a Diabetes Mellitus é reconhecida mundialmente como um problema de Saúde Pública quase incontornável.

São frequentes as complicações agudas e as crónicas podem afectar todos os sistemas orgânicos.

O desenvolver da doença Diabetes, depende da interacção da parte genética, do ambiente e de factores comportamentais. A visão holística da saúde adoptada sobretudo a partir da Conferência de Alma-Ata (WHO, 1978) veio alertar os profissionais de saúde e os políticos para a importância de uma abordagem multidisciplinar da problemática da saúde. Assim, será de salientar que o “ holismo” aceita que processos

psicológicos causam doença física e doença física causa necessidades psicológicas.

O relatório "Reduzindo riscos e promovendo uma vida saudável" (WHO, 2002) sublinha a importância da promoção dos comportamentos ligados à saúde e a importância da identificação e prevenção de factores de risco.

O tratamento da Diabetes deve por isso, ter como objectivos o controlo metabólico e a prevenção de complicações tardias. Para isso, também exige a adopção de comportamentos de alguma complexidade os quais têm que ser integrados na rotina diária do paciente.

A cronicidade da doença associada às características do regime terapêutico e às responsabilidades do doente podem contribuir para a baixa de adesão, vulgarmente encontrada nas pessoas com diabetes. É assim, uma das doenças crónicas com o tratamento mais exigente e cuja não adesão favorece um aumento acrescido de morbidade e mortalidade. A adesão ao tratamento é fundamental, mas revela-se uma tarefa de elevada complexidade. De acordo com a literatura, a taxa de adesão nas doenças crónicas tende a ser inferior à taxa nas doenças agudas. Uma baixa adesão ao tratamento compromete a saúde do indivíduo, estando no caso presente da doença "Diabetes", relacionada com um mau controlo metabólico. Bugalho & Carneiro (2004) referem " ... o problema da adesão ao tratamento é um indicador central de avaliação da qualidade em qualquer sistema de saúde que se queira moderno e eficaz."

O pouco envolvimento na autogestão da Diabetes reflecte-se nos níveis de hemoglobina glicada, no aumento do colesterol e no aumento de ingestão calórica, no peso e nos níveis de glicemia. Justifica-se, assim, que as intervenções comportamentais direccionadas para a melhoria da autogestão demonstrem eficácia nos marcadores biológicos (WHO, 2002). O comportamento de adesão passa pela chamada "conscientização" do paciente!

Apesar das dificuldades relacionadas com a complexidade que envolve a doença "Diabetes", os programas de controlo de saúde devem conter acções populacionais de abrangência colectiva, bem como acções individuais e de assistência, cuja finalidade é a promoção de saúde e a prevenção da doença. Aqui, será de salientar que no presente estudo a educação em saúde, enquanto medida de adopção de estilos de vida

saudáveis, é uma ferramenta importante. Para diminuir o impacto da Diabetes tipo2 no quotidiano dos doentes, estes devem ser envolvidos na abordagem e no controlo da doença. (Costa & Lopez, 1998; González, 1998). As pessoas com diabetes devem ser educadas para poderem tomar decisões informadas sobre como viver melhor com a Diabetes tipo2 (os pioneiros da moderna Diabetologia, E.P.Joslin e R.D.Lawrence, meados de 1920, já preconizavam a educação do diabético como absolutamente necessária no tratamento).

Até à década de 70, os programas educacionais davam ênfase à transmissão da informação sem considerar os factores psicossociais e económicos. Por volta dos anos 80, emergiram as doenças relacionadas com os comportamentos e atitudes dos indivíduos (doenças crónicas, onde se inclui a Diabetes Mellitus), os programas começaram a valorizar as relações entre o conhecimento, convicções e normas sociais (Carvalho, 2002). No entanto, a relação entre estilos de vida não saudáveis e a ignorância das pessoas, admitindo que ao dar conhecimento as suas práticas mudariam, não é linear. Embora o conhecimento seja condição necessária na mudança de comportamento ou estilo de vida, outras variáveis terão que ser conhecidas e mudadas.

Atenta a estas questões, e sem esquecer que as doenças crónico-degenerativas (onde se inclui a Diabetes Mellitus) estão relacionadas com hábitos sociais e culturais dos indivíduos num longo período da sua vida, torna-se imperativo que as intervenções em saúde devam ocorrer com finalidade de carácter preventivo. A saúde e a doença não são mais do que o equilíbrio dinâmico/biológico entre o homem e o seu meio ambiente. A saúde é uma adaptação a esse meio e a doença é um desajuste ou inadaptação. O comportamento face à saúde, quer em termos pessoais, quer em relação a terceiros, é particularmente relevante a nível da Medicina Preventiva. De acordo com THIER (1990), considera-se indispensável a participação de Profissionais de Saúde não Médicos nos serviços de Medicina Preventiva. Uma integração de sucesso dos serviços Preventivos nos cuidados primários requer uma efectiva interacção entre utentes, equipas de saúde (Médicos, Farmacêuticos Enfermeiros, Nutricionistas, Psicólogo...) e os Serviços e cuidados de Saúde. Assim, a mudança de perspectiva inerente à Medicina Preventiva implica

alterações a nível socio-cognitivo (atitudes, crenças e expectativas), da prática médica e do comportamento da população em geral. A Prevenção requer um maior envolvimento e uma mudança de atitudes, crenças e comportamentos por parte dos utentes.

Deste modo, as linhas de força traçadas acerca da Medicina Preventiva implicam directamente a área da Psicologia da Saúde, pois esta diz respeito ao agregado das contribuições educacionais, científicas e profissionais na promoção e manutenção da Saúde, a prevenção e tratamento da doença, a identificação dos correlatos etiológicos e de diagnóstico da Saúde, doença e disfunções associadas, bem como a análise e melhoramento do sistema dos cuidados de Saúde e organização da política de Saúde (MATARAZZO, 1980). Numa perspectiva holística, o papel da Psicologia da Saúde será identificar necessidades psicológicas e compreender como os factores psicológicos e biológicos interagem na etiologia e tratamento da doença.

As rápidas mudanças sociais que resultam da globalização, do desenvolvimento económico e da industrialização e a urbanização determinada por um intenso êxodo rural, causam efeitos profundos sobre a estrutura das comunidades, sobre o funcionamento das famílias e o bem-estar psicológico das pessoas.

A Psicologia da Saúde é assim, uma área emergente na actualidade!

No campo da Psicologia da Saúde, onde se insere a Psicologia Social, encontram-se modelos conceituais ou teorias para o estudo do comportamento que proporcionam as bases para a compreensão dos comportamentos em saúde. Neles se encontram os modelos cognitivo-sociais, que consideram os factores cognitivos como principais determinantes do comportamento (Norman, 2005) e onde se inclui a “teoria da auto-eficácia” de Bandura. Estes determinantes além de serem causas importantes do comportamento medeiam o efeito de outros. Assim, podem ser desenhadas intervenções efectivas com base na manipulação de factores cognitivos que se mostram determinantes do comportamento em questão.

A “Auto-eficácia” é uma variável oriunda da teoria socio-cognitiva (Bandura, 1982) que se refere ao juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca de quanto são capazes de organizar e implementar actividades, em

situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress.

Bandura considera a generalidade da auto-eficácia como uma medida do número de domínios no qual o indivíduo acredita ser capaz de desempenho sucessivamente ascendente. A percepção de eficácia pode ter efeitos diversos no comportamento, nos padrões de pensamento, e nos aspectos emocionais. Influencia a escolha das actividades e dos ambientes ou situações; determina igualmente, quanto esforço o indivíduo vai despende, e durante quanto tempo persistirá perante obstáculos e más experiências. A percepção acerca da capacidade própria influencia também, os processos de pensamento e as reacções emocionais antes e perante as situações. As pessoas tendem a evitar situações que crêem exceder as suas capacidades, enfrentando aquelas que julgam ser capazes de lidar. Quanto mais forte for a percepção de auto-eficácia, mais vigoroso e persistente o esforço: aqueles que se julgam incapazes de lidar com as exigências da situação, evitam envolver-se nela com as mais variadas justificações. Estas preocupações dificultam a acção e distraem a atenção da tarefa, para a centrar em si próprio.

No presente estudo iremos trabalhar precisamente esta variável “Auto-eficácia” nas pessoas com Diabetes Mellitus tipo2 insulino-tratadas, sendo uma variável cognitiva com uma função motivacional. A teoria de Bandura postula que a percepção que as pessoas têm das suas capacidades afecta o seu comportamento, o seu nível de motivação, o seu padrão de pensamento e a sua reacção emocional (O, Leary, 1985). A motivação refere-se à activação e persistência do comportamento e a actividade cognitiva suporta-a.

Surge o interesse numa abordagem multidisciplinar, onde a variável cognitiva designada “auto-eficácia” está ligada à saúde e à adopção de estilos de vida saudáveis. Desta forma, os contributos da Psicologia da Saúde para a Saúde Pública estão intimamente relacionados com a promoção de competências pessoais, com o conhecimento do comportamento humano nos seus aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais abertos, como determinantes de escolhas a nível de saúde.

A partir da necessidade sentida na actividade profissional e da ausência de estudos dos determinantes dos comportamentos dos indivíduos e das populações, das alterações do comportamento, do seu desenvolvimento nos indivíduos ao longo do ciclo de vida nas várias dimensões da sua dinâmica própria e em função dos cenários com que vão interagindo nesta investigação, centramos os nossos esforços na compreensão e no estudo da variável " auto-eficácia" na adesão ao regime alimentar, ao exercício físico e à administração de insulina nas pessoas com Diabetes Mellitus tipo2 insulino-tratadas.

Embora a Diabetes tipo2 seja a forma mais predominante de Diabetes Mellitus, os estudos de investigação até à data, têm incidido na Diabetes tipo1. Por isso, propomo-nos, ainda que de forma modesta, contribuir para a compreensão de alguns factores que influenciam na gestão da Diabetes Mellitus tipo2. O objectivo último será a compreensão da interacção entre as variáveis estudadas que possibilite, num segundo momento, a elaboração de programas de apoio psicossocial centrados na modificação das variáveis que se mostrem pertinentes para uma melhoria na qualidade de vida e no bem-estar das pessoas e comunidades com Diabetes Mellitus tipo2 insulino-tratadas.

Apresenta-se uma revisão do constructo da teoria da auto-eficácia de Bandura, que de acordo com a literatura se associa à previsão da adesão terapêutica na Diabetes. A auto-eficácia é aqui revelada como um determinante central da adesão em comportamentos de saúde!

O trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte é apresentado o enquadramento teórico do tema focando a área emergente da Psicologia da Saúde, a doença crónica na actualidade, os aspectos clínicos e epidemiológicos da Diabetes Mellitus tipo2, a adesão à terapêutica da diabetes e suas barreiras, o conhecimento e a comunicação em diabetes, as crenças de auto-eficácia e os modelos da cognição social da saúde.

Na segunda parte, procedemos à exposição da metodologia, seguida da apresentação dos resultados, a sua discussão, as limitações do estudo e finalmente a conclusão.

No final do estudo, apresentamos a bibliografia e os anexos que serviram de apoio ao estudo de investigação.

Conscientes que a problemática abordada neste estudo é extremamente complexa uma vez que envolve inúmeros factores que interagem entre si, temos apenas como desejo que a realização deste trabalho traga alguns contributos para se conhecer melhor o fenómeno na população estudada e que, acima de tudo, seja uma maisvalia no auto-conhecimento das pessoas com diabetes tipo 2 insulino-tratadas, onde a finalidade será uma maior eficácia na adesão à terapêutica instituída.

Fazemos algumas considerações que possam motivar para a reflexão de muitos profissionais empenhados no aumento da qualidade de vida das pessoas com diabetes tipo 2 insulino-tratadas e na gestão da sua doença.

PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A PSICOLOGIA DA SAÚDE

“De todos os julgamentos,
o mais importante é
o que fazemos sobre nós mesmos.”

NATHANIEL BRANDEN

Desde o início ao fim da vida, os seres humanos sofrem inúmeras influências quer de ordem interna quer de ordem externa. A forma como um ser humano se comporta frente a diversas situações é consequência das influências associadas à “hereditariedade” e ao “meio”. Desenvolvimento significa, então, a palavra usada para descrever esses processos comportamentais. Abrange o crescimento e a maturação, ligados aos aspectos orgânicos, a evolução no “ser” associada à estimulação vinda do meio físico e social e aos processos internos reguladores. Integra ainda, a estabilidade e o declínio relativamente à funcionalidade das características psicológicas, nesse mesmo ser.

O “desenvolvimento psicológico” é pois e sobretudo, um processo de construção pessoal realizado na dupla influência da herança genética e do meio. Todos os caracteres, quer somáticos quer psíquicos, são uma consequência da interação permanente entre a herança genética e o meio. (Almeida 1988) Actualmente, o “desenvolvimento psicológico” é concebido como um fenómeno interactivo, resultante das potencialidades ou características individuais e dos seus contextos educacionais, sem menosprezar o trabalho pessoal de integração do sujeito. Abrange a dimensão psicomotora, linguístico-cognitiva, afectivo-emocional, social e axiológica, onde o aspecto comunitário, social, familiar e individual aparecem interligados, acentuando-se cada vez mais a natureza multi e transdisciplinar do conceito de “desenvolvimento”.

Assim, as novas tendências da pesquisa sobre o desenvolvimento cognitivo, segundo várias análises internacionais poderão agrupar-se em categorias que, actualmente respeitam a interacção entre o desenvolvimento cognitivo e outros aspectos do desenvolvimento:

**Quadro I- Novas tendências da pesquisa no desenvolvimento cognitivo:
Categorização**

CATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>Processos: estudo de processos cognitivos gerais. Exemplo: “ Relação entre o desenvolvimento da meta-memória e as operações concretas.”</p>	<p>Conhecimentos: análise da organização dos conhecimentos na memória de longa duração a maior parte dos quais provenientes de experiências da vida quotidiana. Exemplo: “ Desenvolvimento do conhecimento causal.”</p>
<p>Instrução: o desenvolvimento é aqui estudado a propósito de actividades cognitivas desenvolvidas na escola, como a leitura, o cálculo, a escrita.</p>	<p>Avaliação: validação de instrumentos de avaliação de diferentes aspectos do desenvolvimento cognitivo. Exemplo: validade preditiva de uma escala de desenvolvimento da criança.</p>
<p>Teoria: reagrupa artigos sobre o desenvolvimento cognitivo em geral. Exemplo: indivíduo e sociedade no desenvolvimento cognitivo: o contraste Piaget-Vygotsk.</p>	

Recentemente, as ciências sociais e humanas têm dado um contributo para o estudo da saúde e do bem-estar das populações, bem como dos factores de risco e de “resilience” que lhes estão associados.

Neste contexto pensa-se que uma das principais funções dos profissionais de saúde é promover nas pessoas comportamentos saudáveis. Porém, muitos destes profissionais, quando sugerem que por exemplo não se beba, que se faça exercício físico, ou que não se fume, em pouco tempo se apercebem e interiorizam que os seus programas tão bem intencionados não têm um resultado satisfatório, não se verificando, muitas vezes, mudanças significativas nos comportamentos dos indivíduos.

Assim, para que seja viável promover a aprendizagem de estilos de vida saudáveis não basta a boa vontade e o bom senso. Há que compreender a dinâmica da “Saúde – Doença” nas pessoas. Há que conhecer quais os factores (biológicos, sociais e psicológicos) que acentuam a vulnerabilidade e como agir para reforçar a “resilience” individual.

Na actualidade, paradigmas emergentes apontam para conceitos como “empowerment/capacitação”, activação de recursos comunitários,

“intervenções preventivas”, “participação”, “acessibilidade”, “qualidade de vida”, entre outros. Tal implica um novo processo de trabalho, onde novos conceitos chave estão directamente implicados. O profissional de saúde serve de “catalisador do desenvolvimento pessoal e social dos indivíduos”, assumindo-se mais como um “membro da equipa” utente/profissional do que como um “tratador” munido de “técnicas e saberes absolutos”.

A expressão “Psicologia da Saúde” foi definida por Matarazzo (1980) como a área disciplinar que diz respeito ao “papel da Psicologia como ciência e como profissão nos domínios da Saúde e das Medicinas comportamentais”.

Quadro II- Inserção da Psicologia da Saúde no domínio da Medicina Comportamental (Àlvaro, 1995)

<u>Ciências do Comportamento</u>	<u>Ciências Biomédicas</u>
-Sociologia	-Fisiologia
-Antropologia	-Bioquímica
-Epidemiologia	-Imunologia
Medicina Comportamental	
<u>Psicologia da Saúde</u>	<u>Medicina</u>
-do desenvolvimento	-Psiquiatria
-Clínica	-Neurologia
-Social	-Cardiologia
-Experimental	-Familiar
Serviços técnicos (Enfermagem, Nutrição, Ortofonía)	

Desse modo, o conceito de “Psicologia da Saúde” unificou, tomando como referências dois campos interdisciplinares que se situam na interface da Psicologia com a Medicina, e que são respectivamente: a “Saúde Comportamental”, que se ocupa da promoção da saúde, da prevenção da doença e disfunções em pessoas habitualmente saudáveis (dimensão preventiva), colocando a Psicologia da Saúde directamente relacionada com a Saúde Pública e as Medicinas Preventiva e Familiar; a “Medicina Comportamental”, referente à doença e a disfunções psicológicas com ela relacionadas (dimensão curativa e de reabilitação), relacionando a Psicologia com as diversas especialidades médicas e cirúrgicas. Ao mesmo

tempo, a Psicologia da Saúde permite integrar harmoniosamente os três níveis de Prevenção: primária, secundária e terciária.

Surge neste contexto actual, numa abordagem multidisciplinar da saúde, a Psicologia da Saúde, com um importante contributo na compreensão de alguns factores do vector pessoa envolvidos nos processos de promoção e de manutenção da saúde. De facto, se, “O homem é homem enquanto aquele que fala ” (Heidegger), a interdisciplinaridade implica uma trama de discursos onde as palavras funcionam como conceitos que apresentam sentido específico. De facto, o avanço nas técnicas e nos conhecimentos da Medicina se, por um lado, permite aos profissionais de saúde uma maior capacidade de resposta, por outro, irá despoletar uma outra realidade: a natureza crónica adquirida pela doença (Taylor, 1999). Não temos dúvidas que a solução ideal passaria pela “ proeza” de não deixar adoecer as pessoas, atendendo ao facto que a maior percentagem de doenças são as que resultam de comportamentos inadequados. Neste sentido, a Promoção da Saúde, do ponto de vista da Psicologia, envolve o desenvolvimento de intervenções que ajudam as pessoas a adquirir e a manter comportamentos saudáveis, bem como a mudar hábitos prejudiciais.

A Promoção de Saúde é um conceito que inclui a ideia de que a saúde pode desenvolver-se ao longo do ciclo da vida e que esta evolução é qualitativa. Inclui também, a ideia de que a saúde é um “processo dinâmico” relacionado com a interacção do organismo com o seu ambiente físico e social.

A Psicologia da Saúde aparece-nos como um processo que tende para a superação das perspectivas reducionistas da Medicina, através de modelos integrativos da saúde e da doença. No contexto da Saúde Pública, destacam-se as relações entre cuidados de saúde e a qualidade de vida, a aquisição precoce de comportamentos para a saúde e as condições de saúde dos próprios Técnicos de Saúde.

A avaliação psicológica em contextos de saúde reveste-se de especificidades éticas que se encontram no cruzamento da Psicologia e da Medicina.

Segundo os resultados de um estudo, as variáveis psicológicas relacionam-se com variáveis de saúde. No entanto, verifica-se que embora a educação

e informação para a saúde sejam indispensáveis, por si só não promovem as necessárias mudanças de comportamentos nem a adopção de estilos de vida saudáveis. De facto, adoptar estratégias eficazes e implementar programas de intervenção para a prevenção de determinados comportamentos de risco exige bastante mais. Pressupõe-se uma cada vez maior participação dos Psicólogos no domínio da saúde pública.

O estudo do comportamento humano em contextos de Saúde é actualmente uma das áreas promissoras da investigação e intervenção psicológicas, indo ao encontro das necessidades das pessoas em matéria da saúde e da doença. Um comportamento de saúde é qualquer actividade desenvolvida pelo indivíduo, qualquer que seja o seu estado de saúde real ou percebido, com o objectivo de promoção, protecção ou manutenção da saúde, quer esse comportamento seja ou não objectivamente eficiente para o fim (WHO, 1986).

Segundo a Associação Americana de Psicologia (APA, 1979), "Psicologia da Saúde é o agregado de contribuições específicas e educacionais, científicas e profissionais da psicologia para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento de doença, identificação de correlato, diagnóstico e etiologia da saúde, doença, disfunção e análise do desenvolvimento do sistema de políticas de saúde (ANGERAMI, 2000).

A Psicologia da Saúde é uma área recente de conhecimento e intervenção psicológica, que aplica as metodologias de avaliação de várias especialidades da Psicologia e Ciências afins aos contextos de saúde (Gentry, 1984; McIntyre, 1994).

Assim, o Psicólogo da Saúde utiliza métodos de avaliação da Psicologia Social (inquérito), da Psicologia Clínica (entrevista de avaliação clínica, testes) e da Medicina (medidas fisiológicas várias), entre outros. Esta multiplicidade de metodologias, com fundamentações teóricas diversas, produz um campo fértil para a reflexão ética.

Outra característica da avaliação em Psicologia da Saúde com implicações éticas é o tipo de pedido que motiva a avaliação psicológica e o seu objecto. Enquanto a avaliação psicológica é primariamente usada com o objectivo de desenvolver um plano de intervenção psicológica para o seu próprio utente, na Psicologia da Saúde esta avaliação tem uma função largamente consultora, visando a resposta a questões de outros

profissionais sobre o cuidar dos seus utentes. Por ex, os pedidos que chegam ao psicólogo da saúde num hospital geral podem versar a avaliação de perturbações psicológicas em doentes com afecções físicas, a avaliação da preparação psicológica de um doente para ter alta ou receber um transplante, a avaliação dos factores psicológicos que afectam a falta de adesão terapêutica (no presente estudo a variável “Auto-eficácia”), o diagnóstico diferencial, etc.

Quanto ao objecto da avaliação psicológica em Psicologia da Saúde, este decorre actualmente em duas perspectivas diferentes (Crossley, 2000): a tradicional, pelo modelo de saúde e doença que lhe serve de suporte, o Modelo Biopsicossocial (Engel, 1977) (o modelo abordado no presente estudo) e a perspectiva crítica com o Modelo fenomenológico-discursivo. Ao contrário do Modelo biomédico, o Modelo Biopsicossocial postula uma visão holística do indivíduo nas suas várias dimensões (física, psicológica, social, intelectual, espiritual) e uma subsequente multicausalidade dos processos de saúde e doença. Assenta em metodologias quantitativas, investiga os comportamentos saudáveis e os comportamentos de risco, focalizando-se nos seus determinantes psicológicos e no seu valor preditivo.

O alvo da avaliação psicológica em contextos de saúde deixa de ser o corpo (objecto tradicional da medicina) ou a mente (objecto tradicional da psicologia), para incluir as interacções entre o físico, o psicológico e o sociocultural. Trabalha-se com as vivências que o sujeito experimenta, projecta ou reactiva no momento e sobre essa realidade de que é sujeito! O papel do doente na avaliação e na intervenção também é encarado de forma diferente pela Psicologia e a Medicina. O psicólogo terá de envolver o paciente num esclarecimento colaborativo do pedido, no início desta mesma avaliação. Aqui, verifica-se uma relação de parceria, em que os interesses do doente e a eficácia da avaliação são a primeira preocupação. O desenvolvimento psicossocial terá de ser cada vez mais um processo de optimização de capacidades de decisão e de realização, promotor de um estilo de vida saudável, e de um estado percebido pelos indivíduos como de qualidade de vida, de competência pessoal e de participação activa na comunidade.

A teoria da acção social (EWART, 1991) dá um enquadramento teórico à aplicação da Psicologia na Saúde Pública. A teoria da acção social define que há estados da acção (o que fazemos), que muitas vezes realizamos sem mesmo nos apercebermos, dentro das nossas rotinas e em certos contextos (alimentação, exercício físico e adesão à terapêutica...). Ewart defende que é preciso estudar os mecanismos de mudança, que perspectivem as mudanças individuais enquadradas em mudanças favoráveis no sistema ambiental, ou seja, introduzir bons hábitos nas rotinas das pessoas e promover a auto-protecção a partir da vida de todos os dias. Este processo implica interdependência social e auto-regulação.

Assim, a sinergia entre a Psicologia da Saúde e a Saúde Pública, e no contexto do presente estudo, desenvolve-se a partir da aceitação do papel que têm para a saúde o estilo de vida e os comportamentos de protecção e de risco (atendendo sempre à realidade do envelhecimento da população); da evolução da investigação nas ciências do comportamento; dos aumentos dos custos em saúde e procura de alternativas aos cuidados de saúde tradicionais e da insuficiência do modelo biomédico. Torna-se prioritária uma intervenção centrada na relação do indivíduo com os cenários e actores relevantes do seu quotidiano, e na competência dos indivíduos para se tornarem agentes activos dessa interacção e capazes de identificar necessidades de mudança e de as produzir a nível pessoal, interpessoal e comunitário.

As actividades educativas, também aqui no presente estudo, pretendem ser integradas num contexto muito vasto de promoção de saúde, para que sejam os próprios indivíduos quem toma decisões e se responsabiliza pela sua saúde, e que o seu envolvimento físico e social seja favorável à escolha e manutenção de estilos de vida saudáveis, permitindo uma acessibilidade fácil, socialmente valorizada e duradoura!

A DOENÇA CRÓNICA NA ACTUALIDADE

“A doença crónica pode envolver o ajustamento de aspectos gerais do estilo de vida por um período extenso e mesmo indeterminado. Esses ajustamentos podem ocorrer na esfera comportamental, cognitiva, emocional, interpessoal, social e física do funcionamento.”

ANDERSON, 1988

Neste capítulo, pretendemos dar especial relevo ao impacto que as doenças crónicas têm ao nível físico e comportamental, numa dinâmica de Saúde Pública.

As doenças crónicas estão a aumentar em todo o mundo. Em virtude dos progressos da Saúde Pública, deu-se um envelhecimento das populações e um número cada vez maior de pacientes vive durante décadas com uma ou mais doenças crónicas. A urbanização, a adopção de estilos de vida pouco saudáveis e a comercialização mundial de produtos nocivos à saúde, são também factores que contribuem para a prevalência e incidência das doenças crónicas.

A organização mundial da saúde (WHO) indica que as doenças crónicas de declaração não obrigatória e não transmissíveis (Cardiovasculares, Diabetes, Obesidade, Cancro e as Doenças Respiratórias) representam cerca de 59% do total de 57 milhões de mortes por ano e 46% do total das doenças. O impacto na saúde, a nível mundial, é muito elevado (no ano 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento advirá das doenças crónicas), e deriva da industrialização, do urbanismo, do desenvolvimento económico e da globalização alimentar.

As doenças crónicas têm progredido numa forma assustadora tanto nos Países em desenvolvimento como nos Países desenvolvidos, articulando-se numa forma muito perigosa com as doenças infecciosas. Esta constatação foi originando o “ triângulo epidemiológico” que considera a doença um produto da interacção entre um agente, um hospedeiro e o meio ambiente.

A adesão aos tratamentos é apenas de 20%, originando encargos muito elevados para a sociedade, para o governo e para os familiares.

A doença crónica, onde se inclui a Diabetes Mellitus Tipo 2, maior causa de incapacidade, é de grande interesse na Saúde Pública dado ser influenciada por factores médicos, psicológicos e sociais. Intervir implica conhecer os problemas do paciente, as organizações de saúde e a sua relação com a comunidade, bem como as políticas governamentais instaladas.

Está comprovado que 90% dos casos de Diabetes tipo 2 podem ser evitados pela alteração de hábitos alimentares, pela prática regular de

exercício físico na qual se inclui uma vida activa e pelo abandono do tabagismo.

As intervenções comportamentais sustentadas são eficazes na redução dos factores de risco para a população.

Torna-se urgente “assumir “uma necessidade de mudança nos cuidados de saúde onde o indivíduo tem um papel de capacitação e conscientização sobre os comportamentos em saúde!

DOENÇA CRÓNICA: UMA EPIDEMIA COMPORTAMENTAL

O pensamento, o conhecimento e as acções desenvolvidas na interacção entre a Saúde, a Doença e o Homem têm evoluído de acordo com o desenvolvimento das sociedades.

Segundo Ribeiro (2005), a primeira revolução a nível da saúde caracterizou-se com a aplicação do modelo biomédico na prevenção das doenças, através de medidas de Saúde Pública como a melhoria das condições sanitárias, da alimentação e do ambiente, em simultâneo com a descoberta dos antibióticos que permitiu controlar as infecções.

A partir do séc. XX verificou-se o aparecimento duma nova epidemia:” a epidemia comportamental”. As doenças que mais contribuíam para a morbilidade e mortalidade dos indivíduos relacionavam-se, agora, com o comportamento adoptado pelo indivíduo!

Já em 1979 e segundo Richmond, 50% das mortes nos EUA foram devido a comportamentos inadequados ou ao estilo de vida (onde se inclui a Diabetes tipo 2). As grandes epidemias deixaram de ter origem em agentes patogénicos, mas sim nos comportamentos individuais e sociais, nos hábitos e nas interacções entre o comportamento humano e o meio ambiente, constituindo as principais causas de morte nos Países desenvolvidos.

Mundialmente, segundo a Internacional Diabetes Federation e a WHO (2004), estima-se que mais de 22 milhões de crianças abaixo dos cinco anos estejam acima do peso ou sejam obesas, apresentando um risco maior de desenvolver a Diabetes tipo 2. A explicação para o crescente nº de obesos parece estar mais relacionada com as alterações no estilo de vida e nos hábitos alimentares, do que propriamente com factores

genéticos, fisiológicos e metabólicos. As características da família e o contexto social podem expor as crianças a infinitos problemas no futuro. Também as alterações demográficas devido ao envelhecimento da população, a alteração da dinâmica familiar, a mobilidade social dos indivíduos, as migrações, o rápido desenvolvimento da Medicina, dos meios de diagnóstico e tratamento disponíveis, que se verificaram a partir do séc.XX, são factores importantes na mudança a nível dos cuidados e das prioridades na Saúde (Corney, 1996; Couto e Camarneiro, 2002). Surge então, a necessidade da intervenção prioritariamente de Prevenção e Promoção de Saúde, através da adesão aos hábitos de vida saudáveis adoptados pelos indivíduos, dos profissionais de saúde na intervenção da promoção da saúde (sem subestimar a prevenção das doenças), e com uma abordagem holística do paciente. O poder político teria que assumir um papel fundamental na elaboração de estruturas para tratar as doenças e investir, dum modo muito particular, na promoção da saúde das populações (WHO, 2003;Oliveira, 2004).

REPERCUSSÕES DA DOENÇA CRÓNICA

Uma doença crónica é definida como uma alteração do estado de saúde que interfere com o funcionamento quotidiano num período superior a 3 meses, no intervalo de um ano; ou causa um período de hospitalização superior a 1 mês no ano; ou ocorrência simultânea de ambas as condições, WHO (2003:4). Cada uma é desencadeada por um processo biológico ou fisiológico distinto, justificando a sua designação.

As doenças crónicas caracterizam-se por não terem cura e serem de longa duração, motivo pelo qual os pacientes terão que saber “geri-las”, onde estão envolvidas estratégias para lidar com os sintomas e as relações familiares e sociais, necessitando também de cuidados permanentes durante vários anos ou décadas.

De acordo com a WHO (2002:15), as doenças crónicas possuem características preocupantes:

- estão a aumentar a nível mundial, e nenhum país está imune ao seu impacto;

- são um sério desafio para os actuais sistemas de saúde, relativamente à eficiência e efectividade;

- originam consequências graves económicas e sociais em todas as regiões, ameaçando os recursos de saúde no País.

- Podem ser minimizadas apenas quando os líderes governamentais adoptarem mudanças e inovações. São por isso, o desafio da saúde no século vinte e um!

Com um crescimento deveras vertiginoso em todo o mundo, sem distinção de região ou classe social, prevê-se que no ano 2020, 80% da carga global de doença nos países em desenvolvimento resulta de problemas crónicos. Os países com baixos rendimentos são os que mais contribuem para o aumento das doenças crónicas, estando a Diabetes no período 1995-2005 na Índia, com um aumento de 195%. Em 2020, irão representar 65% das despesas da saúde em todo mundo.

Todos os profissionais de saúde, ao longo da vida profissional, têm estado dedicados a resolver problemas de saúde das pessoas e sentem crescer o pelotão interminável de diabéticos. Um pelotão de gente pouco informada sobre o que esta doença silenciosa lhe vai provocar com o decorrer dos anos: complicações graves do seu estado de saúde com tradução em elevados graus de sofrimento e morte prematura.

Uma pandemia gigante de consequências desastrosas para a qualidade de vida, o sofrimento e a economia de todos os cidadãos deste país, com uma rotura, mais que previsível, nas estruturas sociais de apoio.

INTERVENÇÃO NA DOENÇA CRÓNICA

Segundo a WHO (2002) os sistemas de saúde ainda não possuem um plano de gestão que dê resposta às consequências originadas pela doença crónica. A organização mundial de saúde elaborou um relatório “ Cuidados Inovadores para as Doenças Crónicas - componentes estruturais de acção”, onde o objectivo é alertar sobre a necessidade de se introduzirem mudanças na saúde, que permitam soluções para uma gestão adequada das repercussões das patologias crónicas. Tal implica que os sistemas de saúde alterem as suas políticas e estratégias de intervenção. O poder político, as organizações de saúde e os doentes precisam duma verdadeira

adesão no sector da saúde, como forma de prevenção dos factores de risco. Terá que existir uma parceria entre pacientes e familiares, equipas de assistência à saúde e pessoal de apoio da comunidade. Esta tríade tem elevada eficiência quando cada membro é informado, motivado e capacitado para gerir as doenças crónicas!

Nos países em desenvolvimento, as doenças crónicas surgem ao nível dos cuidados primários. No entanto, grande parte da atenção primária está voltada para as doenças agudas e para as necessidades mais urgentes. Nos cuidados de saúde aos pacientes crónicos, surgem problemas de etiologia diversa. Deste modo, os sistemas de saúde terão que se apoiar numa mudança de paradigma, efectuar uma boa gestão do poder político, desenvolver um sistema de saúde integrado, alinhar políticas sectoriais para a saúde, aproveitar melhor os recursos humanos do sector da saúde, centralizar o tratamento no paciente e na família, apoiar os pacientes nas suas comunidades e enfatizar a prevenção (últimos três pontos de grande relevo no presente estudo).

A WHO (2002) propõe que se analisem sob três níveis: micro (paciente), intermédio (organizações de saúde e comunidade) e macro (políticas). São três níveis que se influenciam e interagem dinamicamente. Um sistema é eficaz e eficiente, quando os três níveis funcionam em harmonia, traduzindo-se em maiores ganhos em saúde.

Ao **nível micro**, verifica-se a falta de autonomia dos pacientes para melhorar os resultados de saúde e a baixa qualidade da relação entre o profissional de saúde e os utentes. Os pacientes terão que assumir que são os primeiros responsáveis pelo seu estado de saúde. Deverão ser participantes activos no processo de mudança de comportamentos em saúde.

No **nível intermédio**, as organizações de saúde deverão coordenar a prestação de cuidados e avaliar a sua qualidade, proporcionando aos profissionais de saúde formação para prestar cuidados adequados aos indivíduos com doença crónica. A não utilização das evidências científicas, a falha ao nível de prevenção, a não organização dos sistemas de informação e a não articulação com os serviços da comunidade, geram problemas ao nível intermédio.

Ao **nível macro**, verificam-se os problemas relacionados com as políticas e estratégias de intervenção das várias patologias crónicas. É necessária uma coordenação eficaz ao nível político para que os serviços de saúde funcionem de forma coordenada e eficiente. Verificou-se que a nível mundial são poucos os países que possuem planos eficazes de intervenção na gestão e prevenção das várias doenças crónicas. Investe-se pouco nos objectivos de saúde a longo prazo, onde a promoção de saúde ainda não é considerada um excelente investimento.

Relativamente à Diabetes, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, para ser cumprido, necessita de estar apoiado numa estrutura baseada num modelo de prestação de cuidados que tenha como função central as pessoas e não a doença, uma prática baseada em processos claros adaptáveis e reformuláveis, em conformidade com os resultados medidos em sistemas de informação fiáveis e coerentes.

O modelo biomédico assente no diagnóstico e terapêutica da doença não resulta, como é facilmente constatável perante o aumento sistemático da prevalência.

A continuidade dos cuidados e a gestão da doença terão que ser os pontos fortes e indispensáveis!

REACÇÃO PSICOLÓGICA À DOENÇA CRÓNICA

As variáveis que interferem no modo como o adulto reage ao diagnóstico de doença crónica, são agrupadas em três categorias:

Factores relativos à doença: incluem parâmetros da doença como a severidade, a cronicidade e as restrições imposta à vida; a patologia da Diabetes impõe flutuações ao longo do seu curso, e relativamente imprevisíveis no dia-a-dia.

As exigências terapêuticas exigem a monitorização da glicemia sanguínea, a administração de insulina por via subcutânea (no presente estudo), várias vezes por dia, bem como restrição alimentar e exercício físico regular.

Lavigne e Burns apresentam três condições que podem afectar a adaptação do doente crónico: Visibilidade (patologia que afecte a aparência ou os movimentos origina maior perturbação); Isolamento (doenças que impõem restrições ou o isolamento social ou sensorial,

como na Diabetes, desencadeiam com maior facilidade perturbações de adaptação); e Dor (maior dor conduz a menor adaptação).

Factores intrapessoais: são as variáveis de personalidade ou cognitivas que interferem ou são afectadas pela doença. Benedek, em 1948 sugeria que a Diabetes seria a única doença crónica que conduzia a uma situação onde os processos associados à doença se tornavam parte integrante da personalidade, para se poder falar numa “ superestrutura do indivíduo diabético”. Tal facto gerou um enorme volume de pesquisas, onde uma revisão bibliográfica exaustiva (Dunn e Turtle, 1981) enfatiza a contradição e falta de concordância relativamente à existência duma “personalidade diabética”.

Factores ambientais: são os factores psicossociais, sócio-ecológicos, familiares e da comunidade.

Numa meta-análise realizada por Lavigne e Faier-Routman (1993), encontramos referência a dois tipos de variáveis ambientais. Um conjunto agrupa as condições socio-económicas, e o outro é constituído pela adaptação psicossocial, a percepção de stress relativamente à doença, a adaptação familiar às suas exigências e a organização, coesão e apoio familiar.

As variáveis socio-demográficas serviram para descrever e predizer o seu impacto nos comportamentos relacionados com a saúde e a doença. Os estudos indicam que a melhor adesão terapêutica e a adaptação à Diabetes estão associadas à pertença a classes sociais mais elevadas, sendo os seus membros menos afectados pelas repercussões da doença. (Muhlhauser & col. 1998). Segundo Tinsey (1992), muitas investigações revelam que famílias que pertencem a classes sociais inferiores recorrem menos aos serviços de saúde preventiva, aderindo menos às terapêuticas prescritas.

A DIABETES MELLITUS

Ò doçura
Porque amargas tanto
A nossa tentação de florir
Ao mesmo tempo sendo tudo
E nada?

ANA HATHERLY, 1929

A Diabetes é reconhecida á milhares de anos, encontrando-se a primeira descrição conhecida nos Papiros de Ebers, datados de 1500 anos antes de Cristo. Celso (30 AC – 50) faz uma descrição do quadro clínico da diabetes apontando os sintomas cardinais: poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso. Arateus da Capadócia no segundo século depois de Cristo descreve os sintomas da doença, designando-a de *Diabetes (do grego fonte)* como referência à excessiva diurese. Médicos chineses da mesma época fazem descrições semelhantes. Os antigos constataram que os insectos eram atraídos pela —doçura da urina tendo Cullen (1710-1790) acrescentado o termo *Mellitus (do latim-mel, doce)* à designação inicial. Em 1869, P. Langerhans identificou conjuntos de células diferenciadas no pâncreas e em 1889 Mering e Minkowski descobrem que a pancreatectomia num cão produz os sintomas da Diabetes Mellitus. Os anos seguintes são devotados ao estudo e identificação do agente produzido pelo pâncreas, sendo só em 1921 que se consegue a primeira insulina estável, na sequência dos estudos de Banting e Best (Schwartz & Walsh, 1995).

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica que agrupa um conjunto de perturbações metabólicas caracterizadas pela insuficiente produção de insulina pelo pâncreas, resistência à acção da insulina ou ambas.

Desta situação resulta uma perturbação no metabolismo dos hidratos de carbono, das proteínas e dos lípidos que leva ao aparecimento de hiperglicemia (aumento dos níveis de concentração de glicose no plasma sanguíneo) (ISPAD, 1995;2000).

A hiperglicemia crónica está associada à lesão, deterioração, disfunção e falência de vários órgãos, nomeadamente os olhos, rins, coração e dos sistemas circulatório e nervoso (complicações microvasculares). A hiperglicémia é frequentemente acompanhada de complicações macrovasculares, tais como: doença arterial coronária, enfarte de miocárdio e doença arterial periférica, sendo a estas últimas que está associada a principal causa de morte na Diabetes tipo2. O controlo intensivo da glicemia reduz o risco das complicações microvasculares, no entanto, o efeito nas complicações macrovasculares não é claro.

Os processos patogénicos envolvidos no aparecimento da diabetes, são diferentes na Diabetes tipo 1 e tipo2. Na Diabetes tipo 1, parecem estar envolvidos processos auto-imunes que causam a destruição das células

β (beta) do pâncreas, em indivíduos com uma predisposição genética, com consequente deficiência progressiva da secreção de insulina (ISPAD, 1995-2000).

A insulina é uma hormona anabólica, segregada pelas células beta dos ilhéus de langerhans do pâncreas, em resposta à ingestão de alimentos e que tem como função disponibilizar a glicose às células, através de um processo neuro-hormonal complexo. É responsável pela regulação do processo de transformação dos nutrientes assimilados em energia a ser utilizada ou acumulada, regulando o nível de glicemia no sangue e transportando a glicose (principal fonte de alimentação do organismo humano) da corrente sanguínea para o interior das células. Como consequência da falta de insulina, resulta um processo de contra-regulação hormonal que activa o catabolismo que afecta os músculos, o fígado e o tecido adiposo. Daqui resulta a lipólise, com concentração elevada de lípidos, colesterol, triglicerídeos e ácidos gordos, que conduz à formação de corpos cetónicos. Estes corpos cetónicos são excretados através da respiração e da urina, associando-se à desidratação, alterações respiratórias (com hálito característico). Da acidose, desidratação, alteração do ritmo respiratório em conjunto com outros processos fisiológicos resulta uma diminuição do fluxo de oxigénio ao cérebro, de que resulta alteração do estado de consciência e o coma (Sperling, 1995).

Na diabetes tipo 2 os processos etiopatogénicos envolvidos são uma insulinoresistência aumentada e uma redução progressiva da capacidade secretora da célula beta. Estes processos patogénicos podem iniciar-se já nas fases de hiperglicemia intermédia, sendo o défice de insulina à altura do diagnóstico já da ordem dos 80% (UKPDS). A falta de insulina relativa ou total dá origem a um processo catabólico que explica o conjunto de sintomas típicos da descompensação diabética (tal como se apresentam na maior parte dos quadros clínicos, quando do diagnóstico): poliúria, polidipsia, perda de peso, por vezes polifagia e outros sintomas como perturbação da visão ou falta de força. Uma situação de crise de diabetes aguda com hiperglicemia e cetoacidose, (no caso de falta total de insulina) pode colocar em risco a vida do diabético principalmente do tipo 1, devido a perturbações do equilíbrio electrolítico, edema cerebral e colapso vascular (Sperling, 1995).

As complicações crónicas surgem a longo prazo da diabetes, em particular se existe um quadro de hiperglicemias frequentes, e são cada vez mais comuns, à medida que um maior nº de pessoas vive por mais tempo com a Diabetes. Incluem a doença cardiovascular, a retinopatia com potencial perda de visão, nefropatia que pode causar falência renal, neuropatia dos sistemas periférico autónomo, perturbações circulatórias, com implicações gastrointestinais, genito-urinárias e disfunção sexual, risco de ulceração e amputação das extremidades dos membros inferiores. Assim, os pacientes com diabetes apresentam uma incidência acrescida de arteriosclerose e hipertensão.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA DA DIABETES MELLITUS

Os sinais clássicos de apresentação da diabetes – poliúria, polidipsia e polifagia acompanhados de emagrecimento rápido e fadiga – são devidos à deficiência de insulina. Devido à falta de regulação de insulina ocorre um aumento da assimilação de glicose sérica, com uma diminuição da entrada de glicose para o interior das células. Deste quadro resulta o aumento do nível de glicose na circulação sanguínea que pode ultrapassar a capacidade funcional dos rins, dando origem a uma diurese abundante com alteração electrolítica, perda de fluídos e de calorías (daí a necessidade que o indivíduo apresenta de aumentar a ingestão de líquidos e alimentos e paralelamente perder peso) (Sperling, 1995; ISPAD, Schwarz & Walssh, 1995; 2000; The Expert Committee, 1999).

DIAGNÓSTICO DA DIABETES MELLITUS

O diagnóstico de Diabetes é feito com base nos seguintes parâmetros e valores para plasma venoso na população em geral:

- 1- glicemia de jejum superior ou igual a 126mg/dl ; ou
- 2-sintomas clássicos de descompensação +glicemia ocasional superior ou igual a 200mg/dl; ou
- 3-glicemia superior ou igual a 200mg/dl às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral(PTGO)com 75g de glicose; ou
- 4-hemoglobina glicada A1c (HbA1c) superior ou igual a 6,5% (DGS).

O diagnóstico da Diabetes numa pessoa assintomática não deve ser realizado com base num único valor anormal de glicemia de jejum ou de HbA1c, devendo ser confirmado numa 2ª análise, após uma a duas semanas.

É aconselhável usar um só parâmetro para o diagnóstico de Diabetes. No entanto, se houver avaliação simultânea de glicemia de jejum e de HbA1c, se ambos forem valores de diagnóstico, este fica confirmado, mas se um for discordante, o parâmetro anormal deve ser repetido numa 2ª análise.

O diagnóstico de hiperglicemia intermédia ou identificação de categorias de risco aumentado para diabetes faz-se com base nos seguintes parâmetros:

- a) anomalia da glicemia de jejum: glicemia de jejum: glicemia de jejum superior ou igual a 110 e inferior a 126mg/dl
- b) tolerância diminuída à glicose: glicemia às 2 horas na PTGO superior ou igual a 140 e inferior a 200mg/dl.

O diagnóstico da Diabetes gestacional faz-se com base nos valores para plasma venoso:

- a) glicemia de jejum, a realizar na 1ª consulta de gravidez superior ou igual a 92mg/dl e inferior a 126mg/dl
- b) glicemia de jejum inferior a 92mg/dl, realiza-se PTGO com 75g de glicose, às 24-26 semanas de gestação. É critério para diagnóstico de diabetes gestacional, a confirmação de um ou mais valores:
 - i. às 0 horas, glicemia superior ou igual a 92mg/dl
 - ii. à 1 hora, glicemia superior ou igual a 180mg/dl
 - iii. às 2 horas, glicemia superior ou igual a 153mg/dl

No momento em que qualquer médico confirme o diagnóstico de diabetes obriga-se à emissão de receita com prescrição do “Guia da pessoa com diabetes”.

CLASSIFICAÇÃO DA DIABETES MELLITUS

A classificação actual estabelece a existência de quatro tipos clínicos, etiologicamente distintos:

- a) Diabetes tipo 1
- b) Diabetes tipo 2
- c) Diabetes gestacional

d) Outros tipos específicos de diabetes.

CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA

A Diabetes é uma patologia heterogênea relativamente à sua etiologia (DGS).

Diabetes Tipo 1

Resulta da destruição das células B dos ilhéus de Langerhans do pâncreas, com insulinopenia absoluta, passando a insulinoterapia a ser indispensável para assegurar a sobrevivência. Na maioria dos casos, a destruição das células dá-se por um mecanismo autoimune, denominando-se diabetes tipo 1 auto-imune.

Nalguns casos não se consegue documentar a existência do processo imunológico, passando nestes casos a denominar-se diabetes tipo 1 idiopática.

Quando a destruição da célula B é súbita, a cetoacidose é muitas vezes a primeira manifestação da diabetes tipo 1.

A diabetes tipo 1 corresponde a 5-10% de todos os casos de diabetes, sendo mais comum na infância e adolescência.

Diabetes Tipo 2

A Diabetes tipo 2 é a forma mais frequente de Diabetes, representando 90-95% de todos os casos de diabetes e, muitas vezes, está associada a obesidade, principalmente a abdominal, a hipertensão arterial, a dislipidemia e inactividade física.

Actualmente, e para a População da Europa, o factor envelhecimento é de suma importância no aparecimento deste tipo de Diabetes.

É o tipo de diabetes no qual recai o presente estudo.

Resulta da existência de insulinopenia relativa, com maior ou menor grau de insulinorresistência. Deve-se à resistência do organismo na utilização da insulina, ou a uma relativa insuficiência na sua produção (secreção compensatória de insulina inadequada), onde a resistência em questão refere-se à perda de sensibilidade dos tecidos relativamente à insulina, que torna menos efectiva a estimulação para captar glicose.

Trata-se de uma doença crónica, causada por factores ambientais, genéticos e pelo estilo de vida, com um elevado índice de morbilidade e mortalidade. Os seus principais predisponentes ainda não foram totalmente identificados. Há vários factores possíveis para o desenvolvimento da Diabetes tipo2, entre os quais:

- Obesidade, alimentação inadequada e inactividade física
- Envelhecimento
- Resistência à insulina
- História familiar de Diabetes (heterogeneidade genética)
- Ambiente intra-uterino dismetabólico
- Etnia.

O aumento da prevalência da Diabetes tipo 2 está associado às rápidas mudanças culturais e sociais, ao envelhecimento da população, à crescente urbanização, às alterações alimentares, à redução da actividade física e a estilos de vida não saudável, bem como a outros padrões comportamentais.

O diagnóstico de Diabetes tipo 2 ocorre geralmente após os 40 anos de idade, mas pode ocorrer mais cedo, associada à obesidade, principalmente em populações com elevada prevalência de Diabetes.

Acreditava-se, há pouco tempo, que a diabetes tipo 2 era uma doença específica da fase adulta relacionada com os estilos de vida não saudáveis. Entretanto, de acordo com Oliveira et al. (2004), percebe-se que tal não acontece na actualidade, pois verifica-se um aumento da sua incidência em crianças com problemas de obesidade. A tendência mundial é o aumento de incidência de diabetes tipo 2, mesmo na infância e na adolescência. Com a urbanização, a infância deixou para trás as brincadeiras de rua para ter elevada comodidade frente a um computador!

As alterações no estilo de vida começam em criança e adolescente, ajudando a elevar o nível de stress e a estimular o sedentarismo, o que predispõe a prevalência de crianças e adolescentes obesos.

O excesso de gordura corporal bloqueia a captação da insulina pelos receptores celulares, elevando os níveis de glicose no sangue. O pâncreas, por seu lado, aumenta a produção de insulina, fazendo com que os níveis

de glicemia voltem a subir, e conseqüentemente, que a diabetes tipo 2 se desenvolva.

A maioria dos indivíduos com este tipo de diabetes não necessita de insulina exógena para sobreviver, fazendo normalmente medicação oral. No entanto, muitos são os casos onde é necessário também recorrer à administração de insulina.

A Diabetes tipo 2 é clinicamente silenciosa, pois pode ser assintomática durante muitos anos na maioria dos casos, e é diagnosticada frequentemente em exames de rotina ou no decurso duma hospitalização por outra causa.

Diabetes gestacional

A diabetes gestacional corresponde a qualquer grau de anomalia do metabolismo da glicose diagnosticado, pela primeira vez, durante a gravidez:

Na gravidez, a prova de tolerância à glicose obriga à colheita de sangue para doseamento de glicemia às 0, 1 e 2 horas.

O controlo dos níveis de glicose no sangue reduz significativamente o risco para o recém-nascido. Pelo contrário, o aumento do nível de glicose materna pode resultar em complicações maternas, nomeadamente HTA, pré-eclampsia, hidramnios e parto distócico e para o recém-nascido, nomeadamente macrossomia, traumatismo de parto, hipoglicemia e icterícia. As mulheres que tiveram Diabetes gestacional apresentam um risco aumentado de desenvolver Diabetes tipo 2 em anos posteriores.

A Diabetes Gestacional está também associada a um risco aumentado de obesidade e de perturbações do metabolismo da glicose durante a infância e a vida adulta dos descendentes.

Outros Tipos de Diabetes

Os outros tipos específicos de diabetes correspondem a situações em que a diabetes é consequência de um processo etiopatogénico identificado, como:

- i. defeitos genéticos da célula B;
- ii. defeitos genéticos na acção da insulina;
- iii. doenças do pâncreas exócrino;

- iv. endocrinopatias diversas;
- v. diabetes induzida por químicos ou fármacos.

COMPLICAÇÕES DA DIABETES

Com o passar dos anos, os diabéticos podem vir a desenvolver uma série de complicações, que são as principais causas de morbidade e mortalidade na diabetes.

O diagnóstico precoce, o bom controlo metabólico e a vigilância periódica são as principais armas para prevenir ou atrasar o início e a evolução das complicações.

As **complicações agudas** da diabetes são:

- cetoacidose diabética,
- síndrome hiperosmolar hiperglicémico
- hipoglicémia.

Todas implicam risco de vida, caso o doente não seja tratado a tempo.

Alguns autores referem que cerca de 30-40% dos casos de cetoacidose diabética e 32-60% dos casos de síndrome hiperosmolar hiperglicémico são causados por infecções agudas.

A hipoglicémia é a complicação mais frequente da terapêutica com insulina e resulta numa queda dos níveis séricos da glicemia. Como nos referem André e Gonçalves (2002:219), *“A hipoglicémia é definida pela tríade de Whipple: sintomas de hipoglicémia; glicemia inferior ou igual a 50 mg/dl no momento da crise; desaparecimento dos sintomas por ingestão ou administração endovenosa de glicose.”*

A prevenção destas situações, consegue-se através de um grande investimento de tempo e saber, na educação, ensino e conscientização para a adesão terapêutica dos indivíduos com diabetes e seus familiares.

Para Correia e Boavida (2001), aproximadamente 40% das pessoas com diabetes vêm a ter **complicações crónicas** graves da sua doença. Estas complicações evoluem de uma forma silenciosa. Na diabetes tipo 1, estas aparecem normalmente a partir de 7-10 anos de evolução da doença, ao passo que, na diabetes tipo 2 muitas vezes é o aparecimento de complicações que vai permitir o diagnóstico da doença, (Couto e Camarneiro, 2002).

Segundo Azevedo (2002:17) *“São várias as hipóteses para explicar as complicações crônicas da diabetes, mas há hoje uma certa unanimidade em considerar a hiperglicémia mantida como a causa principal.”*.

No entanto, é possível reduzir os danos através de um controlo rigoroso da glicemia, da tensão arterial e dos lípidos, bem como, de uma vigilância periódica dos órgãos mais sensíveis.

As complicações vasculares são as que resultam em quadros clínicos mais graves, têm uma contribuição decisiva na morbidade e mortalidade na diabetes e podem ser divididas em complicações micro e macrovasculares. A **doença microvascular** apresenta uma estreita relação com a duração e a gravidade da hiperglicémia e pode traduzir-se no aparecimento de retinopatia, nefropatia, neuropatia (por alterações metabólicas no nervo) e doença microvascular periférica. A **retinopatia diabética** (RD) é citada como a maior causa de perda de visão e de comprometimento visual em adultos, nos países desenvolvidos. A detecção atempada das lesões da retinopatia e o seu tratamento podem evitar entre 60 a 70% das cegueiras provocadas pela diabetes.

Duarte e Zeller (2002:264) dizem-nos que *“...a retinopatia é a causa de mais de 80% dos casos de cegueira devido à diabetes”*. Verifica-se que a prevalência da RD é maior na diabetes tipo 1 do que na diabetes tipo 2. No Reino Unido foram efectuados grandes rastreios epidemiológicos, tendo-se chegado à conclusão que a RD pode ter início 4 a 7 anos antes do diagnóstico da diabetes tipo 2, o que deixa antever que a diabetes tipo 2 pode ter o seu início entre 9 a 12 anos antes do seu diagnóstico clínico.

Na coorte do estudo UKPDS (*United Kingdom Prospective Diabetes Study*) verificou-se que 36% dos diabéticos tipo 2 apresentavam RD.

A **nefropatia diabética** caracteriza-se, pela presença de proteinúria persistente (superior a 0,5g/24 horas) e por insuficiência renal progressiva. A hiperglicemia mantida durante anos é uma condição necessária, mas não suficiente, para o desenvolvimento e progressão da nefropatia diabética. Não se encontram ainda determinados, quais os factores de risco associados, mas vão sendo sugeridos outros que se encontram em avaliação, tais como: os factores raciais, genéticos, fisiopatológicos e ambientais. A evolução da nefropatia diabética é lenta e silenciosa, mas nos diabéticos insulino dependentes, no prazo de 5 a 10

anos após o início da proteinúria, atinge-se a fase de insuficiência renal avançada com ou sem síndrome nefrótica. A hipertensão arterial está quase sempre presente e costuma ser de controlo difícil (Barbas, 2002).

Carvalho e Duarte (2002) referem que no estudo europeu *Eurodiab*, a prevalência da **neuropatia** era de aproximadamente 35% para os diabéticos tipo 2. No entanto, têm sido encontradas variações entre os 28% e os 40%. Num estudo realizado em Portugal, na consulta de triagem de diabetes do Hospital de Santa Maria, foi encontrada uma prevalência elevada de cerca de 40% de diabéticos com queixas relacionadas com polineuropatia periférica em diabéticos tipo 2. Esta complicação acarreta graves implicações a nível pessoal e social, especialmente quando se manifesta pelo desenvolvimento do pé diabético.

Ainda de acordo com os mesmos autores, o **pé diabético** caracteriza-se por alterações tróficas a nível do pé, com a panóplia de feridas e infecções. A perda de sensibilidade que resulta da neuropatia dá origem a feridas que progridem sem dor o que faz com que o diabético não as valorize. Devido à dificuldade de cicatrização surge o risco de gangrena e a amputação. Segundo Caldeira e Pape (2002:369), *“A amputação de um membro continua ainda hoje a ser uma das mais temidas complicações da diabetes, e os problemas do pé diabético continuam a ser uma das principais causas de internamento dos diabéticos.”*

As amputações dos membros podem ocorrer também, de acordo com o que dizem Pedro e Fernandes (2002), devido ao facto dos doentes diabéticos apresentarem um risco elevado de **doença arterial oclusiva dos membros inferiores** que parece ser cerca de cinco vezes superior à dos não diabéticos e que além disso, tem um carácter clínico de maior gravidade, sofre progressão mais acelerada e surge em idades mais jovens.

O risco de amputação é determinado, não só pela presença de doença arterial oclusiva mas, também potenciado pela associação de infecções.

A **macroangiopatia** é multifactorial na sua etiopatogenia, e resulta no aparecimento de doença cardio-cerebro-vascular, e doença vascular periférica. Os factores responsáveis pelo desenvolvimento aterosclerótico no diabético são: a hipertensão arterial, a hiperlipoproteinemia, a hiperinsulinemia, o tabaco, a obesidade, a hiperglicemia, as alterações

hemorreológicas, o stress, o sedentarismo, o álcool e os factores genéticos.

Mais de metade dos diabéticos sofrem e morrem prematuramente, por **doenças cardiovasculares**. No total esta doença é causa de mortalidade em mais de 80% dos diabéticos do tipo 2. Segundo a American Diabetes Association (ADA) 2003, nos diabéticos a doença cardiovascular é a principal causa de mortalidade e é também um contribuinte major para a morbidade e para os custos directos e indirectos desta doença. A diabetes tipo 2 constitui um factor de risco independente de doença macrovascular e a hipertensão arterial e a dislipidémia adjuntas, são também factores de risco cardiovascular. Os estudos clínicos têm mostrado a eficácia da redução dos factores de risco cardiovascular na prevenção e retardamento desta doença.

Segundo Correia e Boavida (2001), a hipertensão arterial é duas vezes mais comum em diabéticos, e aumenta com a idade. A hipertensão e a diabetes são doenças inter-relacionadas que, se não controladas, aumentam o risco de doença vascular aterosclerótica. Não é pois de estranhar que a ocorrência de **acidente vascular cerebral** é duas vezes maior em pessoas com diabetes e hipertensão do que numa pessoa que sofra apenas de hipertensão, (Feldman, 2000).

A **disfunção sexual** é outra complicação decorrente da diabetes que nem sempre é muito valorizada ou abordada, mas que tem um papel importante na qualidade de vida do diabético. É uma das queixas mais frequentes nos homens diabéticos, no entanto, a maioria não o refere de forma espontânea.

A forma que existe de evitar a instalação de complicações, quer agudas, quer crónicas, é conseguir que o diabético se mantenha controlado pelo maior tempo possível. Para isso, é importante que se criem condições que permitam ao diabético ter oportunidade de gerir a sua doença. A instauração de um plano terapêutico adequado, bem como a motivação do diabético para o cumprir, são armas fundamentais.

A DIABETES MELLITUS TIPO 2 COMO DOENÇA CRÓNICA

“Para combater a pandemia da Diabetes no século XXI todos temos o dever de assumir as nossas responsabilidades” (Farinha, 2004)

A Diabetes tipo 2 tem um mecanismo fisiopatológico complexo e não completamente elucidado, relacionando-se com o mau funcionamento ou diminuição na resposta dos receptores de glicose, presentes no tecido periférico à insulina. Nestes casos, a produção de insulina pode estar ou não normal. Dado que os receptores estão a funcionar indevidamente, a insulina não consegue promover a entrada de glicose necessária para dentro das células, aumentando também as concentrações da glicose na corrente sanguínea. Passa-se o fenómeno de “resistência à insulina”. As células beta do pâncreas aumentam a produção de insulina e, ao longo dos anos, a resistência à insulina acaba por levar as células beta à exaustão.

Independentemente da predisposição hereditária, a Diabetes tipo 2 é desencadeada normalmente por hábitos não saudáveis, estando por isso associada a factores ambientais, erros ou alterações nos hábitos alimentares, sedentarismo e stresse. Em 90-95% dos casos são obesos, hipertensos e dislipidémicos.

As graves alterações nos hábitos de vida dos jovens está a desencadear um aumento de incidência deste tipo de diabetes em adolescentes e jovens.

Actualmente trata-se duma das doenças crónicas onde se conhecem os factores predisponentes, que permitem identificar grupos de risco, nos quais se pode intervir. É possível actuar com elevada relação custo-benefício. No entanto, o nº de pessoas portadoras desta patologia é cada vez maior.

A incidência é crescente com a idade e pode manter-se assintomática durante anos. Devido à sua evolução silenciosa, (a tríade clássica dos sintomas da diabetes mellitus pode desenvolver-se muito lentamente) muitos dos casos são diagnosticados tardiamente e permanecem por diagnosticar. A evolução lenta do quadro de hiperglicémia origina, na altura do diagnóstico, o aparecimento de lesão nos órgãos alvo. A hiperglicemia vai produzir um efeito tóxico no pâncreas, mais exactamente a nível das células beta, e nos tecidos insulino sensíveis, levando a um ciclo vicioso conhecido por “toxicidade da glicose”.

As pessoas com este tipo de diabetes têm níveis altos de produção de insulina durante anos mas, à altura do diagnóstico já existe insulinopenia,

que se vai agravando com o decorrer dos anos o que dificulta o controlo metabólico.

A DIABETES MELLITUS TIPO 2: PROBLEMA DE SAÚDE GLOBAL

A Diabetes Mellitus apresenta uma prevalência crescente em todo o mundo, podendo tornar-se uma pandemia nas próximas décadas, devido ao aumento do envelhecimento populacional e aumento da prevalência da obesidade e da inactividade física. Foi estimada uma prevalência a nível mundial (Atlas IDF, 5ª edição 2011) incluindo todos os grupos etários (20-79 anos), de 9,9% em 2030, sendo que o nº de pessoas diabéticas poderá aumentar de 366 milhões em 2011 para 552 milhões em 2030.

A prevalência total da Diabetes ajustada à população portuguesa em 2010 foi de 12,4%, com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, o que correspondeu a cerca de 981 mil indivíduos. Em termos de decomposição da taxa de prevalência da Diabetes, 7,0% já havia sido diagnosticada e a prevalência de diabetes não diagnosticada foi de 5,4%.

Relativamente à tolerância diminuída à glicose, o nº de indivíduos em 2011 foi de 280 milhões e em 2030 será de 398 milhões respectivamente.

A diabetes é um factor de risco independente para doença cardiovascular, associando-se a um aumento de risco da mesma de 2 a 4 vezes. É comum a hipertensão, a dislipidemia e a obesidade abdominal coexistirem com a Diabetes tipo 2, e agravarem ainda mais o risco. As mulheres com diabetes tipo 2 têm um risco relativo ajustado para enfarte de miocárdio superior ao dos homens.

Por outro lado, as doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade e morbidade na Europa, sendo expectável que aumentem na próxima década, mormente devido às alterações demográficas, aumento de inactividade física, aumento da prevalência da obesidade e da diabetes mellitus. De 20-30% do número total de doentes internados por enfarte agudo do miocárdio são diabéticos.

O estudo VALSIM (Estudo Epidemiológico de Prevalência da Síndrome Metabólica na população Portuguesa) permitiu concluir que a prevalência da Síndrome Metabólica nos utentes adultos dos cuidados de saúde primários é elevada, atingindo 27,5%, estando fortemente associada à

ocorrência de Doença Cérebro-vascular e em particular de Diabetes Mellitus. Constatou-se que a prevalência de Diabetes Mellitus na população estudada foi muito elevada, mas semelhante à encontrada noutros estudos epidemiológicos realizados no âmbito dos cuidados de saúde primários, o que reflecte a diabetes ser um problema de saúde global. Nos diabéticos avaliados neste estudo, a prevalência de obesidade foi de 84,6%. A prevalência de obesidade abdominal (segundo os critérios do NCEP-ATP III) foi de 69,3%. Verificou-se que 74,6% dos diabéticos tinham colesterol total superior ou igual a 200mg/dl.

A abordagem da Diabetes Mellitus nos cuidados de saúde primários no continente e ilhas pode e deve ser melhorada, pois 9,8% dos doentes não estão medicados e 48,3% não estão controlados.

Torna-se imprescindível promover junto da população em geral mas de forma eficaz, a adopção de estilos de vida saudáveis.

Esta doença é um grave problema de Saúde Pública, que envolve elevados custos sociais e económicos associados ao aumento de morbilidade e mortalidade, além das despesas de vigilância e terapia crónica. Serão de salientar os custos e sofrimentos pessoais relacionados com as complicações tardias, os quais não podem ser quantificados!

CONTROLO E TRATAMENTO DA DIABETES TIPO 2

É difícil pensar que se deve tratar uma doença que não tem sintomas, ou melhor, que estes não incomodam muito, pelo menos no seu início. No entanto, existe a certeza de que **Diabetes tipo2 não tratada** pode levar a:

- maior risco de trombose e doença cardio-vascular;
- doenças nos olhos, que levam à cegueira, e doenças nos rins que levam à hemodiálise e transplante;
- má circulação nas pernas e pés, com risco acrescido de amputações.

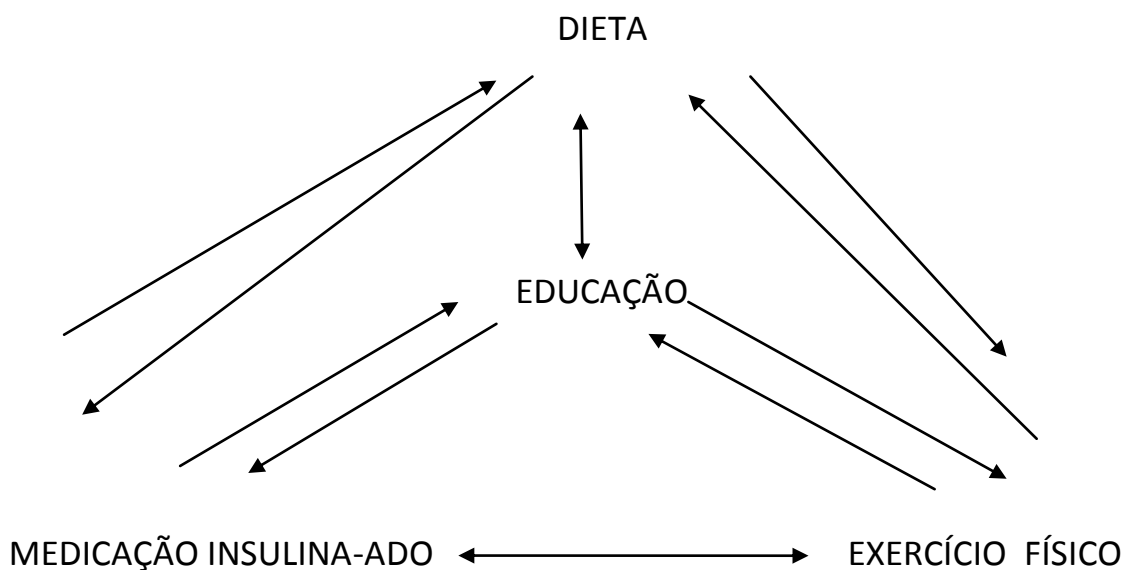
Sendo a Diabetes Mellitus tipo2 uma doença crónica sem cura, a sua ênfase médica deve ser evitar/administrar problemas relacionados com a doença a curto ou longo prazo.

Ter a diabetes bem controlada significa ter níveis de açúcar no sangue dentro de certos limites, o mais próximo possível da normalidade, evitando a instalação de complicações tardias. No entanto, este é um

objectivo que nem sempre é fácil de alcançar, pois a Diabetes é uma perturbação metabólica permanente mas dinâmica, e por isso sujeita a variações dependentes da alimentação, do exercício físico, da medicação, do stress e das doenças intercorrentes. Deste modo, a pessoa diabética que está consciente destes elementos, deve basear a sua actuação na tríade terapêutica (fig.1)

Os três elementos desta tríade, quando presentes, estão interligados e as suas variações reflectem-se no equilíbrio metabólico do diabético.

Figura nº 1- Tríade Terapêutica



Fonte: Caldeira e Osório (2002: 79)

Atendendo a vários factores (idade, tipo de vida, actividade, existência de outras doenças...), definem-se os valores de glicemia que cada pessoa deve ter em jejum e depois das refeições.

Dada a frequente associação da Diabetes com a hipertensão arterial e o colesterol elevado, que podem agravar as suas complicações, o controlo destes dois factores de risco faz parte integrante do controlo da Diabetes.

As pessoas com diabetes (tipo 1) devem corrigir as alterações metabólicas após o diagnóstico e a médio/longo prazo manter a manutenção de um equilíbrio metabólico constante, para se evitarem os sintomas que

resultam da hipo/hiperglicémia e a diminuição dos riscos de complicação a longo prazo.

O primeiro passo no tratamento da Diabetes é o mais importante e implica uma correcção alimentar individual e actividade física diária (o exercício regular - até o andar a pé, permite que o organismo aproveite melhor o açúcar que tem em circulação). Muitas vezes, este primeiro passo, com a eventual perda de peso, se este for excessivo, é o suficiente para manter a Diabetes controlada (pelo menos durante algum tempo).

O tratamento deve enfatizar a manutenção dos níveis de glicemia em níveis considerados normais, de forma a prevenir a descompensação aguda (hipoglicemia, cetoacidose), evitando ou minimizando os riscos de complicações tardias. Este controlo glicémico exige que o diabético modifique o seu estilo de vida, podendo esta alteração ser muito penosa para ele. É importante que a pessoa diabética seja seguida por uma equipa multidisciplinar, tendo por isso um papel activo no seu tratamento. A “American Diabetes Association” (ADA) preconiza que todo o plano de tratamento deve ser individualizado, resultando dum esforço comum entre o paciente, a sua família e a equipa de saúde.

O tratamento é baseado em cinco conceitos:

- Conscientização e educação do paciente
- Alimentação e dieta adequada, a cada tipo de paciente
- Vida activa, mais do que simplesmente exercícios, adaptada a cada tipo de paciente
- Medicamentos (hipoglicemiantes orais e/ou insulina, quando o paciente não responde à medicação oral)
- Monitorização dos níveis de glicose e hemoglobina glicada.

Para conseguir os objectivos terapêuticos, os indivíduos diabéticos devem seguir, de uma forma rigorosa e integrada, um conjunto de orientações no domínio alimentar, na actividade física e na administração de insulina (Woolfsodrf, Anderson & Pasquarello, 1994). Um controlo cuidadoso é necessário para reduzir os riscos das complicações a longo prazo.

Diferentes estudos têm demonstrado a relação entre a magnitude-tempo de hiperglicemia e o aparecimento de complicações crônicas da Diabetes. De tudo o que acabámos de afirmar não será difícil compreender que o plano terapêutico na Diabetes só terá sucesso se existir uma participação activa do paciente.

Podemos considerar que nenhum Diabético está bem tratado sem um estado de nutrição adequado. O **peso corporal** é uma medida muito importante na vigilância e controlo da Diabetes. Estima-se que 80-90% dos Diabéticos tipo2 sejam obesos. O excesso de massa corporal parece propiciar um aumento nas taxas normais de secreção da insulina, no entanto, a resistência a esta hormona faz a glicemia permanecer elevada. A avaliação do **Índice de massa corporal (IMC)**, obtida através da razão entre o peso e o quadrado da altura, é uma forma fácil para indicar se o paciente tem ou não excesso de peso, sendo que superior a 30 é considerado obeso.

A avaliação do **perímetro abdominal** deve fazer parte da auto-vigilância porque existe uma estreita relação entre a obesidade central tipo andróide, a hipertensão, a dislipidémia e a insulino-resistência.

A medição da **tensão arterial** é um parâmetro muito importante pois a HTA constitui um importante factor de risco para as doenças cardiovasculares, sendo agravado quando existe associado à Diabetes.

Os cuidados com os **pés** têm uma importância indiscutível no controlo da doença. Sabe-se que 50% das amputações realizadas em diabéticos poderiam ser evitadas se fossem ensinados a prestar cuidados preventivos nos pés (Vieira, 2001).

ALIMENTAÇÃO

A **educação alimentar** é a base de qualquer programa terapêutico da Diabetes e a única constante da tríade terapêutica.

A regulação calórica e a actividade física são muito eficazes na prevenção da diabetes, mas o aconselhamento é geralmente ineficaz para mudar estilos de vida.

A alimentação da pessoa com diabetes deve ser individualizada de acordo com as necessidades calóricas diárias, actividade física e hábitos alimentares. Dever-se-á efectuar um inquérito, para que o profissional de

saúde compreenda como é que o diabético se alimenta, sendo a partir dos seus hábitos que se fazem os devidos ajustes e se elabora o plano alimentar. É importante que a pessoa com diabetes compreenda a necessidade de retirar da sua alimentação diária os açúcares de absorção rápida, como a sacarose.

No DM2 obeso, o que ocorre em 85%-90% dos casos, dever-se-á diminuir o valor calórico diário em 15-30%, no mínimo. Deste modo, reduzir-se-iam três factores de risco para doença cardiovascular: a obesidade, a dislipidemia e a hipertensão arterial. Uma dieta hipocalórica por si só melhora a sensibilidade à insulina e reduz a hiperglicemia, independente da perda de peso. Quanto ao teor de HC da dieta, recomenda-se 50-60% do total de calorias. Deve incentivar-se o consumo de fibras, 20-35g /dia.

O teor de proteína deve ser entre 10-20% do total de calorias, uma vez que a dieta rica em proteínas e a hiperglicemia podem aumentar a taxa de filtração glomerular, não se sabendo se interferem na progressão da nefropatia diabética. Para pacientes com nefropatia, recomenda-se 0.6-0,8g/kg de peso de proteína.

A ingestão de alimentos polinsaturados deverá ser de 10%, 10% de gordura mono-insaturada e menos que 10% de HC de acção rápida.

EXERCÍCIO FÍSICO

O **exercício físico** é outro dos elementos da tríade terapêutica, juntamente com o regime alimentar e a medicação, tendo um papel fundamental no tratamento da Diabetes. A prática regular de exercício físico apresenta uma relação inversa com os riscos de doenças crónicas não transmissíveis, tendo um efeito positivo na qualidade de vida do indivíduo. O exercício físico contribui para a prevenção primária da Diabetes tipo2, melhora a sensibilidade à insulina, diminui a hiperinsulinemia, aumenta a captação muscular de glicose, melhora o perfil lipídico, a hipertensão arterial, além da sensação de bem-estar físico e psíquico decorrente que combate por sua vez, o stresse. Também pode contribuir para a perda de peso.

De acordo com a APDP, Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, *“ as recomendações iniciais sobre a actividade física devem ser modestas,*

segundo os desejos e as capacidades de cada doente, ser gradualmente crescentes em duração e frequência até 30-45min ...”

Foram realizados alguns estudos que revelaram que a incidência de retinopatia é superior em pessoas com Diabetes que tenham uma vida sedentária, 36% em mulheres sedentárias e 48% em homens sedentários, contra apenas 16% em mulheres e homens que praticavam exercício físico. No entanto, deverá ser feita uma cuidadosa avaliação quanto à presença de complicações macro e microvasculares no DM (diabetes mellitus), para definir os tipos de exercícios mais apropriados, caso a neuropatia, a nefropatia e/ou a retinopatia estejam presentes. Recomenda-se caminhadas de 30-40 minutos 3-4 vezes por semana.

A prática de exercício físico induz também, uma diminuição dos níveis de triglicéridos de 11-16%, do colesterol de 3-10% e aumento de HDL em 3%. No indivíduo com glicemia menor que 100mg/dl recomenda-se um pequeno lanche antes de iniciar o exercício físico. Aquele que tem níveis glicémicos maiores que 250mg/dl e com cetose, deverá evitar esses lanches, antes do exercício.

INSULINOTERAPIA

Em doentes com diabetes mellitus tipo2, quando a terapia oral se mostra insuficiente para um adequado controlo metabólico, deve ser iniciada terapêutica injectável com insulina. Trata-se de mais um complemento do que um substituto para a terapêutica oral já realizada.

Torna-se necessário recorrer à insulina, em diabéticos sintomáticos, com hiperglicemia grave (HbA1c superior a 8%) mesmo recém-diagnosticados, durante a gravidez ou em situações de patologia grave associada ou nas pessoas com diabetes que não respondam ao tratamento com o regime alimentar, exercício físico e/ou hipoglicemiante (s) oral (s).

Em Portugal, as insulinas que são comercializadas são as humanas e os análogos de insulina (insulinas modificadas para melhorar a sua farmacocinética), ambas produzidas por técnicas de engenharia genética.

As insulinas dividem-se por:

-Início de acção - tempo que demora a insulina depois de injectada a começar a actuar

- Pico máximo - período de tempo em que a insulina actua com maior actividade
- duração de acção - tempo que a insulina actua no organismo.

HIPERGLICEMIA

Em indivíduos normais, a ingestão de glicose estimula a produção de insulina, que tem efeitos homeostáticos. Nas pessoas com Diabetes, sem insulina endógena adequada, a obtenção de homeostasia com insulina exógena é difícil.

Há dados, em número crescente, que apoiam a ideia de que o alvo, para além da normalização da glicemia em jejum, deve ser a hiperglicemia pós-prandial de forma a conseguir baixar-se os níveis de HbA1c e reduzir complicações micro e macrovasculares, associadas com a hiperglicemia crónica. O grau de elevação da glicemia pós-prandial depende fundamentalmente do conteúdo de hidratos de carbono de uma refeição. A redução da ingestão de hidratos de carbono pode reduzir de forma adequada a glicemia pós-prandial e os níveis de hemoglobina glicada A1c. A contagem de hidratos de carbono consiste em ajustamentos flexíveis da dose de insulina da refeição, com base na estimativa do conteúdo da refeição em gramas de hidratos de carbono. Esta abordagem tem sido muito eficaz em pessoas onde que é necessário gerir de forma intensiva a insulino-terapia, incluindo os que usam bombas infusoras de insulina.

A hiperglicemia crónica leva ao aumento do risco de perturbações vasculares, renais, oculares e neurológicas. A hiperglicemia mesmo que ligeira está associada com doença macrovascular. De forma semelhante, a hiperglicemia que aparece durante um enfarte de miocárdio ou um acidente vascular cerebral associa-se com pior prognóstico. Os dados mostram que quer a hiperglicemia aguda quer a crónica, podem aumentar a morbidade e a mortalidade. Este facto faz com que a Diabetes seja actualmente, a causa principal de cardiopatia, nefropatia e cegueira, manifestações que apesar de surgirem a longo prazo, podem estar já presentes na adolescência (Lindgren & col.).

HIPOGLICEMIA

A **hipoglicemia** é a complicação aguda e sintomática mais frequente na Diabetes, sendo o mais importante factor na limitação dos programas de tratamento intensivo. Nas pessoas com DMT2 a hipoglicemia é pouco frequente devido à insulinoresistência associada. Os sinais e sintomas podem variar bastante nos doentes com diabetes mellitus tipo 2, o que pode contribuir para a não identificação da situação.

Se as hipoglicemias se repetirem com frequência, pode iniciar-se um ciclo vicioso de reacções fisiológicas que mascaram ou reduzem os sintomas que avisam o doente da iminência dum episódio. Isto pode levar a que as hipoglicemias não sejam reconhecidas e os episódios de hipoglicemia aumentem de gravidade. O receio da hipoglicemia noturna pode levar os pacientes a não fazerem um controlo intensivo da glicemia.

A hipoglicemia é definida como uma descida dos níveis de glicose no sangue, para valores inferiores a 55mg/dl. O tratamento da hipoglicemia exige um suplemento imediato de glicose. Os sintomas de hipoglicemia são primariamente o resultado da redução dos níveis de glicemia ao nível do cérebro e das suas consequências ao nível do sistema nervoso central autónomo. Os valores baixos de açúcar levam ao incorrecto funcionamento de muitos sistemas orgânicos. O cérebro é particularmente sensível aos valores baixos de açúcar, pois a glicose é a sua principal fonte de energia. O cérebro responde aos valores baixos de glicose no sangue, onde o sistema nervoso estimula as glândulas supra-renais a libertar adrenalina. Isto provoca, a libertação de açúcar por parte do fígado para ajustar a sua concentração no sangue. Se esta for demasiado baixa, o funcionamento do cérebro pode ficar comprometido. Existem dois tipos de sintomas: a neuroglicopenia e a inibição do metabolismo neuronal, que causam sensação de calor, fraqueza, fadiga, dificuldade de concentração, confusão, alterações comportamentais e nas situações mais graves, perda de consciência, convulsões, lesão cerebral e mesmo morte.

Os sintomas neurogénicos são mediados por hormonas e neurotransmissores segregados em resposta aos baixos níveis de glucose no cérebro. Produzem-se os sintomas de aviso-tremor, palpitações, ansiedade, sudação, sensação de fome e sensação de formigueiro. Isto

acontece sobretudo em casos de hipoglicemia iatrogénica (excesso de insulina endógena ou exógena).

A hipoglicemia nas pessoas com diabetes tem várias causas: inadequação da dose de insulina ou de sulfonilureias, alimentação inadequada e actividade física intensa.

MONITORIZAÇÃO DA GLICOSE

O sucesso no controlo quotidiano da diabetes pode ser em grande parte conseguido através de um processo de auto-regulação que agrupa um conjunto de tarefas sob a designação de **auto-monitorização**. A auto-monitorização possibilita ao doente, sem consulta ao médico, assumir a responsabilidade autónoma pelo ajuste quotidiano das doses de insulina, em função da alimentação, da actividade física, das rotinas quotidianas ou qualquer intercorrência, como uma doença infecciosa.

O “ United Kingdom Prospective Study (UKPDS)” em DM2 tratados com dieta, insulina e/ou hipoglicemiantes orais, mostraram a importância fundamental do controle glicémico na prevenção ou redução das complicações micro e macrovasculares. Este estudo permitiu concluir que o controlo rigoroso da glicemia, através da monitorização da HbA1C, da HTA e dos níveis de colesterol, diminuiu significativamente a incidência das complicações tardias da Diabetes, com vantagens na relação custo-benefício e aumento da esperança de vida dos doentes.

MONITORIZAÇÃO DA GLICOSE NO SANGUE

O melhor modo de saber se uma pessoa com Diabetes tem a doença controlada é efectuar testes de glicemia capilar diariamente e várias vezes ao dia, antes e depois das refeições. A auto-monitorização dos níveis de glicose delega poder aos doentes para fazer o controlo da sua doença e do seu próprio tratamento.

É essencial conscientizar o diabético da sua participação no controle glicémico, com determinação de glicemia capilar, como proceder em situações de hiper ou hipoglicemia, nas infecções e na gravidez. Isto melhora o controlo da DM e diminui a frequência de internamentos.

A monitorização assenta na pesquisa quotidiana dos níveis de glicemia sanguínea, através da colheita de uma gota de sangue. Um dispositivo

automático realiza uma picada relativamente indolor na extremidade de um dedo da mão, possibilitando a colheita de uma gota de sangue para uma —tira testell a qual é lida de forma numérica num dispositivo calibrado. A frequência e o momento da realização desta operação deverão ser determinadas pelas necessidades e objectivos terapêuticos estabelecidos para o doente. Consideram-se aceitáveis valores até 100mg/ml. Os valores das glicemias sanguíneas dependem da absorção da insulina pelo organismo, da sensibilidade individual à insulina, da quantidade e intensidade do exercício físico realizado, da alimentação (em particular dos hidratos de carbono) e do tempo decorrido desde a última refeição, de factores hormonais (puberdade, ciclo menstrual), presença de doença aguda ou factores psicológicos como a ansiedade. O óptimo uso da auto-monitorização exige uma interpretação adequada dos dados obtidos. Os pacientes devem ser ensinados a utilizar os dados para efectuar acertos na terapia. Quando os resultados se afastam do intervalo aconselhável, indicam a necessidade de reduzir a dose de insulina, de ingerir alimentos (tanto mais urgente quanto mais inferiores a 60 mg/dl); ou então de diminuir a quantidade de calorias a ingerir na refeição que se segue, ou praticar mais exercício físico (Wolfsdorf, Anderson & Pasquarello, 1994; Sperling, 1995; ADA, 1999c).

MONITORIZAÇÃO DA HbAc1

O melhor parâmetro para avaliar o estado de controlo da Diabetes é a determinação da **Hemoglobina A1C** (hemoglobina glicada). É uma análise ao sangue, que reflecte a média dos valores de glicemia dos últimos 3 meses, monitorizando a eficácia e a adesão terapêutica farmacológica e não farmacológica. A hemoglobina glicada representa um componente da hemoglobina presente na circulação sanguínea que se combinou, de forma não enzimática, com moléculas de glicose, alterando a sua estrutura. Foi designada inicialmente de hemoglobina rápida, onde a mais importante relativamente à Diabetes, é a fracção A1C. Pode corresponder de 3-6% da Hb total em pessoas normais, alcançando até 20% ou mais em diabéticos mal controlados. A percentagem de HbA1c depende da concentração de glicose no sangue, do tempo de duração da exposição da hemoglobina à glicose e do tempo de meia vida dos eritrócitos. O valor da

hemoglobina glicada é um avaliador do controlo metabólico superior ao obtido pela medição diária de glicemia. Quanto mais baixa a concentração destes glóbulos na corrente sanguínea, melhor o controlo metabólico e menor a probabilidade de ocorrência de complicações a longo prazo. A associação entre a HbA1C e a Diabetes Mellitus já é conhecida desde a década de 60. No entanto, a real utilidade deste parâmetro laboratorial passou a ser conhecida após a publicação de dois estudos muito importantes:

-Diabetes Control and Complications Trial, de 1993

- United Kingdom Prospective Diabetes Study, de 1998.

O DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) é o laboratório de referência onde todos os laboratórios padronizam os seus resultados, pois estes últimos podem variar de laboratório para laboratório.

Está demonstrado que uma melhoria no controlo dos níveis glicémicos, diminui o desenvolvimento e a progressão das complicações micro e macrovasculares. O estudo UKPDS demonstrou que a diminuição de 1% no valor de HbA1C condiciona uma redução de 35% no risco de complicações micro e de 18% no risco de enfartes do miocárdio.

Uma pessoa bem controlada tem um valor inferior a 6,5%, embora sejam aceitáveis valores mais elevados, tendo em conta eventuais riscos de um controlo rigoroso. O valor a atingir deve ser individualizado de acordo com a idade, os anos de Diabetes e as complicações existentes.

Em termos analíticos, a Hemoglobina glicada é considerada o valor que melhor traduz o nível de adesão do paciente ao tratamento e às suas exigências (auto-monitorização adequada da Diabetes, correcta administração de insulina, cumprimento do plano alimentar e realização de exercício físico).

Numa perspectiva psicológica talvez o mais importante para o tratamento da diabetes seja a promoção da adesão e do auto-tratamento em paralelo com o conhecimento das características da doença e das eventuais consequências da não adesão (Cox & Gondar-Frederick, 1992; Saucier, 1993).

Havendo uma relação quase linear entre o controlo glicémico e o risco de complicações resultantes da diabetes, é possível com um tratamento adequado e o equilíbrio entre todos os aspectos atrás referidos, que a

maioria dos pacientes desempenhe com normalidade as actividades quotidianas, mantendo uma boa qualidade de vida (manutenção das actividades quotidianas, capacidade para enfrentar as situações de stress associadas à doença e níveis elevados de auto-eficácia).

MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA DA GLICOSE NO LÍQUIDO INTERSTICIAL

A **monitorização Contínua da Glicose** (MCG), fig 2, é realizada pela medida directa da glicose presente no líquido intersticial através de um sensor subcutâneo. Permite a determinação contínua dos níveis de glicose, sendo de grande utilidade para o tratamento intensivo da Diabetes Mellitus. Neste momento existem dispositivos de monitorização retrospectiva e em tempo real. O procedimento, relativamente simples, utiliza um aparelho de dimensão análoga à de um celular preso à cintura, e a colocação do sensor no tecido sub-cutâneo. Durante as 72h de monitorização, em que a medição da glicose é feita a cada 10 segundos, o paciente pode realizar a sua vida normal. Depois deste tempo, o aparelho é conectado a um computador, que expressará na forma de gráfico todas as flutuações da glicemia ocorrida naquele período.



Figura nº 2-Monitorização contínua da glicose

No fluido intersticial a glicose difunde-se osmoticamente entre a área pericapilar e as células e o cateter do sensor amostra, determinando a concentração de glicose, usando uma reacção baseada na glicose oxidase. Este método possui grande vantagem, pois oferece avaliação dinâmica das variações da glicemia ao longo do dia, permitindo um melhor e mais rápido ajuste terapêutico e redução da HbA1C, sem necessidade de realização de punções e sem risco de infecção.

Indicações:

- Modificações terapêuticas por substituição de insulina ou por ajustes;
- Alterações na composição dos HC da dieta;
- Alterações nas metas desejáveis para glicemia pré ou pós prandial
- Quantificação da resposta a um antidiabético
- Avaliação do impacto de modificações no estilo de vida
- Monitorização onde o controlo intensivo é desejado
- Diagnóstico e prevenção assintomática e nocturna
- Diagnóstico e prevenção da hipoglicemia pós-prandial (APDP)

FACTORES DEMOGRÁFICOS E PSICOSSOCIAIS NA DIABETES MELLITUS

A promoção da saúde assenta no pressuposto de que os nossos comportamentos e as circunstâncias em que vivemos têm um grande influência na nossa saúde, estando a saúde relacionada com uma complexa interacção entre factores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. O estilo de vida característico dos países desenvolvidos está associado a inúmeros comportamentos considerados não saudáveis, que contribuem para o aparecimento de doenças crónicas e para a diminuição efectiva da qualidade de vida das pessoas.

Aspectos de demografia social (que traduzem o lugar que ocupámos na sociedade) tais como o género e a classe social (habilitações literárias, situação profissional) também interferem no estado de saúde e de doença.

Relativamente ao género sabe-se que os homens apresentam uma maior taxa de mortalidade e que em média, as mulheres têm uma esperança de vida superior à dos homens, evidenciando porém níveis mais elevados de morbilidade. Elas apresentam taxas mais elevadas de doenças crónicas como a diabetes e parecem estar mais predispostas a perturbações do humor (ansiedade e depressão), enquanto os homens estão mais sujeitos a alterações da personalidade.

Recursos financeiros são considerados um factor de risco e um baixo estatuto socioeconómico está associado, por exemplo, a uma prevalência crescente da obesidade na diabetes tipo 2.

Bennett e Murpy (1999), baseados em alguns estudos acerca da condição socioeconómica e saúde, descrevem 3 explicações psicológicas para as desigualdades em saúde nos grupos mais desfavorecidos:

- maior exposição a agentes stressores;
- menor controle sobre os recursos pessoais e do ambiente;
- menor apoio social.

Para além dos factores comportamentais analisados, um dos aspectos relevantes que está relacionado com um aumento na prevalência das doenças crónicas, prende-se com o desenvolvimento de vários campos específicos da Ciência Médica, que tem permitido intervir de forma considerável nas situações agudas de doença, contribuindo para um aumento considerável na esperança de vida e para um envelhecimento da população, verificado sobretudo nos países mais desenvolvidos (Ogden, 1999; Paúl & Fonseca, 2001). As doenças crónicas comportam consequências psicossociais complexas pois, para além de um forte impacto a nível da qualidade de vida do indivíduo afectado e da respectiva família, representam uma grande sobrecarga financeira para os Países, colocando desafios constantes aos serviços de saúde (WHO, 2002).

Uma vez que as doenças crónicas se caracterizam pela sua longa duração, a intervenção médica visa sobretudo, mais do que a sua cura, o controle dos seus sintomas e manutenção da qualidade de vida. De acordo com Paúl e Fonseca (2001, p.102): *“Viver com uma doença crónica implica necessariamente uma tentativa de reconstrução da vida própria, envolvendo estratégias específicas para lidar com os sintomas, com as consequências percebidas da doença e com o ajustamento à doença no âmbito das relações sociais.”*

Perante uma doença crónica, as pessoas reagem de maneiras diferentes. A presença de uma condição crónica vulgarmente limita ou traz imposições ao doente e à sua família, exigindo de ambas as partes ajustamentos em termos comportamentais, sociais e emocionais. Quando as pessoas se consciencializam de que têm uma doença crónica, o diagnóstico rapidamente muda o modo como se vêem a elas próprias e às suas vidas, exigindo frequentemente mudanças de planos para um futuro imediato e a longo prazo. De facto, um dos maiores impactos deste tipo de doenças verifica-se na auto-percepção do indivíduo (Brannon & Feist, 1997b).

Estas reacções vão depender de vários factores tais como a personalidade, capacidade de cooperação, apoio social, natureza e consequências da sua doença e o impacto que ela vai ter na vida diária do indivíduo. As dificuldades no confronto e adaptação a essa doença são frequentes, particularmente quando as respostas consideradas normais e até previsíveis, como a negação, ansiedade e tristeza podem, em determinadas pessoas, dificultar a procura de cuidados ou a adesão às recomendações dos profissionais de saúde (Brannon & Feist, 1997b; Trindade & Teixeira, 2000). Porém, algumas características pessoais (como a percepção de controlo pessoal, um maior nível de auto-eficácia, e o optimismo) parecem assumir um papel protector, uma vez que estão associados a um maior envolvimento em comportamentos saudáveis, menor relato de sintomas e maior recuperação.

Rudolf Moos e colaboradores (1982; 1986) propuseram uma teoria, denominada de *teoria da crise*, que descreve factores que podem influenciar o ajustamento das pessoas perante uma doença (cit. por Sarafino, 2002). De acordo com este modelo, o resultado da crise ou o ajustamento que a pessoa faz depende de processos de cooperação que, por sua vez, dependem de três factores:

- **factores relacionados com a doença;**
- **factores pessoais e do passado;**
- **factores relacionados com o ambiente social e físico.**

Nos **factores relacionados com a doença**, de acordo com o tipo de patologia, os problemas representarão diferentes ameaças para diferentes pessoas. Por exemplo, problemas que interfiram na imagem corporal poderão levar a sentimentos de vergonha e até repulsa, com graves consequências na vida social do indivíduo. Os vários tipos de tratamentos (que podem ser dolorosos e com graves efeitos secundários, ou simplesmente incompatíveis com o horário laboral), também poderão contribuir para um difícil ajustamento, interferindo com o funcionamento diário da pessoa.

Os **factores pessoais e do passado** são igualmente importantes. Pessoas resilientes podem, perante situações de doença, conseguirem retirar algo de positivo dessa experiência. Este tipo de pessoas pode manter uma boa auto-estima, encontrando um sentido para a sua vida, resistindo ao

sentimento de impotência muitas vezes presente em condições de doença.

Os autores referem ainda que a maneira como as pessoas se ajustam aos seus problemas de saúde também dependem de factores como a sua idade, género, classe social, compromissos filosóficos ou religiosos, maturidade emocional e auto-estima.

Relativamente às diferenças entre os géneros, para o homem pode ser particularmente difícil assumir um papel dependente e passivo resultante da doença, devido ao papel independente e activo habitualmente representado na sociedade. Inclusive, em certas doenças que interferem na vivência da sexualidade, a sua masculinidade pode ser afectada, como é o caso da diabetes (Altschuler, 1997; APDP, 2001).

No que respeita à idade, e de acordo com a faixa etária em que o indivíduo se apresenta, a doença traz implicações diferentes na vida desse mesmo indivíduo. Se as pessoas são jovens e a doença lhes rouba os planos até então traçados, sem terem a hipótese de seguir a vida na direcção planeada (como constituir família e ter filhos), o sentimento de perda torna-se bastante doloroso. No caso da Diabetes, se a pessoa já se encontra na meia-idade os problemas podem surgir na readaptação de novos papéis, abandonando o seu tipo de vida e muitas vezes o seu trabalho e projectos. Quando a doença crónica surge já numa idade avançada, as pessoas podem experienciar uma sensação de pena por não terem oportunidade de, depois de uma vida de luta e sacrifícios, poderem usufruir do tempo livre (Altschuler, 1997).

Um outro factor pessoal que está relacionado com o ajustamento à doença crónica é o grau de “auto-culpabilização” pela sua condição. As crenças erradas que as pessoas têm acerca das causas, efeitos e tratamentos da sua doença, podem influenciar no ajustamento aos seus problemas de saúde. No entanto, Hampson não encontrou este aspecto no seu estudo com diabéticos, acerca das causas da doença. Crenças na “auto-culpa” não estiveram relacionadas com a autogestão da diabetes (Hampson, 1997, p.331).

Os **factores relacionados com o ambiente social e físico** têm um importante papel no modo com a pessoa se ajusta à doença crónica. Os

aspectos físicos do ambiente hospitalar, ou mesmo do ambiente familiar podem dificultar determinados comportamentos de ajustamento.

Muitos doentes não têm, em sua casa, equipamentos ou ferramentas especiais que lhes permitam ajudar nas suas tarefas diárias, impedindo-os de serem auto-suficientes.

Por outro lado, a relação com os próprios profissionais pode ser uma fonte importante de dificuldades na gestão da doença crónica, pois a autonomia do paciente *versus* a dependência dos profissionais de saúde torna-se um problema, principalmente quando o contacto se faz a longo prazo (Petrie & Moss-Morris, 1997). A literatura na área da diabetes é consensual, quanto à importância desta relação no ajustamento à doença e consequentemente na sua autogestão.

A presença de apoio social (formal e informal) normalmente ajuda o doente, a sua família e amigos a adaptarem-se mais facilmente à doença. O grau no qual cada membro do sistema social se ajusta de modo construtivo à doença afecta o ajustamento dos outros (Sarafino, 2002). Segundo Altschuler (1997), esta negociação de mudança no seio da família, para além de determinada por todos os elementos, também reflecte a qualidade da relação anteriormente existente entre eles.

De um modo geral, a doença crónica representa uma desvantagem (por incapacidade, deficiência ou ambas), que implica um conjunto de mudanças na relação dinâmica existente entre o indivíduo e o seu meio físico e social, com algumas consequências na adaptação a esse próprio meio. Para tal, alguns recursos educacionais, sociais e materiais, poderão ser mobilizados de modo a permitir um melhor ajustamento à própria doença (Paúl & Fonseca, 2001).

O ajustamento a uma condição crónica como a diabetes envolve todos estes factores.

O impacto do diagnóstico e o controlo desta patologia implicam alterações significativas na relação que o indivíduo tem consigo próprio e com o ambiente que o rodeia. Embora habitualmente os diabéticos tipo 2 não tenham que recorrer à insulina injectável, várias restrições são impostas, nomeadamente a nível do regime alimentar, hábitos de exercício e uso de medicação. As próprias complicações tão tipicamente silenciosas da doença, limitam frequentemente a vida do doente impondo

restrições nem sempre compatíveis com o seu desempenho familiar e social. Por outro lado, o modo como cada indivíduo encara a sua diabetes é diferente: uns optam por ignorar a gravidade da sua doença desleixando-se no tratamento, outros ficam mais agressivos não colaborando com o regime aconselhado e alguns, não exteriorizando qualquer agressividade, tornam-se depressivos (Brannon & Feist, 1997b). Passaremos de seguida a abordar de que modo os vários factores psicossociais (crenças, conhecimentos, emoções, entre outros) podem influenciar a adaptação do diabético à sua patologia.

REPRESENTAÇÕES E COGNIÇÕES DE DOENÇA

Recentemente temos assistido a mudanças na conceptualização de saúde e doença. O estar doente deixa de ser exclusivamente um conjunto de sinais ou sintomas clinicamente identificáveis e diagnosticáveis, mas uma experiência pessoal, idiossincrática e abrangente.

Alguns termos usados na língua inglesa evidenciam as diferentes dimensões da experiência da doença. O termo *disease* ou “*estar-se doente*” refere-se a entidades nosológicas que se traduzem objectivamente por um conjunto de sintomas físicos ou condições orgânicas, susceptíveis de serem diagnosticadas por um profissional de saúde. O termo *illness* está associado a “*sentir-se doente*” e tem a ver com a experiência subjectiva e com os sentimentos associados a alterações na saúde. Por sua vez *sickness* ou “*comportar-se como doente*” reporta-se a um conjunto de comportamentos relacionados com pessoas rotuladas como não saudáveis. Estas distinções não são lineares, pois é possível a existência de uma doença sem que o indivíduo experiencie sinais ou sintomas (e.g. diabetes, cancro), ou o indivíduo sentir-se doente sem que qualquer doença seja diagnosticada (Altschuler, 1997; Ribeiro, 1998).

Simultaneamente assiste-se a uma mudança na filosofia dos cuidados em que, sem descuidar o tratamento, se aposta mais na prevenção e compreensão da doença. Estas mudanças têm posto em causa a visão do doente como agente passivo dos seus cuidados de saúde. O indivíduo passa a ser encarado como um todo, sendo o principal agente activo, responsável pela sua saúde e doença, influenciado pelas suas cognições e emoções associadas à saúde e que influenciam no processo de decisão

que irá determinar a adopção de comportamentos saudáveis (McIntyre, 1994). Os utentes, por sua vez, têm maiores expectativas sobre os profissionais de saúde, esperando que estes, durante as interacções, atribuam maior importância às suas próprias perspectivas. Este papel activo e actual do indivíduo na manutenção da sua saúde, torna pertinente a realização de estudos que permitam compreender de que forma as crenças individuais influenciam a percepção sobre a sua saúde e doença. Neste âmbito, Schoeber e Lacroix, 1991 (cit. por Figueiras, Machado, & Alves, 2002) referem que toda a informação vinda do exterior é interpretada de acordo com o sistema de crenças individuais, conferindo um cunho pessoal ao modo como a pessoa vê o seu estado de saúde ou doença (Figura 3).

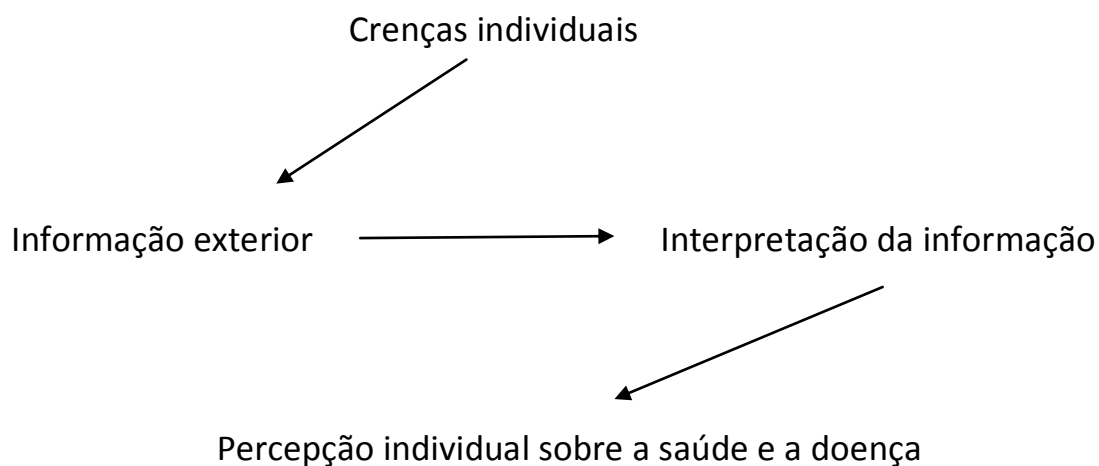


Figura nº 3 - Influência das crenças individuais na percepção da saúde e doença

A compreensão de como as pessoas se posicionam sobre a sua saúde, avaliam as possíveis ameaças, constroem uma percepção ou representação da doença e lidam com ela, poderá constituir uma base mais sólida para intervenções bem sucedidas (Ogden, 1999). As crenças acerca da saúde e também da doença podem ser usadas para prever os comportamentos. Aliás, determinadas crenças e comportamentos estão intimamente relacionadas com as causas de certas doenças. Vários são os estudos que vêm corroborar este aspecto, alertando para o facto de algumas das doenças terem sido irradicadas, não tanto pelas intervenções médicas, mas por factores sociais e ambientais.

A adopção de determinados comportamentos também é influenciada por diversos factores de natureza socio-demográfica (género, nível sócio-

económico e educacional, número de elementos do agregado familiar, acesso a cuidados de saúde), factores de natureza situacional (influência interpessoal dos pares e família), factores de natureza psicológica (emocionais e cognitivos) e factores relacionados com a percepção dos sintomas (Petrie & Weinman, 1997).

O modo como as pessoas percebem os seus sintomas também influencia a sua motivação e conseqüentemente os seus comportamentos, podendo levá-las a ignorá-los ou a procurar imediatamente uma ajuda profissional (Leventhal & Benyamini, 1997). Se os sintomas são severos e incomodativos, o mais provável é que a pessoa procure rapidamente os serviços de saúde.

As crenças ou representações de doença são vulgarmente designadas na literatura como “cognições de doença”. As cognições de doença são de acordo com Leventhal e colaboradores (cit. por Ogden, 1999), as crenças implícitas de senso comum que o indivíduo tem sobre a sua doença. Trabalhos recentes demonstram que os pacientes criam os seus próprios modelos ou representações da sua doença, de modo a que esta faça sentido ou que responda aos seus problemas (Weinman, Petrie, Moss-Morris, & Horne, 1996). Aqui, o modelo de auto-regulação de Leventhal tem-se mostrado importante.

AS REPRESENTAÇÕES E COGNIÇÕES NA DIABETES

A percepção dos sintomas funciona como o contacto inicial que o doente tem com a sua doença. Aquando do diagnóstico, a diabetes tipo 2 raramente se faz anunciar através de sinais ou sintomas e facilmente passa despercebida. Deste modo, o diagnóstico desta doença crónica surge abruptamente sem quaisquer sintomas, sendo a sua identidade baseada em cognições, emoções e mensagens sociais tal como em várias doenças oncológicas.

Já com a diabetes diagnosticada, a percepção dos sintomas diários que alertam para a autogestão de forma a manter os valores de glicemia dentro dos limites desejáveis, constituem um bom exemplo de auto-regulação.

A representação dos sintomas pode ser um factor determinante nas decisões de auto-gestão da diabetes. Apesar da alteração significativa dos

níveis de glicose no sangue poder causar sensações desagradáveis no doente, a verdade é que estes podem ter dificuldades em associá-las especificamente a hipo ou hiperglicemia. Provavelmente se esta alteração nos níveis de glicose originasse sinais e sintomas distintos e fiáveis, a autogestão da diabetes seria muito mais fácil, pois os diabéticos saberiam, monitorizando somente os seus sintomas, quando deveriam tomar medidas para aumentar ou diminuir o seu açúcar no sangue. Embora alguns estudos (Gonder, Frederick & Cox, 1990 e 1991, cit. por Hampson, 1997) apontem para que os doentes insulino-tratados apresentem conhecimentos que lhes permitem distinguir com alguma fiabilidade estados de hipo ou hiperglicemia, estes podem precisar de algum treino para reconhecer a associação entre o que eles sentem e o seu nível de glicose no sangue.

Um outro aspecto importante referenciado por Cox e colaboradores (1987, cit. por Hampson, 1997) alerta para o facto de muitas pessoas com diabetes evitarem baixar os seus valores de glicose pelo receio de um episódio de hipoglicemia grave que pode causar acidentes, coma e hospitalização. Estas crenças e emoções acerca dos sintomas podem levar a que, deliberadamente, o indivíduo mantenha os seus níveis de glicose acima do desejável de modo a evitar episódios de hipoglicemia (Cox et al, 1986, cit. por Hampson, 1997; Surwit, Feingloss & Scovern, 1983).

Relativamente às crenças acerca do decurso da doença, estas parecem ser potenciais preditoras da autogestão da doença crónica e os diabéticos maioritariamente acreditam que a sua diabetes é crónica e sem hipótese de cura.

A componente do tratamento consiste em crenças, sentimentos e emoções associadas à gestão e controlo das implicações da doença, mais que da sua cura. Bandura (1977), na sua teoria cognitiva social define expectativas de eficácia, como as crenças no desempenho de comportamentos específicos e expectativas de resultado. Na auto-gestão da diabetes, a auto-eficácia refere-se à crença acerca da sua própria capacidade em seguir a recomendação do regime terapêutico (alimentação, exercício, medicação e teste à glicose). As expectativas de resultados são crenças acerca do efeito que estes comportamentos terão no controlo da diabetes, na qualidade de vida ou no modo como as

peças se sentem. São ainda referenciados por Hampson (1997) alguns estudos de Hurley e Shea (1992), e Kavanagh, Gooley e Wilson (1993), que apontam que as crenças de auto-eficácia são preditivas de vários aspectos de auto-gestão da diabetes, particularmente a dieta e o exercício.

Yardley e colaboradores debruçaram-se sobre o conhecimento das percepções de tratamento e alertam para que um importante factor de adesão à medicação é a crença nas suas possibilidades de restituir o estilo de vida normal. Um outro factor está relacionado com o medicamento ser ou não percebido como nocivo (Yardley, Sharples, Beech & Lewith, 2001).

As diferentes perspectivas teóricas nas cognições de saúde, assim como a abordagem de Leventhal, permitiram demonstrar que as pessoas têm uma variedade de crenças acerca da sua diabetes, algumas das quais estão associadas à adesão aos regimes de tratamento e comportamentos de auto-gestão.

O modelo de auto-regulação do comportamento em saúde de Leventhal (SRM) também pode ser útil na compreensão da não adesão intencional, pois se a adesão é perspectivada como sendo uma estratégia de *coping*, então o modelo prevê que a decisão em seguir as recomendações médicas será influenciada pelas representações que o doente tem da sua doença e pela sua visão sobre as indicações do tratamento (Horne, 1997). Deste modo, o SRM enfatiza o papel central que as representações de doença têm nas decisões de adesão.

ADESÃO À TERAPÊUTICA DA DIABETES

Saberás ainda que os homens
Livramento e por si próprios
Escolhem os seus males.

Miseráveis que são, não sabem
Nem ver nem entender os bens
À sua beira.

Poucos os que aprenderam a
Libertar-se dos seus males.

PITÁGORAS

A adesão terapêutica do paciente às condições impostas por uma doença e pelo seu tratamento tem merecido uma especial atenção por toda a comunidade científica, sendo também um assunto de Saúde Pública nas últimas décadas. É reconhecida por todos a baixa adesão aos regimes terapêuticos, tanto nas doenças agudas como nas crónicas, o que contribui para o insucesso dos tratamentos.

Embora actualmente sejam vários os estudos que se debruçam sobre a adesão, esta continua a ser um problema, estimando-se um nível aproximado de 50% de não adesão às recomendações dos profissionais de saúde. A duração do tratamento também influencia a adesão, verificando-se pelo menos 38% de pessoas não aderentes, em regimes de tratamento de curto prazo, e mais de 45% nos tratamentos de longa duração.

A não adesão reflecte-se numa perda de oportunidade de saúde, bem como num desperdício potencial de recursos para o sistema de saúde.

Verifica-se também que mesmo sabendo as taxas médias de adesão nos diferentes itens (medicamentos para tratamento de doenças, medicamentos para prevenir doenças, entrevistas com os profissionais de saúde, mudanças no estilo de vida), elas não reflectem a extensão de não adesão. Isto é importante pois o indivíduo pode aderir a um tipo de regime, o que não implica a adesão a outros (Marks et al., 2000).

A adesão ao regime de tratamento resulta duma interacção subtil entre o indivíduo e as características e exigências do comportamento desejado.

As **taxas de não adesão ao tratamento da Diabetes são elevadas** pois é uma patologia crónica muito complexa, levando a consequências bastante graves. Segundo Wagner, Schnoll e Gipson, uma **baixa adesão** ocorrerá quando:

- Os indivíduos possuem uma doença crónica que não causa de imediato desconforto ou risco evidente;
- É requerida uma mudança no estilo de vida;
- O tratamento é complexo, intrusivo e inconveniente;
- Os comportamentos não são directamente supervisionados;
- Quando a prevenção é o objectivo principal e não a cura ou a redução dos sintomas.

Todos estes factores, como podemos constatar estão presentes na Diabetes.

A **eficácia do tratamento** duma doença crónica como a Diabetes depende de dois itens:

- 1- eficácia do tratamento prescrito
- 2- grau de adesão terapêutica ao tratamento instalado.

DEFINIÇÃO: “Cumprimento ou Adesão?”

Os investigadores têm produzido uma grande quantidade de literatura sobre este tema.

Ao analisar este conceito numa perspectiva histórica, verificamos uma evolução do conceito “cumprimento” (“compliance”, na literatura anglo-saxónica) da prescrição. Segundo Davidson (1990) até ao renascimento não se colocava a questão da adesão terapêutica visto os tratamentos serem administrados e não prescritos. O interesse médico surge devido a uma mudança socio-política, com o reconhecimento dos direitos dos indivíduos e da descoberta e uso de fármacos para o tratamento da doença em ambulatório. Ainda segundo Davidson, “cumprimento” referia-se à extensão em que o paciente aderiu à prescrição médica, que atribuía todo o crédito ou culpa ao paciente.

A perspectiva centrada no comportamento passivo do paciente deu lugar à clássica definição de Hianes (1979), onde “cumprimento” seria o grau em que o comportamento da pessoa coincide com o conselho do médico ou técnico de saúde. Outros autores, Cluss (1982) e Epstein acrescentaram 2 componentes a esta definição, tais como: o comportamento da pessoa e a sua relação com a prescrição médica.

O comportamento da pessoa torna-se variável em função da capacidade do clínico para comunicar ao paciente os comportamentos desejados e do nível de conhecimento e competências do paciente. O não cumprimento da prescrição ou a não realização do comportamento relativo à doença inclui a omissão de doses, ingestão de medicação por razões erradas, erros na dosagem ou interrupção da terapia antes do recomendado. Uma definição assim tentava não culpabilizar qualquer comportamento específico do paciente, do clínico ou da situação. No entanto, exigia que o comportamento do paciente fosse comparado com um padrão determinado pela comunidade médica. Os clínicos continuavam a considerar o “cumprimento” como uma variável semelhante a um traço

de personalidade, pois procuravam relacioná-la com a idade, o sexo, a raça, a religião, educação, tipo de doença ou variáveis psicológicas como os traços de personalidade. (Davidson, 1990)

Mais tarde, segundo Johnson (1992), alguns autores consideraram que o termo “ cumprir” colocava demasiada ênfase no papel do médico como determinante das acções do sujeito.

Surge o termo “adesão” (adherence, na literatura anglo-saxónica) onde o indivíduo tem a liberdade de decidir se adere ou não e caso não o faça, não será necessariamente culpado (Horne, 2000; Turk & Meicheibaum, 1991).O termo adesão seria preferível, pois reconhece um papel mais activo e colaborante ao paciente. Este pode expressar o seu desejo ou motivação para seguir as orientações do médico e, com ele, planear e implementar o tratamento. O conceito de adesão coloca em grande relevo o papel do paciente na tomada de decisão e implementação do tratamento. Leventhal (1993) afirma que esta mudança conceptual traduz-se num passo importante na mudança de uma atitude de obediência para modelos que afirmam a independência ou a actividade auto-reguladora do paciente. Com o conceito de adesão, procura-se dar poder aos pacientes, fornecendo-lhes mais alternativas para lidar com a doença. Será de salientar que para conseguir tal objectivo, é necessário fornecer informação aos pacientes e estratégias que permitam decidir entre as alternativas terapêuticas de modo consciente e informado.

De acordo com Brannon e Feist, a adesão representa a extensão na qual o comportamento da pessoa coincide com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde.

Embora os termos “ compliance e adesão” sejam vulgarmente associados, o termo “compliance” denota a relação onde o médico tem o papel de decidir o que é ou não apropriado, dando instruções ao paciente que apenas tem de seguir as ordens, enquanto o conceito de adesão permite uma maior atenção ao papel que o paciente deve desempenhar no seu tratamento. Segundo Eiser, aliada a esta mudança está uma perspectiva mais ampla: “cumprimento” assentava na perspectiva “morrer de...” e “adesão” reconhece as dificuldades de viver com...”. Muda-se de uma perspectiva “deficit centered”, preocupada com a desadaptação, para

uma mais positiva que foca as estratégias para lidar com a doença, para promover a adesão terapêutica e a adaptação e integração do paciente. Outros autores (Hampson & col.1990) preferem o termo “ actividades de auto-cuidado”. O “auto-cuidado” engloba a prática de actividades que os indivíduos iniciam e realizam pessoalmente, acreditando que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar. Trata-se dum conceito baseado numa orientação preventiva, de muita importância no presente estudo.

O auto-cuidado na Diabetes engloba a monitorização da glicose, o registo das pesquisas, a administração de insulina, o ajuste das doses, a rotação do local das injeções, o avaliar e responder aos sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia, manter a higiene da pele e dentes, realizar exercício físico regularmente, planear as refeições e ter atenção e cuidado com os pés.

Já anteriormente Kristteller e Rodin (1984) alertaram para a distinção destes dois termos relativamente ao papel do indivíduo no seu tratamento (cit. por Silva & Ribeiro, 2000). Neste contexto, Kristteller e Rodin sugeriram um **modelo desenvolvimental de adesão ao tratamento** que contempla três estádios no processo de participação dos indivíduos nos seus cuidados (cit. por Ribeiro, 1998, p.297):

I estágio- concordância (compliance). Grau em que o indivíduo inicialmente concorda com o tratamento, seguindo as recomendações médicas. Assenta na confiança, por parte deste, relativamente ao diagnóstico e tratamento que o profissional de saúde fez e instituiu. É uma fase em que o indivíduo tem uma participação passiva, pois toma as decisões em seguir os conselhos médicos. Existe frequentemente uma boa supervisão assim como uma elevada eficácia do tratamento;

II estágio- adesão (adherence). É uma fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o autocuidado, em que já com uma vigilância limitada, o doente continua com o seu tratamento, mesmo quando confrontado com situações conflituosas, o que implica uma grande participação e controlo da sua parte.

Apesar desta autonomia do utente, os profissionais têm um importante papel como orientadores, promovendo a integração do tratamento no estilo de vida do sujeito e ajudando-o a antever alguns problemas que possam acontecer, de modo a traçar estratégias de *coping* alternativas;

III estágio- manutenção (maintenance). Quando já sem vigilância (ou vigilância limitada), o doente incorpora o tratamento no seu estilo de vida. É um estágio que se caracteriza por competências de auto-regulação, isto é, o indivíduo tem que possuir um determinado nível de autocontrolo sobre os novos comportamentos, tentando que estes se transformem em hábitos.

Ao longo destes estádios, o indivíduo vai desenvolvendo e adquirindo controlo, que lhe permitirá atingir a autonomia total do terceiro estágio. Apesar da vontade do sujeito ser importante para a evolução nestes três estádios, as características do tratamento também são determinantes. O tratamento da diabetes requer que o indivíduo percorra este caminho e permaneça no estágio de manutenção (Silva & Ribeiro, 2000).

Nesta perspectiva, a adesão implica um papel activo e colaborativo do indivíduo no planeamento e implementação do seu regime de tratamento (Myers & Midence, 1998). Ainda, segundo estes autores: “... *adherence seeks to empower patients by broadening the choices they can make about the way they react to and cope with illness, and helping them to obtain information which allows them to decide between the available choices in an informed way.*” (p. 3).

A **adesão em saúde** pode ser vista sobre duas perspectivas:

- a adesão comportamental, que reflecte os comportamentos relacionados com a saúde (ex. deixar de fumar, fazer exercício físico, etc.)
- a adesão médica que se relaciona especificamente com a medicação.

Os benefícios da adesão parecem ser vários, encontrando-se geralmente relacionados com a prevenção de recaídas, com o alívio dos sintomas, melhoria da percepção da condição de saúde, diminuição da morbilidade e mortalidade e redução das hospitalizações.

Concluindo, a adesão não se refere apenas à implementação de comportamentos específicos, como a administração de insulina, mas também a uma orientação cognitiva para a mestria sobre a doença.

FACTORES PSICOSSOCIAIS ASSOCIADOS À ADESÃO

“As organizações de saúde devem enfatizar o tratamento do paciente que tem diabetes e não a diabetes em si”

WHO, 2002

Alguns preditores ou determinantes na adesão são os factores psicológicos e psicossociais: 1-características do indivíduo; 2-características da doença e factores de tratamento; 3- factores interpessoais; 4- contexto social e organizacional.

1- Características do indivíduo

Para além das características pessoais e sociais, o papel das crenças de saúde na adopção de comportamentos de adesão é notório. As pessoas são mais propensas a aderir aos regimes de tratamento quando acreditam que têm responsabilidade na sua saúde, e que os seus comportamentos lhe poderão trazer benefícios.

As “crenças” definem o conhecimento individual, tornando-se num equipamento que o indivíduo possui para lidar com a realidade (Ogden, 1999). Este representa a necessidade de equilíbrio entre o meio ambiente e as imposições do meio interno.

As crenças de saúde sobre os sintomas, consequências, vulnerabilidade, benefício, custos e auto-eficácia percebida estão relacionadas com a adesão e, muito especificamente com o auto-controlo.

Relativamente à Diabetes, as evidências sugerem que quanto mais a medicação prescrita está de acordo com o sistema de crenças do doente, maior é a propensão para aderir ao tratamento.

A adesão ao aconselhamento médico pode ser influenciada também por factores cognitivos e emocionais. O paciente para aderir ao tratamento tem que compreender, recordar e ter condições para o efectuar.

Relativamente à idade, na Diabetes a adesão aos regimes de tratamento parece aumentar com a idade.

No género, parecem não se encontrar grandes diferenças, embora em certas práticas alimentares e alguns fármacos as mulheres revelem maior adesão. No entanto, estes factores socio-demográficos só têm significado quando associados entre si.

2- Características da doença e factores de tratamento

Algumas características da doença estão associadas à adesão, sendo mais mencionadas a gravidade da doença e a visibilidade dos sintomas. Vários estudos têm demonstrado que os pacientes com doenças crónicas

assintomáticas não aderem ao tratamento, com elevada frequência. (ex.a diabetes)

Relativamente à gravidade, doentes que se sintam ameaçados pela sua doença e que acreditem nos benefícios do tratamento, mais facilmente ultrapassam as barreiras da adesão.

A duração e complexidade do tratamento também devem ser consideradas: a adesão é significativamente maior quando o tratamento implica poucas mudanças nos hábitos diários.

Outra característica importante é a duração do regime instalado. As terapias prolongadas próprias das doenças crónicas, neste caso a diabetes, onde não existe uma melhoria definitiva dos resultados, revelam menor motivação para aderir ao tratamento.

3-Factores interpessoais

Aqui será de salientar a importância da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente. Vários estudos apontam para que os vários estilos de interacção médica se relacionem com a adesão. Incentivar o utente a fazer perguntas, explicar correctamente o regime e verificar se o compreendeu, pode prevenir a não adesão. Aqui, os valores obtidos para a auto-eficácia na Diabetes são de extrema importância. É um facto que muitos dos doentes deixam os serviços de saúde sem compreenderem o tratamento ou, por vezes, esquecem as instruções fornecidas (Bennett, 2002).

Segundo Sarafino, 2002, existem alguns factores cognitivos e emocionais que interferem na informação dada pelos profissionais:

- os pacientes esquecem muitas das coisas que os médicos lhes dizem
- conselhos e instruções são fáceis de cair no esquecimento
- muita informação, maior a proporção de esquecimento
- os pacientes irão recordar essencialmente o que lhes disseram no início da consulta e o que consideraram mais importante;
- os mais inteligentes não se lembram mais do que os menos inteligentes
- os pacientes mais velhos lembram-se tanto como os mais novos
- os pacientes moderadamente ansiosos lembram-se mais do que os muito ou nada ansiosos

- quanto mais conhecimentos sobre aspectos médicos mais o paciente se lembrará deles. Deste modo, a **informação não deve ser excessiva**.

Dum maneira geral verifica-se que os utentes mais satisfeitos com os cuidados são mais passíveis de seguir as prescrições médicas, continuar profissionalmente activos e ter um melhor estado de saúde.

A adesão é também influenciada pela visão que o profissional de saúde tem do paciente. Por outro lado, a interacção entre ambos pode afectar significativamente os comportamentos de adesão, isto é, sendo autoritária destina-se a manter o controlo do profissional sobre o paciente. Mas, sendo centrada no indivíduo estabelece-se uma relação positiva que inclui comportamentos de interesse como a amizade e a empatia. Isto justifica o efeito da classe social, onde as pessoas de classe média/alta recebem mais informação e atenção dos profissionais de saúde.

Relativamente à variável cognitiva auto-eficácia, quanto mais compreensivo for o técnico de saúde sobre o sistema de crenças do indivíduo, mais aderente este será. O terapeuta poderá ter um papel de moderador e/ou mediador na modelação das crenças e dos comportamentos. Nos diabéticos, os profissionais de saúde deveriam estar mais atentos às diferentes necessidades e preferências dos utentes, relativamente ao apoio emocional, à informação e à participação nas escolhas do tratamento (Beeney, 2002).

4- Contexto social e organizacional

Dum modo geral, um menor apoio social e um maior isolamento social associam-se com uma menor adesão. O contacto profissional de saúde/utente tem lugar no contexto da consulta e em termos de família e amigos. A importância da família reflecte-se nas várias etapas do ciclo de vida. A literatura sugere que as pessoas que possuem uma vasta rede de relações interpessoais demonstram maiores níveis de envolvimento nos seus regimes terapêuticos.

COMPLEXIDADE DA ADESÃO TERAPÊUTICA NA DIABETES

O tratamento quotidiano da Diabetes Mellitus insulino-tratada requer um regime terapêutico complexo e exigente, cujo objectivo é obter um perfil

glicémico mais próximo daquele que é considerado o normal. A adesão a este regime terapêutico é difícil, pois implica uma multiplicidade de comportamentos de auto-tratamento quotidianos. Além disso, coloca vários problemas aos clínicos, aos pacientes e aos investigadores.

Segundo Glasgow (1991), para o estudo da adesão ao tratamento na Diabetes, é necessário compreender três aspectos fundamentais:

1- A Diabetes não é uma entidade clínica única, pois inclui várias perturbações onde existe sempre a alteração do metabolismo da glicose.

2- Existem várias dimensões importantes no auto-tratamento, tais como:

a) Comportamento alimentar

b) Prática de exercício físico

c) Administração de medicação

d) Monitorização da glicemia

e) Adopção de medidas preventivas

f) Integração adequada de todas estas actividades.

3- Os pacientes parecem não receber ou não recordar prescrições explícitas, relativamente a algumas destas áreas (é impossível o cálculo de um nível de adesão quando não existem critérios específicos para comparar o comportamento do paciente).

Pelo facto de exigir uma participação activa e até fora do habitual, por parte do diabético, será de esperar uma fraca adesão terapêutica ao regime de tratamento instituído.

Apesar das dificuldades permanentemente encontradas, só através da compreensão de factores que capacitam o diabético a aderir ao seu regime de tratamento, será possível delinear intervenções de sucesso. Depreende-se a necessidade e importância de estudos que explorem os factores psicossociais e cognitivos relacionados com a auto-gestão. São factores relacionados com as características dos indivíduos, com aspectos interpessoais (familiares e sociais) e com factores ambientais.

PREDICTORES DA ADESÃO NA DIABETES

Os investigadores Warren e Hixenbaugh alertaram que são as crenças de saúde (onde se insere a auto-eficácia) relacionadas com a diabetes, os

maiores preditores de adesão nos diabéticos tipo2. Isto sugere que as diferentes variáveis psicossociais podem prever a adesão, de acordo com o tipo de diabetes, tipo de tratamento e o “estado” de esperança de vida. Segundo um estudo de Glasgow, os factores pessoais, nomeadamente as crenças acerca de si mesmo (onde se incluem as crenças de auto-eficácia), da diabetes e seu tratamento, parecem actuar como barreiras ou como facilitadores pessoais na auto-gestão da diabetes. São considerados os factores preditores mais fortes do que a combinação das características sócio-demográficas. Em termos de barreiras percebidas os resultados apontam para uma maior dificuldade na área da alimentação, seguidas pelo exercício físico e menos frequentemente pelo teste à glicose.

Os factores interpessoais, que estão relacionados com as barreiras socio-ambientais, onde destacamos as interacções com os profissionais de saúde, foram considerados preponderantes na adesão. Várias pesquisas têm postulado que incentivando a participação dos diabéticos nas decisões médicas, aumentaria a satisfação e, conseqüentemente, a adesão terapêutica.

Embora muitos estudos sobre adesão tenham sido realizados, tal não contribui para a alteração do cenário da não adesão. Parece existir uma incapacidade em traduzir o conhecimento actual em intervenções práticas, benéficas e eficientes que melhorem a capacidade do paciente em cooperar emocionalmente e com comportamentos de sucesso às exigências da diabetes. Torna-se imperativo conhecer dum modo exaustivo, os aspectos cognitivos que influenciam as tomadas de decisão. Para isso, iremos debruçar-nos sobre modelos de adesão em saúde, onde a variável auto-eficácia é profundamente estudada.

AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO NA DIABETES

A avaliação da adesão ao tratamento da diabetes e a obtenção de informação fidedigna envolve uma série de dificuldades.

Os cientistas do comportamento tentaram quantificar os comportamentos de adesão e validar as relações com o controlo glicémico ou metabólico. Os métodos indirectos, tais como as entrevistas e questionários, são os mais usados. Apesar de necessitar de precauções e estar sujeita a

enviesamentos, as medidas de auto-relato são a estratégia mais usada na avaliação da adesão terapêutica.

A adesão ao tratamento na diabetes é um constructo global, que deve ser operacionalmente definido em termos dos comportamentos específicos que o compõe, sem que haja correlação entre eles. A sua avaliação deve incluir os potenciais determinantes psicológicos e sociais.

Ao construir uma escala de avaliação da adesão ao tratamento que forneça apenas um resultado global, os investigadores podem enviesar o cálculo duma relação entre os comportamentos de adesão e variáveis a estudar.

Frequentemente recorre-se aos valores da Hemoglobina glicada (HbA1c) para avaliar o produto da adesão ao tratamento. O seu valor é um indicador dos perfis glicémicos no sangue, ao longo do tempo. Reflecte o grau de controlo da diabetes nos últimos três meses, sendo bastante sensível às variações do perfil glicémico. Actualmente é o melhor indicador do estado de saúde do paciente devido à sua associação com o risco de outras patologias secundárias à diabetes.

O índice de Hemoglobina glicada (HbA1c) é considerado como o indicador mais válido da adesão terapêutica. Um valor baixo indica um bom estado de saúde, sendo que um valor elevado relativamente à média é indicador de que algo pode estar errado com a adesão do paciente ao tratamento. No entanto, este último não dá indicações sobre as prescrições ao doente ou qualquer dos componentes da adesão que supostamente poderá estar ou não a cumprir.

Por todas estas razões será necessário recorrer a um método indirecto complementado com um método directo.

ADESÃO TERAPÊUTICA À ALIMENTAÇÃO

A ideia de que saúde é primeiro que tudo um bem cuja manutenção depende, antes de mais, do comportamento e empenho de cada um, está cada vez mais disseminada. Mas, a compreensão deste princípio não é condição suficiente para que o indivíduo comum assuma a sua cota parte de responsabilidade na defesa da sua saúde e da dos seus. Hábitos que uma vez adquiridos só dificilmente se alterarão, estão associados a um nº

crecente de doenças cujo tratamento implica a adopção de novos comportamentos no que se refere ao adulto.

Entre hábitos e comportamentos promotores de saúde e, conseqüentemente, preventivos da doença contam-se, com especial impacto, os hábitos alimentares. Uma alimentação racional é hoje, um aspecto determinante de um estilo de vida saudável para as pessoas de diferentes grupos etários e, um cuidado imprescindível em grupos com patologia crónica, como sucede na Diabetes.

Escolher uma alimentação saudável não depende apenas do acesso a uma informação nutricional adequada. A selecção de alimentos tem a ver com as preferências desenvolvidas relacionadas com o prazer associado ao sabor dos alimentos, as atitudes aprendidas desde muito cedo na família, e a outros factores psicológicos e sociais.

É necessário, portanto, compreender o processo de ingestão do ponto de vista psicológico e sociocultural e conhecer as atitudes, crenças e outros factores psicossociais que influenciam este processo de decisão com o objectivo de se tornarem mais eficazes as medidas de educação para a saúde e de se melhorarem os hábitos e os comportamentos.

Tem sido apresentada inúmera literatura sobre os aspectos comportamentais associados à adesão terapêutica em pacientes com diabetes, sendo reconhecido que a adesão é pobre relativamente às recomendações dietéticas.

A doença Diabetes acarreta mudanças significativas na relação que o paciente estabelece com o seu próprio corpo e com o mundo que o rodeia. O conceito de restrição alimentar surge do pressuposto de que a dieta é um factor determinante na regulação da ingestão, sendo esta última relacionada com o valor calórico dos macro-nutrientes e com a energia ingerida (Moreira, 2001).

É sobretudo por meio das restrições alimentares que o diabético toma consciência das suas limitações. Por essa razão, o conflito entre o desejo alimentar e a necessidade imperiosa de contê-lo está sempre presente na vida quotidiana do paciente diabético. O desejo alimentar faz o paciente sofrer, reprimir, salivar, esquecer, transgredir, mentir, negar, admitir, sentir prazer, controlar e sentir culpa. Ao mesmo tempo, esse desejo o faz feliz de uma forma que só ele sabe descrever. No entanto, os factores de

natureza emocional, tais como: falta de controlo frente ao alimento, má escolha dos alimentos durante as crises de hipoglicemia - mesmo tendo o conhecimento da conduta adequada (factores cognitivos), suscitam sentimentos de arrependimento e culpa tornando penosa a carga emocional que a paciente tem de suportar para acompanhar a terapêutica proposta.

ADESÃO TERAPÊUTICA AO EXERCÍCIO FÍSICO

Os benefícios da actividade física para a população diabética estão já largamente documentados (Sallie & Owen, 1999), e incluem benefícios gerais e específicos. Destes últimos, temos que salientar a associação entre a actividade física e uma redução de glicose, um aumento da sensibilidade dos receptores da insulina e uma redução da obesidade.

Segundo a Associação Portuguesa Diabéticos Portugal (APDP), existe um programa - PACE que já se estendeu internacionalmente, tendo-se mostrado muito útil neste campo. Trata-se dum projecto desenvolvido por um grupo de investigadores em S. Diego e que teve como objectivo o aconselhamento da pessoa diabética para a actividade física pelos prestadores de cuidados de saúde¹os.

As intervenções do PACE usam métodos de aconselhamento baseados na teoria sócio-cognitiva (Bandura, 1986). São usadas abordagens práticas de modificação de crenças, emoções e comportamentos, tais como o estabelecimento de metas, a identificação de barreiras percebidas e das suas potenciais soluções, o desafio de crenças desajustadas face à actividade física, o aumento de auto-eficácia e da sua percepção.

As estratégias sócio-cognitivas incluem, no campo da actividade física:

- um envolvimento gradual a partir de níveis ligeiros de actividade física sem risco nem desconforto;
- uma promoção da participação e auto-monitorização, considerando que um estabelecimento de objectivos de sucesso é função da participação do indivíduo na sua definição e aceitação e da possibilidade de auto-monitorização dos resultados;
- um contínuo enfoque nas consequências positivas da actividade, pois a adesão aumenta se o indivíduo tiver a noção de divertimento e bem estar, e não apenas preocupações de saúde.

ADESÃO À ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA

Vários estudos demonstram que a adesão terapêutica à administração de insulina é regularmente aceitável. A informação que o paciente dispõe acerca da sua medicação é de vital importância para o sucesso do tratamento. Os fundamentos culturais dos pacientes formam o contexto no qual se desenvolvem certas crenças e comportamentos que podem comprometer o sucesso da terapêutica. As crenças designam alguma disposição involuntária de aceitar uma doutrina, juízo ou facto, pois estabelecem a incorporação do que se ouve, sem a devida comprovação desse conhecimento.

BARREIRAS À ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO DA DIABETES

Não é por as coisas serem difíceis
Que não temos ousadia.
É por não termos ousadia
Que as coisas são difíceis.

SÉNECA

Perante a elevada prevalência de comportamentos de não adesão terapêutica, os psicólogos tentaram estudar e desenvolver instrumentos de avaliação de conhecimentos, crenças, atitudes ou outros aspectos associados à adesão ao tratamento da diabetes (José Paulo Almeida;2003).

São vários os factores que podem interferir e fazer com que o nível de adesão não seja estanque. Devido à complexidade na adesão do diabético, Glasgow e Anderson referem que deve ser avaliada num “continuum” que vai sofrendo alterações.

Entre os primeiros factores estudados pelos psicólogos, contam-se os sociais, demográficos e psicológicos, onde nestes últimos se destacam os aspectos cognitivos no presente trabalho.

O conjunto de factores (internos e externos) que confrontam os pacientes e que inibem o comportamento de adesão terapêutica, são designados por “barreiras à adesão terapêutica”.

As **barreiras à adesão** devem ser analisadas na perspectiva do paciente e incluem factores intrapessoais (esquecimento, ausência de planeamento, deficiências de conhecimento, auto-afirmações negativas, baixa auto-eficácia) e factores ambientais (interferências sociais, ausência de suporte) que concorrem com a tentativa de seguir estritamente um regime terapêutico prescrito.

Constata-se um maior número de barreiras para a realização do exercício físico e para o cumprimento do plano alimentar recomendado, e um menor nº de barreiras relativas à administração de insulina.

O conhecimento das barreiras à adesão ao tratamento pode ser muito útil para se promover estratégias efectivas de auto-tratamento dos pacientes.

O conceito de barreiras à adesão é um componente de várias abordagens teóricas em psicologia da saúde, nomeadamente dos modelos de crenças relativas à saúde e do processo de acção para a saúde.

FACTORES ASSOCIADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO DA DIABETES

A análise da adesão terapêutica à diabetes refere-se ao “ciclo terapêutico” que agrupa as interacções entre o clínico e o paciente, as suas repercussões no processo de adesão deste às prescrições e o resultado em termos de estado de saúde. Este ciclo é também influenciado por variáveis biológicas, variáveis psicológicas (onde se inclui a auto-eficácia), factores sócio-demográficos (idade, género, habilitações literárias) e clínicos (idade do diagnóstico, duração da doença, doenças concomitantes e inter-recorrentes). Deste modo, salientam-se:

-Interacção médico-doente:

A interacção entre o paciente e o médico é um aspecto primordial da adesão ao tratamento, pois ele fornece as informações e indicações básicas sobre a doença e as prescrições.

Aspectos como a clareza ou a especificidade das recomendações são fundamentais para a adesão ao tratamento. Alguns estudos constataram que os pacientes não recordam as prescrições e não as implementam quando são vagas, complexas ou dadas de forma ameaçadora. A

participação e o envolvimento do paciente na tomada de decisão estão associadas a uma maior adesão terapêutica.

-Aspectos psicológicos associados à diabetes:

O que motiva as pessoas para mudarem o seu comportamento?

... susceptibilidade individual

crença de que somos susceptíveis a uma situação que ameaça algo que valorizamos

...gravidade percebida

quantidade de ameaça percebida (quanto maior a gravidade percebida, mais provável a mudança)

...os prós percebidos suplantam os contra percebidos

...expectativas de resultado

crença de que a mudança terá valor, i.e., que a realização da acção recomendada reduzirá a ameaça percebida.

Aqui, será de salientar a variável psicológica auto-eficácia, para lidar com as exigências do tratamento. É apontada como forte predictor da adesão ao tratamento da diabetes, pelo que dedicaremos o nosso trabalho à análise das investigações mais significativas.

Um dos problemas mais importantes no domínio da saúde é a falta de adesão, por parte do paciente, aos regimes terapêuticos instalados pelos profissionais de saúde. Quando a prescrição envolve comportamentos diversos e complexos, como na diabetes onde é exigida a prática de exercício físico e a mudança de hábitos alimentares, a adesão ainda é mais desfavorecida. As mudanças no estilo de vida são difíceis de conseguir dada as interacções com diversos outros aspectos do quotidiano: falta de tempo, falta de tranquilidade e ansiedade, difícil acesso a padrões de comportamento e de consumo mais satisfatórios do ponto de vista da saúde. As dificuldades em alterar os hábitos de vida são manifestadas também no que se refere à alimentação. Mais difícil ainda será manter as mudanças entretanto realizadas. A história pessoal e familiar e o envolvimento cultural permitem compreender o porquê do desenvolvimento de hábitos alimentares.

Diversos factores de ordem psicológica e psicossocial, como falta de motivação, influências sociais, crenças e sentimentos de baixa auto-

eficácia, contribuem para dificultar as mudanças no estilo de vida e mormente nos hábitos alimentares.

Os modelos de cognição social têm contribuído para esclarecer alguns factores associados à mudança e manutenção de novos hábitos. Segundo Baldwin & Falciaglia, 1995 por exemplo, o comportamento alimentar resulta da interação de factores ambientais com variáveis psicológicas e biológicas. Assim, a **intenção de compromisso em alterar a dieta** é influenciada por:

- Ocorrência de doença ou sintoma inesperado no próprio, num familiar ou amigo;
- Informação obtida através dum técnico de saúde, amigos, familiares ou meios de comunicação;
- Atitudes face ao alimento;
- Reforço social proporcionado pelo novo comportamento.

Os autores atribuem também, às crenças de auto-eficácia como sendo um factor importante na adaptação emocional à doença crónica.

Para além destes aspectos, a teoria da auto-eficácia é particularmente útil no fornecimento de pistas de intervenção. A promoção de auto-eficácia em domínios específicos é alcançada através da criação de oportunidades para desempenhar experiências de mestria.

CONHECIMENTO SOBRE DIABETES

Tememos as coisas
Na medida em que as ignoramos

TITO LÍVIO

Desde a década de 60 difundiu-se em todo o mundo a busca pela mudança de paradigma nos serviços de saúde. Percebeu-se, pois, que o modelo biomédico além de ser oneroso para o Estado, não apresentava resultados satisfatórios. Assim, desde o relatório Lalonde e a Conferência de Alma-Ata vêm-se orientando as instituições e os governantes sobre a importância do modelo de “promoção da saúde”.

Este modelo prima pela capacitação da comunidade para a melhoria da sua qualidade de vida através de acções dentre as quais se destacam as de educação em saúde. Sabe-se que os processos educativos em saúde

influenciam o estilo de vida, melhoram a relação profissional- indivíduo e os ambientes social e físico. A educação em saúde, como prática social, baseada no diálogo e na troca de saberes favorece o entendimento do processo de promoção da saúde e o intercâmbio entre saber científico e popular. Realizar educação em saúde é, pois, capacitar as pessoas para manterem saudáveis a si e aos seus familiares através do acesso à informação e a oportunidades que permitam fazer escolha por uma vida mais sadia.

A educação em saúde é fundamental para as intervenções preventivas em âmbito comunitário, particularmente no que se refere às doenças crónicas, e em particular neste estudo, à Diabetes. Esta doença crónica, cujo diagnóstico muitas vezes não é realizado devido à ausência de sintomas, exige uma atenção maior por parte dos governantes, profissionais de saúde, comunidade e demais sectores da sociedade, diante da sua alta prevalência e morbi/mortalidade, bem como, do novo contexto actual de saúde que exige uma atenção mais integral no que respeita a todos os determinantes da qualidade de vida das pessoas.

A Diabetes exige do doente a substituição dum sofisticado mecanismo de regulação biológica por uma estratégia vigilante e activa que implica a regulação coordenada da administração de insulina, da prática de exercício físico e da ingestão alimentar, ou seja, o auto-tratamento da diabetes exige o domínio dum volume considerável de informação e de competências técnicas. O conhecimento da doença é particularmente importante para os pacientes com diabetes, visto todos os componentes terapêuticos estarem inter-relacionados. O nível glicémico é influenciado pela ingestão de alimentos, pela actividade física realizada e pela dose de insulina administrada, de forma que, a variação de um dos parâmetros implica adaptações dos restantes. Por estas razões o nível de informação sobre a diabetes é considerado uma estratégia de coping básica para a adesão terapêutica.

Alguns estudos sobre auto-tratamento da diabetes indicam que os pacientes frequentemente administram insulina incorrectamente, desconhecem o momento adequado para realizar as pesquisas necessárias de glicemia, interpretam mal os resultados ou não ingerem os alimentos adequados ou nas doses e horários recomendados. Dado o

papel central que o paciente desempenha na articulação entre a alimentação, o exercício físico e a administração de insulina, quanto mais elevado o nível de conhecimento, melhora a compreensão e interpretação da doença. A presença duma equipa multidisciplinar é um ponto importante, pois a sua interacção mobilizará a produção de conhecimentos.

O conhecimento da Diabetes tipo 2 como doença crónica que afecta milhões de pessoas em todo o mundo tem motivado a busca de metodologias que favoreçam uma visão real do problema principalmente no que respeita aos conhecimentos, às percepções, às atitudes, aos termos e às práticas do paciente no contexto familiar e comunitário.

Surpreendentemente, esta presumida importância atribuída ao conhecimento da doença não tem sido consistentemente apoiada por relações positivas entre o conhecimento e a adesão terapêutica. Mais uma vez, evidenciamos a importância da variável psicológica” auto-eficácia”, onde mais à frente, na teoria de Bandura, aprofundamos como determinante fulcral dos comportamentos de adesão em saúde!

COMUNICAÇÃO NA DIABETES

Se queres conversar comigo
define primeiro os termos
que usas.

VOLTAIRE

A crescente prevalência da Diabetes Mellitus e a conseqüente importância no contexto diário da prática clínica e a evidência de que um controlo adequado dos diabéticos melhora a sua esperança e qualidade de vida, exigem programas eficazes para a gestão desta doença crónica. Para tal, é indispensável um conhecimento aprofundado e actualizado da realidade da população para quem tais programas se dirigem, de modo a determinar as suas reais necessidades e identificar oportunidades de optimização dos recursos e estratégias clínicas!

Numa abordagem psicológica, a intervenção comunitária tem, neste tipo de estudo, muito relevo. Assim, destina-se a trabalhar em colaboração e parceria com as comunidades para abordar as preocupações locais ou

esperanças de melhoria (Trickett, 2009). Este tipo de intervenção pode ser aplicado às comunidades de Diabéticos, com o objectivo de prevenir/reduzir a desorganização pessoal/social relativamente à doença e promover o bem-estar da comunidade. No que diz respeito à elaboração de programas, existe uma abordagem que se apoia no conceito de “empowerment”, muito útil na Diabetes e que segue uma orientação na capacidade e na melhoria de competências. Aqui, procura-se apoiar a comunidade na identificação de questões que são importantes e relevantes para as suas vidas, permitindo-lhes desenvolver estratégias para a sua resolução.

“Empowerment “ traduz-se num acréscimo de poder socio-cultural, político, económico e psicológico, sendo este último muito benéfico na comunidade diabética quando aliado ao conceito de auto-eficácia.

“Empowerment” assume que o ser humano deve ser capaz de realizar todos aqueles componentes para ser saudável. Gera-se um maior conhecimento dos comportamentos positivos para a saúde, um aumento das competências pessoais e sociais e um aumento da participação ao nível da comunidade.

Vale a pena citar “... criar em cada paciente uma consciência sobre o seu adoecer, melhorar a adesão ao tratamento proposto e aceitar as mudanças no estilo de vida acarretadas pela Diabetes” (M^a Graça Pereira, 2000).

CRENÇAS DE EFICÁCIA

Somos aquilo que fazemos Consistentemente.
Assim, a excelência não é um acto mas sim um hábito.

ARISTÓTELES

AUTO-EFICÁCIA

As teorias da cognição social consideram o ser humano como um agente activo sobre as circunstâncias e o ambiente que o rodeia, bem como sobre o seu próprio comportamento, pensamentos e emoções. O ser humano molda o seu ambiente e comportamento de forma activa, não se limitando a ser apenas reactivo aos estímulos externos ou movido por traços ou forças inconscientes. A concretização destes princípios de adaptação realiza-se através da auto-reflexão e auto-regulação, isto é,

observando e pensando sobre as suas acções, sentimentos e cognições; avaliando o impacto das suas acções; definindo objectivos e implementando planos para os alcançar através da execução de comportamentos específicos em determinadas circunstâncias. (Lent e Maddux, 1997)

A introdução e o desenvolvimento da teoria da Auto-Eficácia foi elaborada pelos trabalhos de Albert Bandura, no contexto dos modelos cognitivos de modificação do comportamento e com base na designada Teoria da Aprendizagem social ou Teoria sócio-cognitiva (Bandura, 1989).

A teoria da auto-eficácia propõe uma das variáveis mais promissoras que emergiu nos últimos anos, quer na área específica da promoção e protecção da saúde, quer na prevenção e remediação das doenças (O' Leary, 1985,1992; Ribeiro,1993).

Bandura rejeita as perspectivas mecanicistas do ser humano ao considerar que este possui capacidades superiores que lhe possibilitam utilizar símbolos (cognições) e realizar predições quanto à ocorrência dos acontecimentos, criando mecanismos que lhe permitam exercer controlo directamente sobre aqueles que afectam a sua vida quotidiana. Deste modo, as pessoas contribuem para o que acontece com elas, mas não determinam os eventos que ocorrem.

Segundo Bandura, a **teoria da auto-eficácia** baseia-se na assunção de que os processos psicológicos medeiam a criação e o fortalecimento de expectativas de eficácia pessoal (fig.4).

A auto-eficácia significa a convicção de que a pessoa consegue executar o comportamento desejado com sucesso, de modo a produzir o resultado desejado. É um constructo que reflecte o grau de confiança do indivíduo na sua capacidade para mudar o comportamento. Significa o grau de confiança que o indivíduo tem para não adoptar um comportamento problema numa situação tentadora ou conveniente, e o grau de confiança para adoptar o comportamento positivo em situações desafiadoras.

A auto-eficácia define-se como “ a crença de que se consegue exercer controlo sobre a própria motivação, processos de pensamento, estados emocionais e padrões de comportamento”.

É uma *variável cognitiva com uma função motivacional* (Bandura, 1982, 1991). A motivação refere-se à activação e persistência do

comportamento: a actividade cognitiva suporta-a. Este suporte tem por base duas fontes:

- a representação cognitiva de resultados futuros
- a definição de objectivos e a avaliação da realização pessoal.

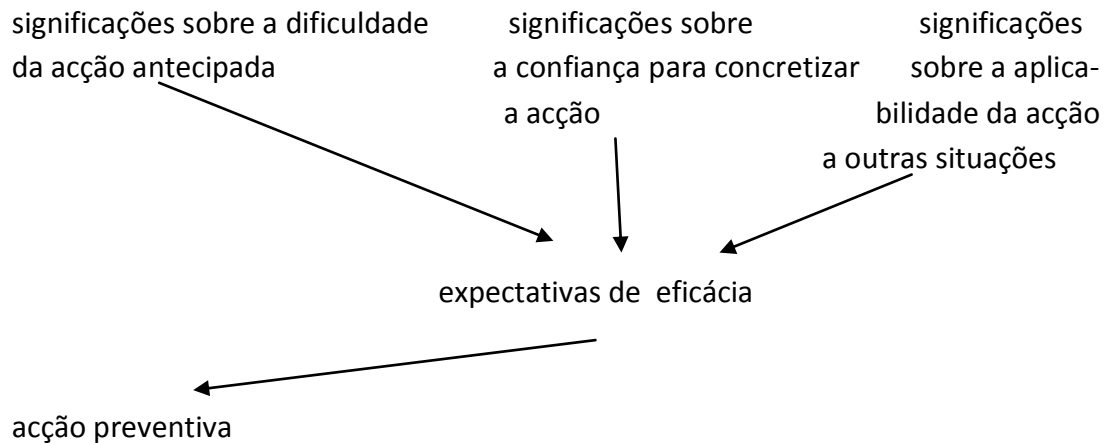


Figura nº 4- Modelo de Auto-eficácia

De acordo com a Teoria Cognitiva da Aprendizagem Social, a motivação e o comportamento seriam determinados pela perspectiva dos acontecimentos. Este **mecanismo de controlo antecipatório** agrupa três tipos de expectativas:

- 1) Expectativas de resultado da situação (situation-outcome), onde as consequências são determinadas pelos acontecimentos ambientais, sem acção pessoal;
- 2) Expectativas de resultado da acção (action-outcome), em que os resultados ou as consequências derivariam duma acção;
- 3) Percepção de auto-eficácia, que se centra na crença pessoal quanto às capacidades para realizar uma acção específica necessária à obtenção dum resultado determinado (Bandura 1988,1992).

A auto-eficácia e as expectativas de resultado da acção (action-outcome expectancies) referem-se à percepção que se pode mudar a realidade e lidar com os riscos ou ameaças através duma acção preventiva. Na realidade são difíceis de distinguir porque operam em conjunto (não é possível a segunda sem a primeira).

A teoria da auto-eficácia é um componente chave na teoria de Bandura. Postula que a iniciação, persistência ou abandono duma estratégia ou

comportamento são particularmente afectados pelas crenças pessoais quanto às suas competências e probabilidade de lidar e ultrapassar as exigências ambientais. “As percepções pessoais de eficácia influenciam o tipo de cenários antecipatórios que as pessoas constroem. Aqueles que possuem um sentido elevado de eficácia visualizam cenários de sucesso, os quais fornecem guias positivos para a realização. Os que se avaliam como ineficazes estão mais propensos à visualização de cenários de insucesso que prejudicam a sua realização através do acentuar dos aspectos negativos... Um sentido de eficácia elevado favorece a construção cognitiva de acções eficazes, e a percepção de acções eficazes fortalece as auto-percepções de eficácia... As crenças de auto-eficácia habitualmente afectam o funcionamento cognitivo através da acção conjunta das operações de processamento de informação e da motivação” (Bandura, 1989). As crenças de auto-eficácia determinam o nível de motivação, tal como se reflecte na quantidade de esforço empregue para alcançar um objectivo e o tempo que persistirão em face dos obstáculos. Quanto mais forte a crença nas capacidades pessoais, maior e mais longos serão os esforços” (Bandura, 1997).

A mudança comportamental, de acordo com Bandura, depende das expectativas quanto ao resultado e das expectativas de eficácia pessoal. As expectativas quanto ao resultado consistem na crença que um comportamento próprio e particular conduz a uma consequência específica. São crenças sobre a consequência de um acto. A percepção de auto-eficácia enquadra-se no controlo pessoal das acções, refere-se às expectativas pessoais quanto à sua capacidade para realizar um comportamento específico (desejado). Não reflecte as competências pessoais, mas sim as crenças, os julgamentos, as avaliações sobre o que o indivíduo pode realizar com as competências que possui, para executar comportamentos específicos em situações determinadas (desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress) e tem uma elevada predictibilidade em relação a tarefas comportamentais específicas. Não é, como podemos deduzir, uma característica generalizada da personalidade (ao contrário do que postula Wallston), podendo variar, na mesma pessoa, de tarefa para tarefa.

Pajares (2002), um dos colaboradores de Bandura, postula que as crenças de eficácia são formadas por meio do processamento cognitivo, que engloba processos referentes à atenção, memória e integração de informações: *“A habilidade de discernir, dar peso e integrar fontes relevantes de informação de eficácia aumenta com o desenvolvimento das habilidades cognitivas para o processamento de informação...”*

O conceito de auto-eficácia tem provado ser um constructo bastante versátil e heurístico, com aplicações em muitas áreas e especialidades da psicologia. Apesar das primeiras pesquisas se centrarem no domínio da ansiedade e controlo da ansiedade, as investigações posteriores estenderam o conceito para o domínio da aprendizagem e educação, organizacional, aconselhamento e psicoterapia, controlo e manutenção da saúde (Lent & Maddux, 1997; Schwarzer & Fuchs, 1996). Em qualquer dos domínios a mudança comportamental é facilitada pelo sentido de controlo pessoal. Quando se acredita que se pode actuar para resolver um problema, haverá maior propensão a fazê-lo e a sentir-se mais implicado numa decisão. Níveis diversos de auto-eficácia podem promover ou limitar a motivação para agir. De acordo com o Modelo da Cognição Social, supõe-se que uma auto-eficácia elevada se relacionaria com melhor saúde, realização escolar ou integração social. A aquisição de um sentido de auto-eficácia deriva da avaliação das experiências passadas, do comportamento dos outros e das informações e incentivos fornecidos pelos outros significativos (Bandura, 1978, 1989).

Considerando que a doença crónica Diabetes não pode ser curada, precisa de ser manejada ao longo do tempo, isso requer melhoria da dor, acentuação e manutenção do funcionamento com a incapacidade funcional crescente e o desenvolvimento de habilidades auto-regulatórias compensatórias. O objectivo é retardar o progresso da incapacidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas afectadas. Programas de auto-gestão baseados no modelo da auto-eficácia aumentam os ganhos em saúde e reduzem a necessidade dos serviços médicos (Bandura, 2004).

DESENVOLVIMENTO DAS EXPECTATIVAS DE AUTO-EFICÁCIA

O desenvolvimento das expectativas de controlo processa-se através de mecanismos de aprendizagem social em que os sujeitos aprendem pela

observação do comportamento dos outros.

Bandura (1989,1994) descreve quatro condições para o desenvolvimento de expectativas de auto-eficácia:

1- Experiências de Prática Eficaz- constituem a mais poderosa fonte de auto-eficácia, porque se baseia numa experiência de sucesso autêntica; experiências passadas de sucesso promovem a auto-eficácia, enquanto experiências de insucesso a fazem diminuir. Serve de indicador de habilidade;

2- Experiências Vicariantes- não têm a mesma força da experiência pessoal pois é mais fraca no entanto, as realizações de outras pessoas servem de ponto de referência nomeadamente para aqueles que têm critérios de avaliação vagos ou têm pouca experiência. Observar outras pessoas semelhantes a terem sucesso nas suas acções, pode elevar a auto-eficácia dos observadores por meio da informação inferencial de que também eles serão capazes de obter sucesso em situações comparáveis. Do mesmo modo quando o observador vê outros similares terem fracasso numa dada acção, apesar de muito esforço, esse evento pode diminuir a crença sobre as suas capacidades, enfraquecendo os seus esforços para aquele domínio específico. (Bandura, 1987).

As experiências vicariantes podem produzir mudanças significativas e duradouras por meio do seu efeito indirecto na melhoria das performances. As pessoas que são convencidas pela informação vicária da sua ineficácia comportam-se de formas ineficazes. Por outro lado, influências modeladoras que aumentam a auto-eficácia podem diminuir o impacto das experiências pessoais de fracasso, por meio da sustentação das tentativas de performance, mesmo frente ao fracasso.

Outra forma de influência da informação vicária é quando um modelo competente ensina ao observador estratégias de acção efectivas para lidar com situações ameaçadoras. Trata-se duma situação importante quando existe um nível baixo de auto-eficácia juntamente com uma habilidade deficiente.

Bandura (1997) aponta que as influências modeladoras funcionam não só como parâmetros sociais. As pessoas procuram activamente modelos que tenham as competências a que elas aspiram. Por fim, a aquisição de

estratégias efectivas aprimora a performance e aumenta a crença de auto-eficácia.

3- Persuasão Verbal- as expectativas de eficácia pessoal podem ser implementadas pela persuasão verbal. Incentivos de “autoridades” têm grande impacto no sujeito, levando-o a acreditar nas suas potencialidades e a desenvolver esforços para alcançar o objectivo.

A fonte de persuasão verbal diz respeito às persuasões sociais recebidas, servindo como meio adicional para fortalecer as crenças pessoais. É mais fácil manter um senso de eficácia, especialmente nas dificuldades, quando outros significativos expressam fé na capacidade pessoal.

A persuasão verbal não é construída como uma simples informação verbal. Durante os anos de formação, modelos significativos na vida das pessoas têm um papel central no estímulo da crença no potencial e no poder de controlar a direcção das suas vidas.

A persuasão verbal tem efeito maior nas pessoas que têm alguma razão para acreditar que produzirão algum resultado por meio das suas acções.

4- Estados Fisiológicos- podem influenciar as expectativas de auto-eficácia, pois as pessoas excessivamente activadas atingem níveis de sucesso inferior. Aqui, as pessoas julgam parcialmente a sua capacidade, força e vulnerabilidade. A fonte dos indicadores actua quando as pessoas avaliam a sua confiança para realizar acções, pelo seu estado emocional (Pajares, 2002). Aqui, as pessoas baseiam-se parcialmente em informação somática, dada pelos estados fisiológicos e emocionais. Os indicadores somáticos de auto-eficácia são relevantes nos domínios que envolvam conquista física, funcionamento saudável e coping com stressores.

Todas estas fontes de desenvolvimento de auto-eficácia raramente operam separadamente e de maneira independente. No entanto, o mais importante é o modo como é avaliada a auto-eficácia pelo sujeito. As apreciações que o sujeito faz quanto à dificuldade da tarefa ou ao esforço despendido, levam-no a integrar as conclusões no seu sistema de auto-eficácia. A auto-eficácia é afectada pela forma de interpretação dos sucessos e fracassos, mas também pelos vieses na auto-monitorização das performances. Cada acção envolve alguma variação na qualidade da performance. Muitos factores contribuem para essa diferença, incluindo alterações de atenção, físicas e estados emocionais, mudanças no

processo de pensamento, influências contextuais e demandas situacionais. Esta variabilidade permite alguma liberdade sobre a observação e recordação das boas ou más performances. As pessoas que selectivamente se lembram das suas piores performances, mais provavelmente subestimarão a sua capacidade, apesar de poderem processar correctamente a informação. Nesses casos, o problema está na memória e atenção enviesadas, ao invés de estar nos julgamentos inferenciais sobre as causas dos sucessos e fracassos.

Os vieses de atenção e memória podem originar crenças e atitudes disfuncionais, o que deve ser distinguido por meio do diagnóstico clínico, por exemplo, de dificuldades no processamento cognitivo das informações.

A AUTO-EFICÁCIA FACE AOS CONSTRUCTOS COGNITIVOS

O constructo “ auto-eficácia” é por vezes, confundido com outras noções que descrevem traços de personalidade mais generalizados, como a auto-confiança ou a auto-estima. Esta última refere-se aos julgamentos de auto-consideração ou dignidade pessoal, isto é, o quanto a pessoa gosta ou não de si própria. É um traço generalizado que se estrutura numa idade precoce e se mantém estável ao longo da vida adulta. O seu efeito preditivo relativamente a comportamentos específicos é moderado.

A autoconfiança refere-se à apreciação da pessoa relativamente às suas capacidades globais. Diz respeito às crenças na obtenção de sucesso a partir dos seus esforços e atingir objectivos desejados.

O conceito de auto-eficácia também está relacionado com os conceitos de auto-avaliação e as estratégias de confronto. Tal como Bandura referiu, a auto-eficácia difere da teoria do auto-conceito porque esta última refere-se a uma auto-imagem global, enquanto a auto-eficácia se centra nos julgamentos quanto às capacidades pessoais. Por outro lado, o constructo de auto-eficácia relaciona-se com o constructo das aptidões de confronto de Lazarus (1991). A definição de avaliação^{2ª} diz respeito à avaliação pessoal quanto à capacidade para enfrentar uma ameaça. Durante o processo de confronto, o sujeito considera:

-as estratégias disponíveis

-a possibilidade de uma estratégia conduzir a uma consequência desejada (expectativas de resultado)

-a possibilidade do próprio usar essa estratégia eficazmente (descreve a auto-eficácia) (Vries, Dijkstra & Kuhlman, 1988).

É preciso que exista um nível suficiente de habilidades meta-cognitivas de auto-reflexão para ponderar a adequação de suas próprias avaliações. Isto *requer um conhecimento dos tipos de habilidades exigidas para as diferentes actividades, e o auto-conhecimento das capacidades.*

Além disto, o processamento cognitivo não ocorre durante todo o tempo em que a pessoa realiza as acções, pois nas actividades habituais as pessoas não re-avaliam sempre as suas habilidades.

O processamento cognitivo pode ocorrer de maneira imprecisa, tal como em situações novas. Muitas pesquisas têm sido realizadas sobre os quatro principais processos psicológicos, pelos quais as crenças de auto-eficácia afectam o funcionamento humano. Assim, são eles:

- Processos Cognitivos, onde uma das principais funções do pensamento é capacitar as pessoas para prever eventos e desenvolver formas de controlar aqueles que afectam as suas vidas. Essas habilidades requerem processamento cognitivo eficaz de informação, que contém muitas ambiguidades e incertezas;
- Processos motivacionais, pois as crenças de auto-eficácia desempenham um papel fundamental na auto-regulação da motivação;
- Processos Afectivos, pois as crenças de auto-eficácia afectam o stress nas situações ameaçadoras, despertando ansiedade nas pessoas com menos controle sobre as ameaças.
- Processos selectivos, onde as pessoas com auto-eficácia elevada criam ambientes positivos e com algum controle nos inesperados. As pessoas são, em parte, o produto do seu meio ambiente.

PERCEPÇÃO DE AUTO-EFICÁCIA RELATIVA À SAÚDE E À DOENÇA

A auto-eficácia é apontada como uma variável potencialmente forte no domínio da Psicologia da Saúde.

As crenças de eficácia relativas à adesão terapêutica são de dois tipos:

-eficácia quanto ao resultado (ex. efectuar exercício físico permite controlar a glicemia) são crenças quanto à possibilidade dum comportamento originar um resultado desejado;

-Crenças de auto-eficácia são as crenças pessoais quanto à capacidade para executar um comportamento (ex. sou capaz de realizar desporto três vezes por semana).

As crenças de auto-eficácia parecem ser mais salientes para a adesão a planos terapêuticos mais difíceis e exigentes, como na Diabetes. Serão estas as avaliadas no presente estudo.

AUTO-EFICÁCIA E SAÚDE

As percepções de auto-eficácia podem afectar a saúde de duas formas:

-através de comportamentos assumidos que influenciam a saúde;

-através do impacto na resposta fisiológica de stresse a qual, sendo intensa ou frequente ou por longos períodos de tempo, irá afectar uma vasta área de domínios da saúde. (O'Leary, 1992)

Tanto as expectativas de resultado como as de eficácia têm influência na adopção de comportamentos saudáveis, na eliminação de hábitos nefastos ou no controlo da doença. Para se adoptar comportamentos saudáveis, os indivíduos em primeiro lugar formam uma intenção e só posteriormente executam a acção. As expectativas de resultado são importantes para a formação da intenção, mas menos para o controlo da acção. Expectativas de resultado positivas encorajam a decisão de mudança comportamental. Após esta fase, as expectativas de resultado são ultrapassadas pois torna-se prioritário implementar ou manter o comportamento (as expectativas de resultado são preditoras de comportamentos relativamente simples, como escovar os dentes). Nesta fase, as percepções de auto-eficácia continuam a exercer uma influência controladora. A auto-eficácia, pelo contrário, parece ser crucial em ambos os momentos da auto-regulação do comportamento relativo à saúde.

A percepção de auto-eficácia foi explorada como um factor de protecção da resposta fisiológica de stresse. Corresponde à “avaliação secundária” no modelo transaccional de stresse de Lazarus, e referem-se à apreciação das competências pessoais para lidar com os agentes ameaçadores. Os indivíduos que acreditam ter maior capacidade para enfrentar ou

controlar o agente stressor manifestarão menor ansiedade e uma resposta fisiológica mais reduzida.

As crenças de auto-eficácia influenciam o comportamento através dos efeitos nas escolhas de comportamentos alternativos, do esforço despendido, da activação face às condições e da persistência face às dificuldades.

Os comportamentos relativos à saúde e à doença variam na sua complexidade e no número de competências necessárias para a sua execução: quanto maior o nível de competências exigidas, mais importantes serão as percepções de auto-eficácia na determinação do resultado.

“As crenças de auto-eficácia envolvem frequentemente competências técnicas necessárias à execução dum comportamento. Deste modo, níveis elevados de competência podem ser requeridos para pesquisar a glicemia, administrar insulina, praticar exercício físico...adiar a procura ou satisfação de impulsos como o comer hidratos de carbono- bolos, chocolate...; mas, competências para uma interacção efectiva com os outros são também necessárias, como o resistir à pressão dos pares, tal como é exigido aos pacientes diabéticos” (Bandura).

A auto-eficácia tem sido descrita como uma variável de relevo para a adopção dum elevado nº de comportamentos relacionados com a saúde. No presente estudo, está relacionada com a adesão a regimes médicos complexos como o auto-tratamento da diabetes.

AUTO-EFICÁCIA E DIABETES

Apesar da importância teórica do constructo, as referências sobre a relação entre a auto-eficácia e o controlo da diabetes são ainda muito reduzidas. Os estudos encontrados direccionam-se para a importância da auto-eficácia na realização de comportamentos de adesão a regimes alimentares específicos, e relativos à diabetes tipo 1.

Grossman e colaboradores (1987) desenvolveram uma escala de auto-eficácia (SEDS), para avaliar a auto-eficácia relativa à diabetes tipo 1 em adolescentes. A “auto-eficácia” define-se como as auto-percepções ou expectativas que as pessoas com diabetes possuem quanto à sua competência pessoal, o poder e meios para tratar com sucesso a diabetes

(Grossman & col., 1987,pág.324). Os autores verificaram que quer o resultado da escala total, quer o resultado das quatro sub-escalas que compõem a SEDS se correlacionavam com os índices de controlo metabólico.

Também Hurley e Shea (1992) verificaram noutro estudo, que apenas a auto-eficácia (como crença quanto à existência no indivíduo de comportamentos específicos para controlar a diabetes) aparecia como variável preditora do auto-tratamento um mês após a avaliação. Os autores consideraram que a auto-eficácia poderia ser de tal forma predictiva do auto-tratamento da diabetes, que a elegeram como alvo dum programa de intervenção com o objectivo de promover a melhoria da adesão ao tratamento em pacientes adultos.

Os autores não encontraram uma correlação significativa entre a auto-eficácia e o indicadore HbA1c.

Também Ralf Schwarzer encontrou o conceito “auto-eficácia” como núcleo central da teoria da acção para a saúde.

O nosso estudo pretenderá analisar a relação entre a percepção de auto-eficácia específica do paciente diabético tipo2 insulinotratado e a adesão terapêutica à alimentação, ao exercício físico e à administração de insulina.

MODELOS DE COGNIÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

O intercâmbio entre a psicologia da saúde e a psicologia social permitiu o desenvolvimento de diversos modelos teóricos, com o objectivo de explicar o comportamento relacionado com a saúde e a doença, os quais têm sido também aplicados na explicação do comportamento de adesão terapêutica.

Estes modelos englobam várias abordagens teóricas que procuram compreender o comportamento relacionado com a saúde. Sabendo que uma proporção significativa da taxa de mortalidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento deriva de certos padrões de comportamento incorrectos e não saudáveis, sendo possível modificá-los, pressupõem que os indivíduos podem realizar acções que promovem a sua saúde ou evitar ter tais comportamentos comprometedores do seu bem-estar. Assentam na concepção de que os factores cognitivos (crenças

e atitudes) são os determinantes mais importantes do comportamento relacionado com a saúde, não ignorando que tal comportamento ocorre num contexto social e relacional. Constata-se que os determinantes socio-cognitivos são importantes causadores do comportamento que medeia os efeitos de outros (como a classe social ou o nível educativo), sendo também mais acessíveis à mudança. Conner & Norman, 1996, estudaram uma grande variedade de comportamentos relativos à saúde, onde se destaca o comportamento de adesão terapêutica no presente estudo.

Alguns modelos recorrem a uma abordagem expectativa-valor, onde o comportamento surge como uma resposta a informações ou percepções de ameaça à saúde, que decorre duma decisão activa baseada em dois tipos de cognições:

- 1- Crenças ou expectativas sobre a probabilidade duma acção específica (tomar a medicação conduzirá ao resultado de melhorias em saúde)
- 2- O valor subjectivo que lhes é atribuído.

O poder predictivo das crenças varia consoante a dimensão da saúde que estamos a avaliar (prevenção e tratamento são domínios comportamentais diversos a que se podem associar diferentes crenças).

O comportamento de saúde pode ser agrupado em três categorias:

- comportamento de prevenção da saúde- actividades realizadas por pessoas assintomáticas, cujo objectivo é preservar a saúde ou detectar doenças;

- comportamento de doença- (illness) corresponde às actividades implementadas por indivíduos sintomáticos, cujo objectivo é diagnosticar ou tratar a doença;

- comportamento de doente- corresponde às acções desenvolvidas pelos pacientes com uma patologia diagnosticada, onde o objectivo é alcançar o bem-estar. É nesta categoria que se enquadram os indivíduos com diagnóstico de diabetes, cujo comportamento de adesão ao tratamento visa promover o bem-estar e diminuir as sequelas imediatas e a longo prazo.

A medida em Ciências do Comportamento, nomeadamente na Psicologia, é aqui realizada por teoria, ou seja, é ao nível dos comportamentos que se faz a medida. Estamos a proceder à medida de um atributo empírico (o comportamento), estando de facto a medir a estrutura psicológica latente.

Serão importantes neste estudo os modelos da psicologia da saúde onde o objectivo é prever o comportamento de doente relativamente à adesão terapêutica ao exercício físico, à alimentação e à administração de insulina.

MODELO BIOPSIKOSSOCIAL DE ENGEL

“Criar um paradigma novo
não é como destruir um celeiro velho
e erguer um arranha-céus no seu lugar.
É mais como subir uma montanha
e à medida que a subimos
ganhamos vistas mais alargadas...
e, o ponto donde partimos
ainda pode ser visto
mas, aparece cada vez mais pequeno,
passando a ser uma parte mínima
da visão mais alargada que ganhamos
no processo da escalada...”

Einstein & Infed

Nos cuidados de saúde, o termo modelo é muitas vezes usado para se referir a um conjunto coerente de suposições, objectivos e práticas associadas que concernem àqueles cuidados; não é um termo abstracto. Quando o médico prescreve um antibiótico; quando a enfermeira aconselha um doente que sofre ou quando o gestor realiza um inquérito de satisfação do doente, cada um está a permitir que modelos particulares orientem o seu trabalho: diferentes modelos fazem diferentes exigências da Psicologia.

“For the medical student, both clinically relevant biomedical and psychosocial- medical scientific backgrounds are necessary to produce a physician capable of giving highquality health care and conducting the reserarch needed to develop and improve health care systems” (Engel,1973).

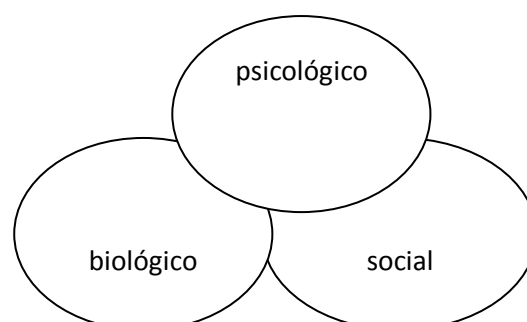


Figura nº 5-Engel 1977

Na arena da doença física, particularmente da doença crónica, o foco da preocupação é o sistema criado pela interacção de uma doença com o indivíduo, uma família ou algum outro sistema biopsicossocial (fig.5).

Há quarenta anos atrás George L. Engel destacou as insuficiências e limitações do tradicional modelo biomédico, defendendo a aprovação duma abordagem biopsicossocial. O artigo teve um impacto considerável na comunidade científica e atraiu cerca de 1.900 citações ao longo dos anos.

O modelo tradicional biomédico foi acusado de ser reducionista, por reduzir fenómenos complexos a uma causa simples e orgânica; de dualista por separar o mental do somático (Engel, 1977). O mundo é composto por um contínuo de sistemas que interagem a níveis diferentes. Estes níveis estão hierarquicamente organizados desde as partículas sub-atómicas passando pelo indivíduo e terminando ao nível da biosfera (fig.6)

FIGURA 6
O modelo biopsicossocial (Engel, 1980)

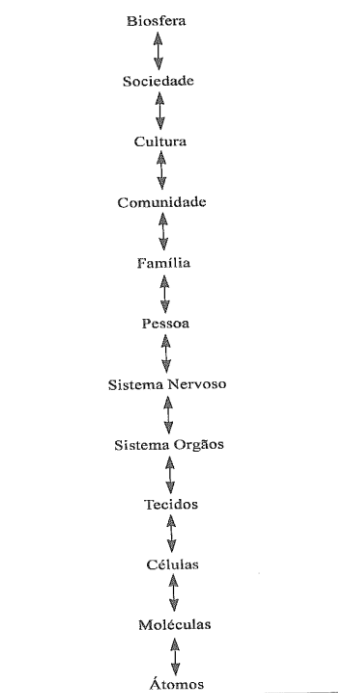


Figura nº6 -Modelo Biopsicossocial de Engel

O **modelo biopsicossocial** é por natureza um modelo sistémico e contextualista que exige uma avaliação multidimensional do indivíduo a vários níveis:

-os aspectos da doença em si (estado de saúde geral, história clínica do doente, tratamento e prognóstico da doença)

-o comportamento do paciente (história psicossocial do doente, a conceptualização que o doente faz da sua doença, o estilo de coping e estilo de vida)

-o contexto social, familiar e cultural do doente

-o sistema de saúde a ter em atenção na intervenção.

Trata-se dum modelo interdependente.

Segundo Engel, o modelo biopsicossocial de saúde e doença estabelece interligação entre três componentes fundamentais (fig.7):

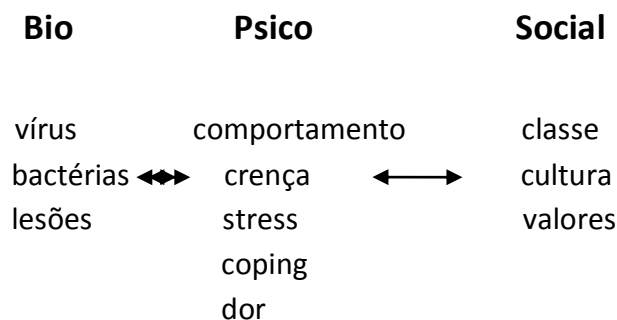


Figura nº 7- Componentes do modelo biopsicossocial de Engel

Baseada no modelo biopsicossocial, a integração na saúde requer que o profissional biomédico e o profissional psicossocial colaborem na prática em benefício do doente. Este modelo proposto por Engel, permite que a doença seja vista como um resultado da interacção de mecanismos celulares, teciduais, orgânicos, interpessoais e ambientais. O estudo de qualquer doença deve incluir o indivíduo, o seu corpo e o seu ambiente circundante como componentes essenciais de um sistema total. Os factores psicossociais podem operar para facilitar, manter ou modificar o curso da doença, embora o seu peso relativo possa variar de doença para doença, dum indivíduo para outro e até mesmo entre 2 episódios diferentes da mesma doença no mesmo indivíduo. A característica fundamental da psicologia clínica é a sua atenção explícita à humanização, onde a “ observação, introspecção e o diálogo são a base da tríade metodológica para o estudo clínico e para o processamento científico de dados do paciente”.

Qualquer doença, embora requeira mais atenção a um determinado nível, tem também um impacto nos outros níveis do sistema, ou seja, factores psicológicos influenciam processos biológicos que por sua vez influenciam o sistema social do paciente.

O modelo biopsicossocial engloba as seguintes perspectivas:

- 1) Nem todos os problemas apresentados pelo paciente poderão ser explicados em termos fisiológicos. Para compreender a doença é necessário ter atenção ao contexto emocional e social em que a doença ocorre;
- 2) As novas tecnologias da Medicina no tratamento das doenças, permitiram também aumentar a consciência de outros níveis de organização que influenciam as funções fisiológicas;
- 3) Uma elevada % de pacientes apresenta queixas somáticas, que são uma expressão de problemas psicossociais. Torna-se necessário um tipo de tratamento que englobe além dos aspectos médicos também os aspectos psicológicos e sociais.

Pretende-se tratar o “doente por inteiro” para se poder responder melhor às complexidades multifacetadas da doença e da saúde. A visão holística do paciente é a base de todo o modelo. A decisão de subir ou descer no modelo biopsicossocial depende do problema apresentado e da relevância imediata.

Integrado na equipa de saúde^{1ª}, o Psicólogo é responsável pela contextualização do problema, quer ao nível de mudanças de estilo de vida, problemas de adesão terapêutica ou relativamente ao impacto da doença no paciente e sua família. A intervenção da Psicologia da Saúde relaciona-se, aqui, com as questões psicossociais mas também com os problemas médicos.

Engel identificou o modelo biopsicossocial como uma estrutura conceptual mais adequada para orientar os clínicos no seu trabalho diário com os pacientes. Ele considerou que a transição do estreito modelo biomédico para o biopsicossocial era o maior desafio para a medicina dos anos setenta. Este desafio foi alcançado? Não como um todo. Como há 30 anos, o modelo dominante sobre a doença ainda é o modelo biomédico, sendo a biologia molecular a disciplina científica básica. Mas, tem havido um declínio progressivo da observação clínica, como fonte primária dos desafios científicos. As evidências que oferecem suporte ao modelo biopsicossocial aumentaram consideravelmente ao longo dos anos. Um grande corpo de investigação científica tem documentado o papel de eventos stressantes e de desafios ambientais repetidos ou crónicos na

modulação da vulnerabilidade individual à doença. A tendência a experimentar e comunicar o sofrimento psicológico como fenómeno clínico é encarada com um aumento na procura dos cuidados médicos e no custo dos serviços. As tradicionais especialidades médicas não conseguem dar resposta a este tipo de problemas que exigem uma visão holística do indivíduo. Além disso, as perturbações afectivas (depressão, ansiedade e hostilidade) e o comportamento de doença, isto é, as formas como o indivíduo lida, percebe, avalia e responde ao seu próprio estado de saúde, podem afectar o curso, a resposta terapêutica e resultado de um episódio de doença.

Engel descobriu que o bem-estar psicológico desempenha um papel protector no equilíbrio dinâmico entre saúde e doença. A necessidade de incluir a análise na vida diária, produtividade, desempenho social, a capacidade intelectual, estabilidade emocional e bem-estar, têm emergido como uma parte crucial da investigação clínica e de assistência ao paciente. Estas questões tornaram-se particularmente importantes nas doenças crónicas, pois a cura não é possível e afectam os prestadores de cuidados. Os pacientes tornaram-se cada vez mais conscientes desta realidade, e a carga emocional é “mais pesada”. As suas dificuldades para enfrentarem a doença e as suas consequências psicológicas originam-lhe vários problemas.

Em 1985, Geoffrey Rose mostrou que os factores de risco para a saúde quase sempre são normalmente distribuídos, suportando uma abordagem pública de prevenção em termos populacionais ao invés de rotulá-los como o mais alto risco. Os gastos exponenciais com medicamentos preventivos, justificados pelo potencial de benefícios a longo prazo têm sido contestados. Os benefícios da modificação do estilo de vida saudáveis, em termos populacionais, pela abordagem biopsicossocial têm sido crescentemente demonstrados.

A questão da adesão aos regimes de tratamento é também um problema que afecta os profissionais de saúde e que está presente em qualquer área de tratamento médico. No modelo biomédico, a adesão ao tratamento é definida como uma extensão do comportamento do indivíduo que vai no sentido aconselhado pelo médico (Haynes et al., 1979). Contudo, até à data todas as tentativas para identificar traços de personalidade ou

características demográficas relacionadas com a não adesão não obtiveram sucesso.

Na perspectiva biopsicossocial, o foco da não adesão é alargado duma perspectiva individual para uma perspectiva sistémica. Isto significa que a questão passa a ter um significado interacional em vez de ser uma etiqueta pejorativa colocada no paciente. A questão da adesão situa-se na interface entre o paciente, a família e o profissional de saúde, em vez de ser uma característica de cada um deles.

Será de lembrar o facto de existirem duas meta-teorias biopsicossociais, hierárquica ou interaccional e a integradora ou dialéctica. Nesta última, a dimensão social, psicológica e biológica são integradas dinamicamente e com valor superior à soma das partes. Rejeita o conceito de hierarquia do modelo biopsicossocial e defende e promove a interdisciplinaridade, pois como refere Norma Anderson, "*... para analisar os problemas de saúde das pessoas é necessário o desenvolvimento teórico e de pesquisa que possa estudar as inter penetrações entre as várias dimensões do ser humano...*"

Aqui, todo o processo de adesão assenta em múltiplas variáveis, tais como as características da doença, a interacção médico-doente e sua qualidade, o tipo e as exigências do regime terapêutico, as características do sistema de cuidados de saúde..., que de forma integrada influenciam a adesão terapêutica do paciente.

TEORIA SOCIO-COGNITIVA DE BANDURA

As teorias de aprendizagem social têm a sua origem no comportamento. Partilham o seu princípio de que as consequências do comportamento influenciam a repetição do mesmo.

O que motiva as pessoas para mudarem o seu comportamento?

... susceptibilidade individual

crença de que somos susceptíveis a uma situação que ameaça algo que valorizamos

...gravidade percebida

quantidade de ameaça percebida (quanto maior a gravidade percebida, mais provável a mudança)

...os prós percebidos suplantam os contra percebidos

...expectativas de resultado

crença de que a mudança terá valor, i.e., que a realização da acção recomendada reduzirá a ameaça percebida.

Os processos cognitivos não directamente observáveis, tais como expectativas, pensamentos e crenças, têm influência no comportamento. Uma das teorias abordadas no presente estudo é a teoria sócio-cognitiva de Bandura, directamente relacionada com a variável cognitiva- auto-eficácia.

Bandura propõe que a informação por si só não provoca a mudança comportamental, sendo necessárias certas competências. Por esta razão, não basta possuir competências, pois a realização de comportamentos requer auto-crenças na própria eficácia para exercer controlo pessoal.

Para o autor, dentre os mecanismos pelos quais a pessoa exerce influência sobre as suas acções, o mais central refere-se às crenças de auto-eficácia. Estas, são muito importantes pois influenciam as escolhas dos cursos de acção que são realizados, o quanto de esforço é empenhado nos seus objectivos, por quanto tempo irão perseverar em face de obstáculos e fracassos, a sua resiliência à adversidade, os padrões de pensamento de auto-impedimento ou de auto-suporte, o quanto o stress e a depressão vivenciam com demandas do ambiente e o nível de realização que alcançam.

Bandura defende que aprendemos a observar os outros. A observação de modelos externos (pessoas, meios electrónicos, livros) acelera mais a aprendizagem e evitam-se as consequências negativas.

Na perspectiva da Bandura, o comportamento do ser humano deve ser analisado em função duma interacção recíproca e contínua entre as condições ambientais, as cognições e as acções do sujeito. Assim, este "determinismo recíproco", designado pelo autor, os factores situacionais e disposicionais são considerados como causas interdependentes do comportamento, isto é, os determinantes internos do comportamento (crenças, expectativas,) e os determinantes externos (consequências, reforços, punições...) são parte dum sistema de influências que afectam não só o comportamento, mas também o próprio sistema.

Um outro aspecto da Teoria da Cognição Social refere-se à capacidade humana de Auto-regulação do comportamento. Através da acção no seu meio ambiente, da criação de mecanismos de apoio cognitivo e da criação de consequências para as suas próprias acções, as pessoas têm a capacidade de exercer influência sobre o seu comportamento. Através da representação verbal e por imagens, o ser humano processa e preserva as experiências de forma a servirem de guia para o futuro. A capacidade para idealizar resultados futuros potencializa estratégias com a finalidade de alcançar esses objectivos (fig.8):

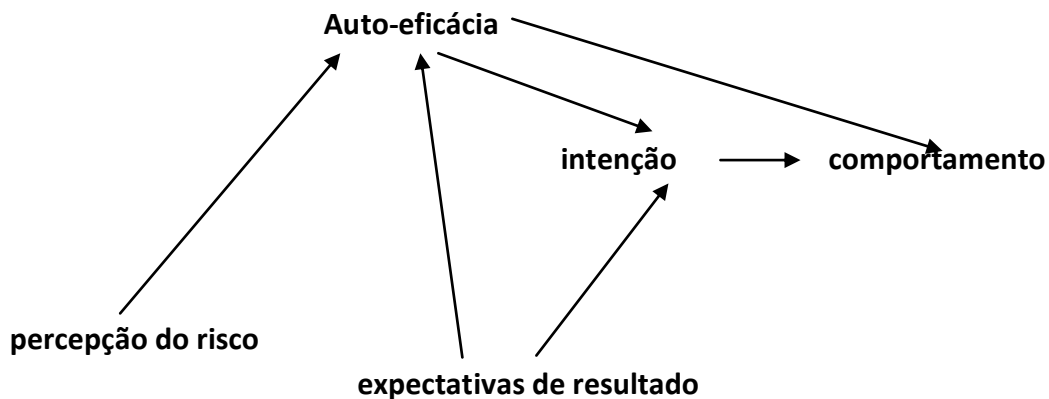


Figura nº 8-Teoria socio-cognitiva de Bandura

Os princípios básicos da sua teoria são:

- A interacção recíproca- factores internos (intrínsecos ao sujeito), factores externos (do meio ambiente) e o comportamento do sujeito interagem uns com os outros, influenciando-se mutuamente. Bandura agrupa todas estas influências de forma que nenhum dos três seja considerado uma entidade separada. Assim, não existe uma inevitabilidade do ambiente influenciar o sujeito, apenas uma possibilidade, se os factores pessoais estiverem predispostos a isso. O organismo não só responde aos estímulos do meio, mas também reflecte sobre eles, devido à sua capacidade de usar símbolos (representa mentalmente as acções sem precisar de sofrer as consequências de as tomar), da capacidade de previsão, de aprender pela experiência alheia e da auto-reflexão.

• Existe uma distinção entre a aprendizagem (aquisição de conhecimento) e o comportamento (execução observável desse conhecimento). Pode acontecer não existirem factores internos e/ou externos que nos impelem a não agir da forma que sabemos.

Há 4 elementos na aprendizagem por observação:

Atenção- existe uma selecção àquilo que prestamos atenção, o que é crucial para se aprender por observação. Essa selecção é feita em função das características do modelo (estatuto/prestígio; competência, valência afectiva), do observador e da actividade em si.

Retenção- a informação observada é codificada, traduzida e armazenada no nosso cérebro, com uma organização em padrões, em forma de imagens e construções verbais. Deve possuir o que se designa por prática coberta (ser capaz da repetição imagética ou predisposicional de procedimentos que observou ou de regras) e do que se designa de prática comportamental (ser capaz da execução repetida e sistemática dos procedimentos que observou)

Reprodução- consiste em traduzir as concepções simbólicas do comportamento armazenado na memória nas acções correspondentes. Pode haver dificuldades nessa tradução, devendo facilitar-se a execução correcta, quando se está a ensinar alguém.

Motivação e os Interesses- Bandura defende que a aquisição é um processo diferente da execução. Para que determinado comportamento aprendido seja executado, deve-se estar motivado para o efectuar, o que pode ser alcançado através de incentivos.

Foram também, identificados três tipos de reforços:

-Reforços directos (o observador é reforçado ao reproduzir o que observou)

-Reforços indirectos (o modelo é que é reforçado)

-Auto-reforços (é o sujeito que controla os seus próprios reforços).

Bandura, tal como os comportamentalistas defendem, afirma que as consequências ditam em boa escala o nosso comportamento. As acções que geram consequências positivas tendem a manter-se, enquanto as que geram negativas tendem a desaparecer. *A distinção entre aprendizagem por condicionamento operante e a aprendizagem social é que na 1ª as consequências têm o objectivo de fortalecer o comportamento, enquanto*

*para a teoria da aprendizagem social as consequências do comportamento são as suas **fontes de informação e de motivação**.*

As consequências informam as pessoas acerca da correcção ou conveniência da sua acção. As consequências experimentadas (recompensas ou castigos) pelos modelos transmitem informação aos observadores de quais as acções efectivas ou não. Além disso, as consequências também geram motivação para realizarmos as acções que geraram consequências positivas noutros.

No entanto, a observação de modelos não garante, por si só, a aprendizagem dos comportamentos. Os factores envolvidos na aprendizagem por observação são:

- as consequências do comportamento serem consideradas muito positivas (mesmo comportamentos negativos podem ser imitados se as consequências forem positivas).
- As características do observador: idade, sexo, posição social, valores. Deverá existir uma certa adequação entre quem imita e quem é imitado.
- As características do modelo: o prestígio do modelo é crucial. Por ser competente numa determinada actividade ou por ser uma pessoa significativa para o observador. Os efeitos do prestígio alargam-se a outras áreas.

Segundo Luís Aguilar, as teorias da aprendizagem social vêm colmatar falhas existentes nas anteriores que tentam explicar os factores que influenciam o comportamento. Ao afirmarem que existe uma interacção recíproca entre os factores hereditários ou pessoais e os ambientais e o comportamento do sujeito, os teóricos da aprendizagem social sintetizam melhor que cada teoria anterior. É um tipo de aprendizagem muito importante, pois numerosos exemplos mostram que grande parte do nosso desenvolvimento dá-se a observarmos os outros.

Será importante salientar a atenção dada por Bandura aos aspectos cognitivos da aprendizagem. Apesar de Bandura ter feito este estudo duma forma superficial, o guardármos a informação através de imagens ou conceitos é realmente fascinante!

PROCESSO DE ACÇÃO PARA A SAÚDE

O processo de Acção para a Saúde começou a ser desenvolvido por Ralf Schwarzer, 1994, depois duma revisão dos modelos da cognição social da saúde. O autor considerou ser necessário enfatizar a dimensão temporal na compreensão das crenças e também a auto-eficácia como crença determinante na intenção do comportamento (Odgen, 1999; Schwarzer, & Fuchs, 1996).

O conceito básico deste modelo considera que a adopção, iniciação e manutenção de um comportamento de saúde ou de adesão terapêutica deve ser concebido como um processo que consiste em:

1-fase motivacional

2-fase volitiva, subdividida em: - fase de planeamento

-fase de acção

-fase de manutenção.

Enquanto a auto-eficácia desempenha um papel fundamental em todos os momentos, as outras crenças têm um papel mais limitado a determinados momentos.

Na fase de motivação, os indivíduos formam uma intenção de acção, que resulta da avaliação da ameaça, para adoptar medidas preventivas ou mudar comportamentos de risco ou de adesão terapêutica. Este processo corresponde a uma tomada de decisão, onde a auto-eficácia e as expectativas de resultado são os melhores predictores das intenções. Quando o paciente tem pouca ou nenhuma experiência, as expectativas de resultado poderão ter uma influência superior. No entanto, quando já existe alguma experiência a auto-eficácia surge como determinante fundamental da intenção de acção.

Na fase de acção, estão agrupados factores cognitivos, comportamentais e situacionais. O foco deve ser centrado nas cognições que impulsionam e controlam o comportamento (planos de acção e planos de controlo) (fig.9):

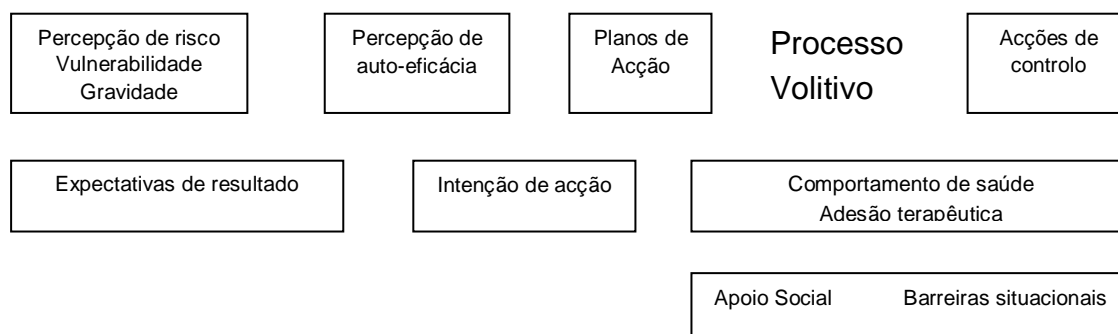


Figura nº9-

Processo de acção para a Saúde (adaptado de Schwarzer & Fuchs,1996)

O autor parte do pressuposto que possuir intenções não é suficiente para passar à acção, pelo que não se deve esquecer as barreiras ou obstáculos, ou a falta de controlo comportamental.

Quando uma intenção de acção é formada, deve ser traduzida em instruções detalhadas sobre o modo de agir, isto é, uma intenção global é especificada num conjunto de intenções subordinadas e de planos de acção que contêm sequências de acção e objectivos próximos a atingir. Este processo volitivo é influenciado pelas expectativas de resultado e, fundamentalmente pela auto-eficácia, dado que a quantidade e qualidade dos planos de acção dependem da experiência e da percepção de competência. As crenças de auto-eficácia influenciam a construção cognitiva de planos de acção através da visualização de cenários que conduzem aos objectivos, caso contrário o sujeito agiria por ensaio e erro. Realizar um comportamento de saúde intencionado, evitar uma situação de risco ou aderir a um plano terapêutico são acções.

Depois de iniciada a acção, o comportamento deve ser cognitivamente controlado para que ocorra a sua manutenção.

Quando uma acção está a ser realizada, a auto-eficácia tem um papel motivador, determinando a quantidade de esforço e a perseverança. Após a realização do comportamento, o sujeito avalia o seu desempenho (sucesso ou insucesso) e atribui o resultado percebido a causas possíveis. Daqui, podem resultar emoções e expectativas diversas que vão aumentar

ou diminuir a força volitiva para acções posteriores. O auto-reforço é entendido como uma estratégia metacognitiva importante.

As acções não dependem unicamente das intenções e do controlo cognitivo mas, também de factores situacionais e dos obstáculos ou barreiras à acção. Se as pistas situacionais são exageradas as competências cognitivas não lhe permitem proteger-se das ameaças (ex. acompanhar indivíduos à pastelaria para comer bolos, situação difícil para um diabético).

PARTE II- INVESTIGAÇÃO

METODOLOGIA

“Do trabalho e da experiência aprendeu o homem a ciência”

No presente capítulo pretende-se descrever a metodologia adoptada para a realização do estudo, apresentando o objectivo geral e os objectivos específicos, as questões de investigação, as análises exploratórias bem como as hipóteses de investigação e sua fundamentação. Pretende-se também identificar a amostra, os seus critérios de selecção e procedimento de recolha dos dados. Por fim, apresentam-se as variáveis estudadas, os instrumentos utilizados e as análises estatísticas efectuadas. De acordo com Fortin (1999), a etapa inicial de um trabalho de investigação deve basear-se num problema de interesse para o investigador e para as populações. Assim, o tema escolhido para a realização do estudo dirige-se às inquietações que surgem da prática diária na prestação de cuidados aos diabéticos tipo2 insulino tratados e à actualidade e pertinência que caracterizam as questões que se relacionam com as doenças crónicas, ao abordar o paciente dum forma holística.

A WHO (2002,2003) elaborou dois relatórios que expressavam as suas preocupações com a fraca adesão ao regime terapêutico nas patologias crónicas. Esta preocupação faz sentido tendo em conta as consequências que daí advêm para a saúde das populações e a necessidade de se desenvolverem estudos que promovam a compreensão do fenómeno, permitindo encontrar estratégias que melhorem este indicador traduzindo-se em ganhos em saúde.

A adesão eficaz ao regime terapêutico implica muitas vezes a mudança de comportamentos e a adopção de estilos de vida saudáveis o que torna difícil a sua concretização. O Ministério da Saúde em 2003, através do Plano Nacional de Saúde reconhecia esta problemática e referia a importância de se estudar e combater as causas subjacentes às principais doenças relacionadas com os estilos de vida, onde se inclui a Diabetes.

Como já referimos anteriormente, a promoção da adesão eficaz ao regime terapêutico, deve ser entendida sobre uma perspectiva holística, onde o doente é entendido como um “todo” (WHO, 2003).

Vários autores apontam a importância da relação estabelecida entre os profissionais de saúde e o diabético no sucesso da adesão ao regime

terapêutico. Esta relação deve basear-se numa aliança que conduz à promoção do auto-controlo e do auto-cuidado, dum melhor auto-conhecimento e que se tornam imprescindíveis na gestão eficaz da diabetes. Tal aliança só é possível se existir um clima de relação terapêutica que proporcione ao doente satisfação com os cuidados prestados.

De acordo com as novas directrizes americanas na abordagem do doente diabético, a American Association of Clinical Endocrinology (AACE) lançou novas orientações para a prática clínica que enfatizam o cuidado individualizado e integral dos diabéticos.

Para melhorar as condições de comorbilidade que acompanham esta patologia, torna-se imperativo que os planos de cuidado levem em conta factores de risco para complicações, comorbilidades, expectativas de vida, condições sociais, económicas e psicológicas. Embora as diretrizes recomendem uma meta de glicose no sangue de HbA1c de 6,5%, quando alcançada com segurança, um plano de tratamento deve levar em conta o risco do paciente para o desenvolvimento de hipoglicémia grave. Nas orientações, a AACE recomenda a educação quanto ao tratamento e o estilo de vida do diabético no momento do diagnóstico, bem como durante todo o curso da doença. A importância da terapia nutricional e actividade física devem ser discutidas com os doentes pré-diabéticos. Daqui se depreende o interesse do presente estudo de investigação, onde se pressupõe existir ligação entre os níveis de auto-eficácia dos doentes e a sua capacidade de adesão terapêutica para obter ganhos em saúde. É fundamental uma abordagem orientada nas crenças pessoais e motivacionais de cada diabético para que a eficácia de adesão terapêutica seja notoriamente favorável.

OBJECTIVO GERAL

A resenha bibliográfica que apresentámos na Primeira Parte permite constatar que, nos últimos anos, tem sido publicada muita literatura científica, alguma da qual enquadrada em diversas teorias da Psicologia da Saúde, onde se valoriza a visão holística do indivíduo portador de doenças crónicas. Vimos também que, frequentemente existe uma baixa real de adesão na doença crónica, a qual se pode traduzir em níveis baixos de

ganhos em saúde. Embora, a nível internacional, os trabalhos que procuram analisar as relações entre os indicadores comportamentais da adesão terapêutica (controlo alimentar, prática de exercício físico, correcta administração de insulina) e os indicadores de adaptação à diabetes (valor da HbA1c, nível da glicemia em jejum e IMC) não sejam escassos, é nula a informação disponível sobre a associação entre estes aspectos e a auto-eficácia do indivíduo com diabetes tipo2 insulino-tratado. No nosso País, não são conhecidos, na literatura consultada, resultados de qualquer investigação que procure estabelecer relações entre a variável psicológica auto-eficácia e a adesão terapêutica à alimentação, ao exercício físico e à administração de insulina no indivíduo diabético tipo 2 insulino-tratado.

Tentar melhorar os níveis de adesão ao regime terapêutico é um grande desafio colocado actualmente às equipas de saúde, que fazem daquela área o seu foco de atenção. Torna-se necessário conhecer o diabético em todas as suas dimensões incluindo a psicológica, onde o estado cognitivo pode ser fundamental no auto-controlo da doença.

Reflectindo sobre isto surgiu a nossa questão de investigação que, de acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), deve partir de um problema que o investigador gostaria de resolver, ou com uma questão que gostaria de responder: ***“De que modo a auto-eficácia do paciente (descrita como as capacidades pessoais para produzir níveis designados de desempenho, que exercem influência sobre os acontecimentos que afectam as suas vidas) condiciona ou liberta para uma adesão terapêutica ao regime alimentar, ao exercício físico e à administração de insulina em pessoas com diabetes tipo 2 insulino-tratadas?”***

A auto-eficácia é aqui revelada como determinante central da adesão em comportamentos de saúde, sendo um conceito incluído e determinante na teoria socio-cognitiva de Bandura.

O objectivo do presente trabalho teve como base conceptual o modelo biopsicossocial de Engel (1977). Na presente investigação recorreremos aos modelos de psicologia da saúde – Teoria Socio-Cognitiva de Bandura, onde se inclui o modelo de auto-eficácia e à Teoria de Acção para a Saúde de Ralf Schwarzer (1994), para avaliar a auto-eficácia como crença

determinante do comportamento de adesão terapêutica, relacionando-a com a alimentação, o exercício físico e a administração de insulina.

Procuraremos relacionar a auto-eficácia com um conjunto de variáveis individuais (idade, idade de diagnóstico, anos de doença e habilitações literárias), indicadores (glicemia em jejum e IMC) e dificuldades de adesão à terapêutica instituída. O esclarecimento destas relações possibilitará o desenvolvimento de estratégias de apoio médico em simultâneo com o apoio não médico, que irão ser dirigidas ao doente com a finalidade de enquadrar os objectivos clínicos e promover a adesão terapêutica (optimizar os ganhos em saúde, diminuindo as possíveis sequelas da diabetes), numa perspectiva pessoal mas prioritária em Saúde Pública.

Foi com este objectivo que planeámos o presente estudo de delineamento transversal, que investiga num determinado momento relações entre variáveis que não podem ser manipuladas pelo investigador. Neste tipo de estudo, o investigador não tem como propósito encontrar relações de causalidade entre fenómenos mas apenas estabelecer previsões entre eles. O estudo situa-se num paradigma quantitativo, aplicando para isso as regras da lógica, do raciocínio dedutivo e dos atributos mensuráveis da experiência humana.

É a partir do objectivo geral que iremos desenvolver a nossa investigação tentando encontrar respostas que nos ajudem a compreender melhor a problemática em estudo.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Com a elaboração deste trabalho de investigação pretendemos contribuir para um melhor e mais adequado conhecimento dos doentes com diabetes tipo 2 insulino-tratados, onde o objectivo último será contribuir para um aumento da adesão à terapêutica. Para isso, também é necessário conhecer os aspectos cognitivo-comportamentais destes indivíduos.

No presente trabalho iremos abordar e aprofundar uma variável cognitiva e determinante de adesão à terapêutica instituída, designada de auto-eficácia, como temos vindo a mencionar.

Estabelecemos os seguintes objectivos específicos:

- *Analisar o nível de adesão terapêutica à alimentação, ao exercício físico, à administração de insulina, na autovigilância da glicemia e no cuidado aos pés nos diabéticos tipo2 insulino-tratados;*
- *Analisar o nível de auto-eficácia para a alimentação, exercício físico e administração de insulina nos diabéticos tipo2 insulino-tratados;*
- *Analisar a relação entre o nível de auto-eficácia e a idade, idade de diagnóstico, anos de doença e habilitações literárias nos diabéticos tipo 2 insulino-tratados;*

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

- 1) Qual o nível de adesão terapêutica para a alimentação, exercício físico, administração de insulina, autovigilância da glicemia e cuidado aos pés nos diabéticos tipo2 insulino-tratados?
- 2) Qual o nível de auto-eficácia para a alimentação, exercício físico e administração de insulina nos diabéticos tipo2 insulino-tratados?
- 3) Qual a relação entre o nível de auto-eficácia e a idade, idade de diagnóstico, anos de doença e habilitações literárias nos diabéticos tipo2 insulino-tratados?

ANÁLISES EXPLORATÓRIAS

Pretende-se explorar também a influência das variáveis socio-demográficas e clínicas (idade do diagnóstico e anos da doença) nas complicações crónicas, complicações macrovasculares e com a dificuldade na adesão à terapêutica instituída para a alimentação, exercício físico, administração de insulina, autovigilância da glicemia e cuidados aos pés.

HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

A partir da bibliografia consultada e explanada na 1ª parte do trabalho e das questões anteriormente apresentadas, foram formuladas as seguintes hipóteses:

Hipótese1

Prevê-se que o nível de adesão terapêutica para a alimentação, exercício físico, administração de insulina, autovigilância da glicemia e cuidados aos

pés seja baixo, nas pessoas com diabetes tipo2 insulino tratadas com indicadores não controlados;

A diabetes é uma doença que exige a substituição de um sofisticado mecanismo de regulação biológica por uma estratégia activa e vigilante que coordene o nível de actividade física, de alimentos ingeridos com o controlo metabólico e, em função dos dados obtidos, regular a administração de insulina.

O equilíbrio do paciente com diabetes exige uma “plena” adesão quotidiana à terapêutica instituída. Só assim é possível um equilíbrio dos níveis de glicose sanguínea, pelo que na análise da Hemoglobina glicada encontraremos valores mais baixos e desta situação resultará um melhor nível de adesão terapêutica. No entanto, nem sempre se verifica uma associação directa entre os diversos componentes do comportamento de adesão terapêutica, sendo também diferente o efeito de cada um no equilíbrio do paciente.

Por estes motivos será analisado parcelarmente cada um dos componentes da adesão.

Hipótese2

Prevê-se que o nível de auto-eficácia para a alimentação, exercício físico e administração de insulina seja baixo nas pessoas com diabetes tipo2 insulino tratadas;

A auto-eficácia é uma variável socio-cognitiva, que se integra nos factores psicossociais e comportamentais do indivíduo, sendo determinante dos comportamentos de saúde.

A auto-eficácia foi um conceito introduzido por Bandura (1994), definido como “a crença de que se consegue exercer controlo sobre a própria motivação, processos de pensamento, estados emocionais e padrões de comportamento” (p. 26). Este constructo surge como um aspecto central na revisão da literatura sobre a adesão aos comportamentos de saúde, no que respeita às doenças crónicas. Requer que as pessoas exerçam influência sobre o seu próprio comportamento. No âmbito da diabetes, a auto-eficácia significa acreditar que se é capaz de aderir à terapêutica instituída, isto é, possuir a confiança e motivação para aderir ao regime

alimentar estabelecido, ao exercício físico e à administração correcta da insulina mas, com resultados de sucesso. Assim, a baixa auto-eficácia pode ser encarada como um factor de risco para a progressão da diabetes (O'Leary & Wingood, 2000; Wingood & DiClemente, 2002). Os indivíduos com diabetes tipo2 insulino-tratados necessitam de elevado nível de auto-eficácia com o objectivo de obterem comportamentos de saúde e consequentemente ganhos em saúde. Constata-se que a auto-eficácia é um poderoso predictor ao nível da saúde geral e da adesão aos comportamentos em saúde. Do mesmo modo, as mudanças positivas na auto-eficácia também se encontram relacionadas com níveis de adesão terapêutica mais elevados.

Hipótese3

Prevê-se que o nível de auto-eficácia diminua com a idade, idade de diagnóstico, anos de doença e baixo nível de habilitações literárias nas pessoas com diabetes tipo2 insulino-tratadas.

As crenças de auto-eficácia, tomadas individualmente ou inseridas num modelo de compreensão da adesão terapêutica, têm sido descritas como as principais determinantes de comportamentos relativos à saúde (Bandura, 1986); O'leary 1992). Os autores afirmam que a auto-eficácia é, entre os factores cognitivos, o melhor predictor e diferenciador da adesão ao tratamento. De Vries (1988) verificou que entre um conjunto de variáveis, a auto-eficácia tinha um papel determinante e único na predição da adesão a regimes saudáveis ou a terapêutica. Schwarzer (1994-1995) defende que a auto-eficácia generalizada (optimismo, confiança e esperança) não só permite prever o comportamento relativo à saúde como também diferenciar entre aderentes e não aderentes com os comportamentos saudáveis nos diversos domínios.

Hearley e Shea (1992) afirmam que entre um conjunto de variáveis cognitivas, a auto-eficácia seria a mais determinante da adesão terapêutica, pois relativamente à diabetes é a única variável que permite prever e discriminar a adesão ao tratamento um mês após um programa de educação para diabéticos adultos. O'Leary (1985, 1992) afirma que a

auto-eficácia é, entre os factores cognitivos, o melhor predictor e diferenciador da adesão ao tratamento.

De Vries, Dijkstra & Kuhlman (1988) verificou que entre um conjunto de variáveis, a auto-eficácia tinha um papel determinante e único na predição da adesão a regimes saudáveis, diferenciando também a implementação de comportamentos protectores.

Por esta razão será efectuada uma análise entre os resultados da escala de auto-eficácia e os parâmetros individuais como a idade, idade de diagnóstico, anos de doença e habilitações literárias.

ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS HIPÓTESES

A **primeira hipótese** de investigação será analisada através do estudo entre os indicadores comportamentais para a Diabetes (dificuldade de adesão terapêutica ao regime alimentar, ao exercício físico, à administração de insulina, à autovigilância da glicemia e o cuidado aos pés) e os indicadores HbA1c, glicemia em jejum e IMC, e também variáveis individuais (idade, idade de diagnóstico).

Para a **segunda hipótese**, efectuaremos uma análise das respostas ao instrumento de avaliação da auto-eficácia global para o tratamento da diabetes (SEDS), englobando as sub-escalas para cuidados médicos, diabetes e para as situações gerais e os indicadores comportamentais de adesão à terapêutica na diabetes (dificuldade de adesão ao regime alimentar, ao exercício físico e à administração de insulina).

Procederemos também à análise de relação entre a escala de auto-eficácia e os indicadores IMC e glicemia em jejum.

Relativamente à **terceira hipótese** efectuaremos uma análise de relação entre o instrumento escala de auto-eficácia e as variáveis individuais idade, idade de diagnóstico, anos de doença e habilitações literárias.

MATERIAL E MÉTODOS

POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo do estudo foi constituída pelos indivíduos diabéticos tipo2 insulino-tratados que frequentaram as consultas de diabetologia em regime de ambulatório, no departamento de Endocrinologia do HUC, às quintas-feiras. O período de recolha de dados situou-se entre Abril e Maio

de 2011. Optámos por uma amostra de conveniência, por esta interferir o mínimo possível com a organização e funcionamento das consultas. Assim, permitiu-nos escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo.

Das 110 pessoas com diabetes tipo 2 insulino-tratadas com consultas agendadas nesse período foram seleccionados 69 sujeitos. Destes, foram eliminados seis por se ter constatado no processo único que se tratava de pessoas com diabetes tipo 1, o que os impediu de participar no presente estudo. Foi esta amostra que serviu de base para o nosso estudo. Processos incompletos ou indevidamente preenchidos também foram excluídos, pelo que a amostra final ficou constituída por 63 sujeitos, o que fez 57,3% da população em consulta.

Todo o processo de investigação foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. A participação dos doentes foi voluntária, sendo a declaração de consentimento precedida de informação sobre o âmbito e a finalidade do estudo.

Os critérios de inclusão dos pacientes no estudo foram os seguintes:

- Adultos com idades compreendidas entre 20 e 80 anos;
- Utentes da Consulta de Diabetologia, da especialidade de Endocrinologia do Hospital da Universidade de Coimbra;
- Preencham os critérios da ISD (International Society for Diabetes) e da IDF (International Diabetes Federation – Europe) (ISPAD, 1995) para o diagnóstico de Diabetes Tipo 2 insulino-tratados;
- Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 pelo menos há 1 ano;
- Estarem em Regime de Ambulatório (não internados);
- Ausência de gravidez;
- Ausência de doença aguda e ausência de doença depressiva;
- Desenvolvimento intelectual normal;
- Dar consentimento informado de participação no estudo.

As variáveis de atributo incluem as variáveis sócio-demográficas e clínicas:

- género
- idade

- habilitações literárias
- profissão
- anos de doença
- idade de diagnóstico
- doenças concomitantes e factores de risco
- complicações crónicas
- complicações macrovasculares
- HbA1c
- IMC
- glicemia em jejum

CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA

Caracterização Socio Demográfica

A amostra é constituída por 63 adultos, sendo 26 (41,13%) do género masculino e 37 (58,87%) do género feminino.

Quadro III-Distribuição da amostra por Género

Género	N	%
Masculino	26	41,3
Feminino	37	58,7
Total	63	100

As **idades** estão compreendidas entre os 20 e 80 anos. A média das idades é de 61,3 anos e o desvio padrão de 12,9. Recorreu-se a medidas de localização relativa, os quantis, para melhor caracterização da amostra, pois trata-se de dados não agrupados. Verificámos facilmente a assimetria da amostra, observando-se uma idade mínima de 28 anos e a mediana nos 63 anos de idade.

Quadro IV-Distribuição da amostra por Idade

	N	Min	Máx	Média	Desvio Padrão	Mediana	1º Quartil	3º Quartil	IC 95%
Idade	63	28	80	61,3	12,9	63	53	71	58,1 a 64,6

Quadro V-Distribuição da amostra por grupos de Idade

Idade grupos (anos)	20-40	41-60	61-70	71-80	Total
N	5	21	19	18	63
%	7,9	33,3	30,2	28,6	100

Nas **habilitações literárias**, a grande maioria situa-se no nível baixo, ensino primário estando representado por 58,7% na amostra. No nível médio encontrámos 22,2% dos indivíduos; na categoria inferior, nível muito baixo que corresponde ao analfabetismo, temos 12,7% e apenas 6,4% correspondem ao nível de ensino superior.

Quadro VI-Distribuição da amostra por Habilitações Literárias

Habilitações literárias	Muito baixa	Baixa	Média	Superior	Total
N	8	37	14	4	63
%	12,7	58,7	22,2	6,4	100

Na **profissão**, a maioria dos indivíduos pela sua idade já avançada, encontra-se na situação de reformado, correspondendo a 44,4% relativamente ao género masculino e 6,3% para o género feminino. Além disto, o perfil sócioeconómico baixo identifica-se directamente com as habilitações literárias mencionadas acima.

Quadro VII- Distribuição da amostra por Profissões

Profissões	N	%	Profissões	N	%	Profissões	N	%	Profissões	N	%
Reformado	28	44,4	Desempregado	2	3,2	Enfermeira	1	1,6	Cozinheira	1	1,6
Reformada	4	6,3	Operária	1	1,6	Engenheiro	1	1,6	Empregada balcão	1	1,6
Doméstica	8	12,6	Administrativa	1	1,6	Industrial Hotelaria	1	1,6	Assistente Operacional	1	1,6
Operário	5	7,9	Agricultor/Ourives	1	1,6	Prof Primária	1	1,6	Carpinteiro	1	1,6
Auxiliar Acção Médica	2	3,2	Ajudante de Lar	1	1,6	Técnica Contabilidade	1	1,6	Técnica de INEM	1	1,6

Caracterização clínica da amostra

Relativamente aos **anos de doença**, a média de anos de doença foi de 17,1anos e o desvio padrão de 11,1anos. Nota-se uma assimetria amostral, onde 50% do nº de anos de doença corresponde ao 2º Quartil

ou mediana, respectivamente 14 anos de doença. O valor máximo foi 43anos e o valor mínimo verificado foi de 4 anos de doença.

Quadro VIII-Distribuição por Anos de Doença

Anos de Doença	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana	1º Quartil	3º Quartil	IC 95%
	63	4	43	17,1	11,1	14	7	27	14,3 a 19,9

No que respeita à **idade de diagnóstico**, verificámos que o diagnóstico da Diabetes foi realizado em média aos 44,4 anos, sendo o desvio padrão de 15,6 anos. O intervalo entre os 33 e os 53 anos corresponde a 50% dos resultados estatísticos, onde a mediana se situa nos 45 anos. O valor mais alto para a idade de diagnóstico foi de 73 anos, sendo que o valor mais baixo para esta variável foi de 17 anos.

Quadro IX- Distribuição por Idade de Diagnóstico para a Diabetes

Idade de Diagnóstico	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana	1º Quartil	3º Quartil	IC 95%
	63	17	73	44,4	15,6	45	33	53	40,5 a 48,3

Nas **doenças concomitantes e factores de risco** (HTA, Dislipidemia e doença cardiovascular), sete indivíduos referiram não ter doenças conjuntamente com a Diabetes. Daqui se depreende tudo o que foi exposto no enquadramento teórico do presente estudo, pois existe de facto uma interligação fortemente positiva entre a diabetes e outras doenças. Assim, verifica-se que 88,9% dos sujeitos referem existir doenças concomitantes à diabetes.

Quadro X-Distribuição por Doenças Concomitantes e factores de risco

Doenças Concomitantes	Sim	Não	Total
N	56	7	63
%	88,9	11,1	100

Nas **complicações crónicas** mais uma vez se constata tudo o que ficou exposto sobre a gravidade da patologia Diabetes, pois a sua ocorrência ainda é bastante elevada: a **retinopatia** apresenta um resultado de 66,7%; o **tratamento por laser** de 49,2%; a **doença coronária** com 47,6%; a

nefropatia tem 26,9% e a **doença vascular periférica** 12,7%. Relativamente a **doença cerebro-vascular e neuropatia** notámos resultados com valores muito inferiores, respectivamente de 6,3% e 1,6%.

Quadro XI-Distribuição por complicações crónicas para a Diabetes

Complicações Crónicas	Sim n/%	Não n/%	Total N/%	Complicações crónicas	Sim n/%	Não n/%	Total N/%
Retinopatia	42/66,7	21/33,3	63/100	Doença coronária	30/47,6	33/52,4	63/100
Já recorreu ao lazer	31/49,2	32/50,8	63/100	Doença cerebrovascular	4/6,3	59/93,7	63/100
Nefropatia	17/26,9	46/73,1	63/100	Doença vascular periférica	8/12,7	55/87,3	63/100
Neuropatia	1/1,6	62/98,4	63/100				

Para as **complicações macrovasculares**, as respostas indicaram um valor de 26,9% que corresponde a dezassete inquiridos afirmarem ter complicações a este nível, num total de sessenta e três na amostra. Este dado pode ser justificado pela idade já avançada.

Quadro XII- Distribuição por Complicações Macrovasculares

Complicações Macrovasculares	Sim	Não	Total
N	17	46	63
%	26,9	73,1	100

MÉTODOS

PROCEDIMENTO DE ADAPTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Para a concretização dos objectivos do presente estudo recorreremos a um instrumento já utilizado em investigações descritas na bibliografia nacional e internacional publicada no âmbito da Psicologia da Saúde e, mais especificamente sobre Diabetes, a Escala de Auto-Eficácia para a Diabetes (SEDS). O processo para a utilização da escala decorreu após obtenção da necessária autorização dos autores e, consequentemente da licença para a poder usar no presente estudo.

O guião da entrevista foi realizado pela autora, especificamente para o trabalho de investigação em curso.

PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Fortin (1999:240) refere que para um estudo de carácter exploratório-descritivo, onde o investigador “*visa acumular a maior quantidade de informações possíveis, para abarcar os diversos aspectos do fenómeno*”, devem ser escolhidos instrumentos de recolha de dados como a observação, as entrevistas semi-estruturadas, o material de registo etc.

Às quintas-feiras, dia da Consulta de Diabetologia do serviço de Endocrinologia do HUC, os pacientes foram contactados pelo autor, sendo-lhes explicados os objectivos e a metodologia do trabalho de investigação, a sua utilidade e pedido o consentimento para participar no estudo. Os questionários foram realizados de forma individual, num local onde pudessem responder com privacidade, durante o período que mediava entre a consulta de enfermagem e a Consulta de Diabetologia. Para a colheita de dados efectuou-se um inquérito por entrevista semi-estruturada e a aplicação de um instrumento, de modo a operacionalizar os objectivos estabelecidos para este estudo.

A escolha do método de colheita de dados, teve em conta os participantes apresentarem um baixo nível de escolaridade e de, na sua maioria, pertencerem a uma faixa etária elevada.

Para além da aplicação directa do instrumento de colheita de dados aos participantes, a escala de auto-eficácia para a diabetes (SEDS), recorreremos ainda à análise documental, através da consulta dos processos individuais dos utentes (processo único), onde constam os registos bioquímicos da Hemoglobina glicada ao longo do último ano. A colheita de dados foi feita de forma sequencial e normalizada, pela seguinte ordem:

☐ Ficha de identificação e caracterização sócio demográfica e clínica (guião de entrevista)

☐ SEDS – Escala de Auto-Eficácia no Tratamento da Diabetes.

A colheita dos dados realizou-se nos meses de Abril e Maio de 2011, na consulta de diabetologia à quinta-feira, para os doentes em regime de ambulatório. Os dados foram lançados numa base de dados informatizada e processados com recurso ao soft-ware estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 17.0.

Guião de entrevista: questionário sócio-demográfico e clínico

Polit, Beck e Hungler (2004:252), referem que a entrevista semi-estruturada, deve ser usada “... quando o pesquisador tem uma lista de tópicos que devem ser cobertos...” e por este motivo deve utilizar um guião de entrevista para garantir que todas as áreas das questões são abrangidas. O papel do entrevistador deve centrar-se no encorajamento dos participantes a falarem livremente sobre todos os aspectos contemplados pelo guião.

Também segundo Wengraf (2001), a entrevista semi-estruturada requer uma maior preparação, maior disciplina, maior criatividade, além de exigir por parte do investigador uma maior capacidade de improvisação.

Elaborámos um guião de entrevista (Anexo I) especificamente para o estudo em questão, de modo a que fossem abordados todos os aspectos pertinentes para a compreensão do fenómeno em estudo. O guião é composto por perguntas abertas e fechadas.

Com a realização da entrevista pretendemos atingir os seguintes objectivos:

- Efectuar a caracterização sócio-demográfica: idade, género, habilitações literárias, profissão;
- Efectuar a caracterização clínica: anos de doença, idade de diagnóstico, dados de monitorização (IMC, HbA1c e glicemia em jejum), doenças concomitantes, complicações crónicas e complicações macrovasculares;
- Identificar as dificuldades sentidas na adesão terapêutica à alimentação, exercício físico, administração da insulina, auto vigilância da glicemia e cuidados aos pés.

O registo das respostas às questões abertas e fechadas foi efectuado por escrito directamente pelo investigador na realização das entrevistas, escrevendo exactamente as palavras que eram proferidas pelos doentes inquiridos.

Uma vez que a adesão ao tratamento da diabetes é multidimensional e complexa, abarcando áreas tão distintas como a alimentação, o exercício e a administração de insulina, faz com que o indivíduo possa aderir totalmente a uma das recomendações e não aderir nada a outra. Por este motivo iremos avaliar cada dimensão separadamente.

Escala de auto-eficácia relativa à diabetes (SEDS-Grossman, Brink Hauser 1987)

A -Versão Original

Escala desenvolvida por Grossman, Brink e Hauser (1987), com base na teoria de Auto-Eficácia de Bandura, que pretende avaliar as percepções pessoais relativas à competência, capacidades e meios para os adolescentes lidarem de forma adequada com as exigências impostas pela diabetes. Consiste em 35 itens seleccionados de um conjunto mais vasto por 3 pediatras diabetologistas, com base na sua relevância.

Os itens foram agrupados em 3 sub-escalas, com base na análise de conteúdo:

1) *Auto-eficácia específica para a diabetes* (SED-D: 24 itens): Exemplo de item: Encarregar-me sózinho de tomar a insulina;

2) *Auto-eficácia relativa a situações médicas* (SED-M: 5 itens): Saber que dose de insulina tomar quando fico doente;

3) *Auto-Eficácia em situações gerais* (SED-G: 6 itens): Explicar as minhas opiniões, em público.

As instruções convidam os sujeitos a avaliar a sua percepção de eficácia para resolver tarefas relativas à diabetes, ao tratamento ou à sua vida em geral. As respostas são assinaladas numa escala com 5 alternativas (1-Não posso com muita certeza, 2- Não posso, com certeza 3- Talvez possa, 4- posso, com certeza 5- posso, com muita certeza), onde a pontuação mais elevada corresponde a maior percepção de auto-eficácia.

B- Versão de Estudo

A nossa versão foi construída a partir da versão traduzida e adaptada para a População Portuguesa pelos autores Maria da Graça Pereira e Paulo Almeida, não sendo considerado necessário realizar qualquer alteração ao conteúdo dos itens.

Verificámos que a versão adaptada consta de 30 itens, tendo sido eliminados os seguintes: 4,5,25,29,31 por não apresentarem um factor de consistência interna (alfa-Cronbach) significativo.

A conversão dos valores do instrumento para a escala de valores de 0-20 teve como objectivo quantificar a variável Auto-eficácia, para poder ser incluída no estudo quantitativo da presente investigação.

Na análise da amostra para a escala de auto-eficácia global, obtivemos uma média de 8,8 e desvio padrão 3,6. Para a sub-escala da auto-eficácia em situações médicas, a média foi de 9,5 e desvio padrão 3,1. Na análise da amostra para a sub-escala de auto-eficácia na Diabetes, uma média de 9,1 e desvio padrão 3,7. Por último, para a sub-escala em situações gerais obteve-se 9,1 de média e desvio padrão 3,8.

Quadro XIII-Conversão p/ a escala de 0 a 20

	Média	Desvio padrão	Mediana	IC 95%
Auto-eficácia global (SEDS)	8,8	3,6	9,1	7,9 a 9,7
Auto-eficácia situações Médicas (SED-M)	9,5	3,1	8,8	8,7 a 10,3
Auto-eficácia na Diabetes (SED-D)	9,1	3,7	9,5	8,2 a 10,1
Auto-eficácia Situações Gerais (SED-G)	9,1	3,8	10	8,1 a 10,0

RESULTADOS

INTRODUÇÃO

No presente capítulo procederemos à apresentação dos resultados obtidos, através das análises estatísticas para os dados recolhidos. Os resultados são apresentados em duas partes. Começaremos por apresentar os resultados descritivos de algumas variáveis estudadas, seguidas dos resultados das análises das hipóteses de investigação, formuladas a partir da revisão bibliográfica apresentada na primeira parte. Num segundo momento será efectuada a análise dos resultados das análises exploratórias em função de algumas características sócio-demográficas e clínicas: idade de diagnóstico e anos de doença versus complicações crónicas e macrovasculares. Também analisaremos anos de doença e dificuldades na adesão ao regime alimentar, ao exercício físico, à administração de insulina, auto-vigilância da glicemia e no cuidado aos pés.

RESULTADOS DESCRITIVOS

Adesão comportamental ao tratamento

Como ficou exposto na primeira parte do estudo, vamos analisar cada uma das componentes de adesão em separado.

A análise dos diversos componentes da adesão terapêutica permite constatar uma grande variabilidade dos resultados na adesão ao tratamento. Assim, os resultados para a entrevista semi-estruturada indicaram que a **dificuldade na adesão terapêutica ao regime alimentar** foi muito elevada, 93,7%.

Relativamente à **dificuldade na adesão ao exercício físico**, notou-se que 95,2% dos sujeitos têm dificuldade na adesão ao exercício físico. Será importante salientar que a amostra é constituída por indivíduos com uma faixa etária muito elevada.

A **dificuldade na adesão à administração de insulina** revelou apenas um valor de 7,9%, o que está de acordo com o enquadramento teórico. Trata-se do parâmetro que apresenta valores mais elevados de comportamento de adesão.

Para a **dificuldade na adesão à autovigilância da glicemia** verificámos que 38,1% dos inquiridos manifestou dificuldade neste parâmetro. Este resultado assume importância no contexto do presente estudo de investigação, pois poderá indicar um mau controlo e compensação da doença na amostra.

A **dificuldade de adesão no cuidado aos pés** revelou que um valor de 19,1%: numa maneira geral os pacientes mostraram bastante cuidado com os pés.

Quadro XIV-Distribuição por Dificuldades na Adesão terapêutica

Dificuldade na adesão terapêutica	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	N	%
Regime alimentar	59	93,7	4	6,3	63	100
Exercício físico	60	95,2	3	4,8	63	100
Administração de insulina	5	7,9	58	92,1	63	100
Autovigilância da glicemia	24	38,1	39	61,9	63	100
Cuidado aos pés	12	19,1	51	80,9	63	100

Hemoglobina glicada

O valor para a **HbA1c** (%) obtido para a amostra revelou de média 8,8 e desvio padrão 1,7.

Estabeleceu-se uma divisão em quantis, onde os grupos extremos têm valores que se situam no 1º e 3º quartil. O valor máximo encontrado foi de 13,7% e o valor mínimo registado na amostra foi de 6%. A mediana assume o valor de 8,6%.

Embora universalmente aceite o parâmetro de bom controlo para HbA1c com valores inferiores ou iguais a 6,5% ou 7% através do Estudo ACCORD, o artigo recente (“The Diabetes and Aging Study”; Junho 2011) avaliado para idosos, estabelece um alvo de HbA1c inferior a 8%, integrando neste nível os indivíduos bem controlados. A partir daquele valor, existe risco elevado de ocorrer doença cardiovascular e morte. Para a amostra, verificámos que 61,9% dos indivíduos se encontravam mal controlados, pois têm valores de HbA1c superiores a 8%.

Quadro XV-Distribuição da HbA1c (%) para a amostra

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana	1ºQuartil	3ºQuartil	IC 95%
HbA1c%	63	6	13,7	8,8	1,7	8,6	7,6	10,0	8,4 a 9,3

Quadro XVI- Distribuição da HbA1c (%) grupos na amostra

HbA1c grupos (%)	6,5<HbA1c	6,5<=HbA1c<8,0	8,0<=HbA1c<11,0	HbA1c>=11,0	Total
N	4	20	32	7	63
%	6,3	31,7	50,8	11,1	100

Índice de Massa Corporal

Para o **IMC** obteve-se uma média de 29,2 e desvio padrão 5,4, o que nos indica que os indivíduos são pré-obesos na sua maioria (dados em consonância com o enquadramento teórico na primeira parte do estudo). Verificámos que 20,6% dos indivíduos têm um risco de co-morbilidades médio e 30,2% se encontram na situação de pré-obeso com risco de co-morbilidades aumentado. Verificámos também que 39,7% da amostra se situa em obeso classe-I, com risco moderado para co-morbilidades (OMS,1997). São dados que estão de acordo com a exposição teórica, no estudo.

Quadro XVII- Índice de Massa Corporal para a amostra

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana	1ºQuartil	3ºQuartil	IC 95%
IMC	63	19	46	29,2	5,4	29,0	26	32	27,8 a 30,5

Quadro XVIII-Índice de Massa Corporal Grupos na amostra

IMC grupos	18,5<=IMC<25	25<=IMC<30	30<=IMC<35	35<=IMC<40	IMC>=40	Total
N	13	19	25	3	3	63
%	20,6	25,0	39,7	4,8	4,8	100

Glicemia jejum

Na **glicemia em jejum**, obtivéram-se valores de média 160,2 e desvio padrão 60,8. São valores considerados altos para este tipo de doentes, onde o valor de média ótimo se situa no intervalo 80-120mg/dl de glicemia capilar. O valor máximo registado para a glicemia em jejum foi de 340mg/dl e o mínimo de 50mg/dl.

Os resultados poderão ser interpretados, de alguma forma, atendendo ao facto que muitos indivíduos recorrem às tiras teste, onde a margem de erro está aumentada.

Quadro XIX- Glicemia em jejum para a amostra

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana	1ºQuartil	3ºQuartil	IC 95%
Glicemia em jejum (mg/dl)	63	50	340	160,2	60,8	151	120	200	144,9 a 175,5

Procedendo à avaliação da **glicemia em jejum grupos** verificámos que 58,7% da amostra apresentou valores de glicemia superiores a 140mg/ml.

Quadro XX-Glicemia em jejum grupos na amostra

Glicemia jejum grupos(mg/dl)	<100	100<=Glicemia jejum<120	120<=Glicemia jejum<=140	Glicemia jejum>140	Total
N	7	12	7	37	63
%	11,1	19,0	11,1	58,7	100

RESULTADOS DOS TESTES DE HIPÓTESES

Hipótese 1

Prevê-se que o nível de adesão terapêutica para a alimentação, exercício físico, administração de insulina, autovigilância da glicemia e cuidados aos pés seja baixo, nas pessoas com diabetes tipo2 insulino tratadas com indicadores não controlados.

Para estudar esta 1ª hipótese recorreu-se à análise da variável de resultado dificuldades de adesão terapêutica e os indicadores HbA1c, glicemia jejum e IMC. Procedemos também a uma análise estatística entre as dificuldades de adesão terapêutica e idade e dificuldades de adesão e a idade de diagnóstico. Dado não se terem verificado os pressupostos dos testes paramétricos, as análises estatísticas foram efectuadas através do teste não paramétrico Mann-Whitney.

Verificámos resultado estatístico significativo entre as variáveis dificuldade de adesão à autovigilância da glicemia e HbA1c. Os indivíduos têm dificuldade em interpretar os valores obtidos e por essa razão terão dificuldade em executar correctamente. O valor de média de HbA1c explica em setenta por cento a dificuldade de adesão à autovigilância da glicemia.

Quadro XXI-Dificuldades de adesão terapêutica vs HbA1c

HbA1c (%)	Sim			Não			p	Total		
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão		N	Média	Desvio Padrão
Dificuldade de adesão ao regime alimentar	59	8,8	1,8	4	9,6	1,2	0,167	63	8,8	1,7
Dificuldade de adesão ao exercício físico	60	8,8	1,8	3	9,0	1,0	0,605			
Dificuldade de adesão à administração de insulina	5	8,5	1,4	58	8,8	1,8	0,712			
Dificuldade de adesão à autovigilância da glicemia	24	9,5	1,6	39	8,5	1,8	0,007*			
Dificuldade de adesão no cuidado aos pés	12	9,4	1,9	51	8,7	1,7	0,224			

Pela análise estatística entre as variáveis dificuldade de adesão terapêutica e glicemia jejum, verificou-se resultado estatístico significativo para a variável dificuldade no cuidado aos pés e glicemia jejum.

Para a variável dificuldade na adesão ao regime alimentar, verificámos resultados que poderão ser interpretados pela diferença existente entre a resposta e a realidade de comportamentos de adesão. Além disto, a

alimentação ainda não é um factor determinante da componente do doente diabético, pois poderá não existir consciência para a importância daquele comportamento de adesão.

Quadro XXII-Dificuldades de adesão terapêutica vs Glicemia jejum

Glicemia jejum (mg/dl)	Sim			Não			p	Total		
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão		N	Média	Desvio Padrão
Dificuldade de adesão ao regime alimentar	59	156,6	56,6	4	212,8	102,4	0,220	63	160,2	60,8
Dificuldade de adesão ao exercício físico	60	160,9	61,3	3	143,7	55,6	0,628			
Dificuldade de adesão à administração de insulina	5	166,8	65,9	58	159,6	60,9	0,859			
Dificuldade de adesão à autovigilância da glicemia	24	170,0	53,3	39	154,1	62,2	0,263			
Dificuldade de adesão no cuidado aos pés	12	187,1	53,9	51	153,8	61,0	0,055*			

Entre as variáveis dificuldade de adesão terapêutica e IMC, obtiveram-se resultados estatísticos significativos entre as variáveis, excepto para dificuldade de adesão à administração de insulina e IMC. Poder-se-á concluir que os indivíduos com valores de média de IMC mais elevados apresentam maiores dificuldades na adesão ao regime alimentar, exercício físico, autovigilância da glicemia e cuidados aos pés.

Quadro XXIII-Dificuldades de adesão terapêutica vs IMC

IMC	Sim			Não			p	Total		
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão		N	Média	Desvio Padrão
Dificuldade de adesão ao regime alimentar	59	29,6	5,3	4	23,3	3,9	0,023*	63	29,2	5,4
Dificuldade de adesão ao exercício físico	60	29,5	5,3	3	22,7	1,2	0,030*			
Dificuldade de adesão à administração de insulina	5	32,8	4,6	58	28,9	5,4	0,090			
Dificuldade de adesão à autovigilância da glicemia	24	31,3	5,1	39	27,9	5,2	0,010*			
Dificuldade de adesão no cuidado aos pés	12	31,9	5,1	51	28,5	5,3	0,016*			

Procedemos à análise estatística entre as variáveis dificuldade de adesão terapêutica e idade e verificaram-se resultados significativos para o regime alimentar, exercício físico e autovigilância da glicemia. Os indivíduos mais velhos terão mais dificuldades na adesão ao regime alimentar, ao exercício físico e à autovigilância da glicemia. Este resultado

remete-nos também para todas as limitações oferecidas com o avançar da idade. A administração de insulina é o parâmetro mais fácil de cumprir.

Quadro XXIV -Dificuldades de adesão terapêutica vs idade

Idade	Sim			Não			p	Total		
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão		N	Média	Desvio Padrão
Dificuldade de adesão ao regime alimentar	59	62,7	11,8	4	40,3	9,8	0,004*	63	61,3	12,9
Dificuldade de adesão ao exercício físico	60	62,8	11,2	3	31,6	4,7	0,004*			
Dificuldade de adesão à administração de insulina	5	63,2	8,7	58	61,2	13,2	0,959			
Dificuldade de adesão à autovigilância da glicemia	24	66,9	9,2	39	57,9	13,7	0,010*			
Dificuldade de adesão no cuidado aos pés	12	64,2	6,4	51	60,7	13,9	0,693			

Na análise estatística entre dificuldade de adesão à terapêutica e idade de diagnóstico, obtiveram-se resultados significativos para a dificuldade de adesão ao regime alimentar, exercício físico e autovigilância da glicemia. Os dados comprovam a existência de múltiplos factores na adesão ao regime alimentar: 4,4% da variável idade de diagnóstico é preditora da dificuldade de adesão ao regime alimentar, bem como ao exercício físico. Constatámos que 70% da variável idade de diagnóstico explica a dificuldade de adesão à autovigilância da glicemia.

Quadro XXV -Dificuldades de adesão terapêutica vs Idade de Diagnóstico

Idade de diagnóstico	Sim			Não			p	Total		
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão		N	Média	Desvio Padrão
Dificuldade de adesão ao regime alimentar	59	45,4	15,5	4	29,8	8,9	0,044*	63	44,4	15,6
Dificuldade de adesão ao exercício físico	60	45,3	15,5	3	27,3	5,1	0,044*			
Dificuldade de adesão à administração de insulina	5	47,2	3,1	58	44,2	16,2	0,638			
Dificuldade de adesão à autovigilância da glicemia	24	50,8	13,4	39	40,5	15,7	0,007*			
Dificuldade de adesão no cuidado aos pés	12	43,3	11,9	51	44,7	16,4	0,930			

Hipótese 2

Prevê-se que o nível de auto-eficácia para a alimentação, exercício físico e administração de insulina seja baixo, nas pessoas com diabetes tipo2 insulino tratadas;

Mediante a análise descritiva do instrumento, verificámos que a escala de auto-eficácia global apresenta média de 8,8 sendo considerado um valor muito baixo. Para as sub-escalas, os valores aproximam-se do anterior.

Quadro XXVI- Análise descritiva para Escala de auto-eficácia

Escala Autoeficácia	Média	Desvio Padrão	Mediana	IC 95%
SEDS	8,8	3,6	9,1	7,9 a 9,7
SED-M	9,5	3,1	8,8	8,7a10,3
SED-D	9,1	3,7	9,5	8,2ª10,1
SED-G	9,1	3,8	10,0	8,1ª10,0

Procedendo à análise dos resultados estatísticos para a escala de **auto-eficácia global (SEDS)**, verificou-se que 54% dos indivíduos se apresentam no nível mais baixo para aquela variável, respectivamente entre os valores 0-9,5 (estabelecidos para a escala de pontuação de 0-20), seguindo-se 41,3% para o nível intermédio (9,5-14,5) e apenas 4,7% dos sujeitos se encontram no nível mais elevado de auto-eficácia global para a diabetes (14,5-20).

Na sub escala da **auto-eficácia para as situações médicas (SED-M)**, que consta respectivamente dos itens 11,17,22 e 34, o nível intermédio (auto-eficácia para valores entre 9,5 - 14,5) apresenta 46,0% sendo que o nível inferior tem uma ligeira descida, 50,7%relativamente aos valores para a auto-eficácia global. No entanto, são valores de auto-eficácia muito baixa, na amostra.

Na sub escala da **auto-eficácia para a diabetes (SED-D)**, (23 ítems) verificámos 49,2%da amostra esitua-se no nível mais baixo de auto-eficácia. No nível intermédio obteve-se 46,0%, sendo apenas 4,7% para o nível mais elevado de auto-eficácia para a Diabetes. Estes dados revelam que os indivíduos mesmo para a doença sentem muito pouca motivação em melhorar, possuindo uma capacidade muito baixa para controlar e acreditar em resultados de sucesso.

Na sub escala da **auto-eficácia em situações gerais (SED-G)**, (ítems 27,28 e 30) nota-se um aumento considerável no nível mais alto de auto-eficácia, ou seja, entre os valores 14,5 a 20. A amostra apresentou seis indivíduos a este nível, com o valor percentual de 9,5%.

Quadro XXVII- Escala de auto-eficácia por grupos

Escala de Autoeficácia	0-9,5		9,5-14,5		14,5-20		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
SEDS	34	54,0	26	41,3	3	4,7	63	100
SED-M	32	50,7	29	46,0	2	3,2	63	100
SED-D	31	49,2	29	46,0	3	4,7	63	100
SED-G	29	46,0	28	44,4	6	9,5	63	100

Recorreu-se à análise estatística das variáveis comportamentais dificuldades de adesão à terapêutica e a escala de auto-eficácia pelo teste não paramétrico Mann Whitney.

Mediante a análise das dificuldades de adesão ao regime alimentar e a auto-eficácia, os resultados poderão ser interpretados face ao conceito vago e generalizado de dieta. A entrevista semi-estruturada remete-nos apenas para um parâmetro “dieta”, onde os pacientes poderão não ter compreendido o que era pedido. Para compreender dever-se-ia ter efectuado um inquérito alimentar, onde a especificidade aumentaria. Não existiu relação estatística entre as variáveis mas, verificaram-se valores de média para a auto-eficácia superiores nos indivíduos sem dificuldade de adesão ao regime alimentar.

Quadro XXVIII- Dificuldade de adesão ao regime alimentar vs SED

Dificuldade de adesão ao regime alimentar	Sim			Não			p	Total		
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão		N	Média	Desvio Padrão
SEDS	59	8,6	3,4	4	11,5	6,2	0,338	63	8,8	3,6
SED-M	59	9,4	2,8	4	10,9	6,6	0,690	63	9,5	3,1
SED-D	59	8,9	3,4	4	11,8	5,9	0,359	63	9,1	3,6
SED-G	59	8,8	3,7	4	11,6	4,5	0,318	63	9,1	3,7

Na análise estatística de dificuldade de adesão ao exercício físico e auto-eficácia, o resultado estatístico foi significativo para a SEDS, SED-M, SED-G. O conceito de adesão ao exercício físico é mais específico e de melhor compreensão pelo indivíduo. Poderemos concluir que existe relação estatística entre a dificuldade na adesão ao exercício físico e o baixo nível de auto-eficácia manifestado por estes indivíduos.

Quadro XXIX-Distribuição de Dificuldade de adesão ao exercício físico vs SED

Dificuldade de adesão ao exercício físico	Sim			Não			p	Total		
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão		N	Média	Desvio Padrão
SEDS	60	8,6	3,4	3	14,3	4,8	0,037*	63	8,8	3,6
SED-M	60	9,3	2,9	3	14,6	3,8	0,019*	63	9,5	3,1
SED-D	60	8,9	3,5	3	14,1	4,8	0,076	63	9,1	3,7
SED-G	60	8,8	3,5	3	15,0	4,4	0,031*	63	9,1	3,8

Na análise estatística de dificuldade de adesão à administração de insulina e auto-eficácia, o resultado estatístico com nível de significância verifica-se para a sub-escala de auto-eficácia para a diabetes: 4,7% de dificuldade da adesão na administração de insulina será explicada pelos valores mais baixos de auto-eficácia para a Diabetes.

Quadro XXX-Distribuição de Dificuldade de adesão à administração de insulina vs SED

Dificuldade de adesão à administração de insulina	Sim			Não			p	Total		
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão		N	Média	Desvio Padrão
SEDS	5	6,1	4,9	58	9,0	3,4	0,093	63	8,8	3,6
SED-M	5	8,5	5,9	58	9,6	2,8	0,369	63	9,5	3,1
SED-D	5	5,8	3,6	58	9,4	3,6	0,047*	63	9,1	3,7
SED-G	5	7,3	5,2	58	9,2	3,7	0,291	63	9,1	3,8

Da análise estatística de correlação de Pearson, entre as variáveis auto-eficácia e IMC os resultados são estatisticamente significativos para todas as escalas de auto-eficácia excepto para a sub-escala de auto-eficácia nos cuidados médicos: indivíduos com maior IMC terão menor valor para a auto-eficácia. Na sub-escala de auto-eficácia para cuidados médicos, o IMC não interfere.

Quadro XXXI- IMC vs SED

IMC	Pearson	p
SEDS	-0,272	0,031*
SED-M	-0,060	0,643
SED-D	-0,297	0,018*
SED-G	-0,268	0,033*

Sabendo que a média para a glicemia jejum foi de 160,2mg/dl e desvio padrão 60,8 na amostra (N=63), verificámos pela análise estatística de correlação de Pearson entre as variáveis auto-eficácia e glicemia jejum,

resultados estatísticos significativos e de correlação negativa para todas as escalas de auto-eficácia excepto para a sub-escala de autoeficácia nos cuidados médicos: indivíduos com valores mais elevados para a glicemia em jejum terão níveis de auto-eficácia mais baixos, relativamente a indivíduos melhor controlados para a glicemia jejum.

Quadro XXXII- Glicemia jejum vs SED

Glicemia jejum	Pearson	p
SEDS	-0,296	0,018*
SED-M	-0,230	0,070
SED-D	-0,270	0,033*
SED-G	-0,347	0,005*

Hipótese 3

Prevê-se que o nível de auto-eficácia diminua com a idade, idade de diagnóstico, anos de doença e baixo nível de habilitações literárias nas pessoas com diabetes mellitus tipo 2 insulino tratadas.

No total da amostra (N=63), onde a média de idades foi 61,3 anos e desvio padrão 12,9, da análise estatística de correlação de Pearson entre as variáveis idade e auto-eficácia obtiveram-se resultados estatisticamente muito significativos e de correlação negativa: com o avançar da idade a auto-eficácia dos doentes diminui acentuadamente.

Quadro XXXIII- Idade vs SED

Idade (anos)	Pearson	p
SEDS	-0,555	0,000*
SED-M	-0,446	0,000*
SED-D	-0,522	0,000*
SED-G	-0,525	0,000*

No total da amostra (N=63) sendo a média de idade diagnóstico 44,4 anos e desvio padrão de 15,6, na análise estatística de correlação de Pearson, os resultados foram significativos para a escala de auto-eficácia global, sub-escala para a diabetes e sub-escala para situações gerais.

Quadro XXXIV- Idade diagnóstico vs SED

Idade de diagnóstico (anos)	Pearson	p
SEDS	-0,361	0,004*
SED-M	-0,203	0,111
SED-D	-0,362	0,004*
SED-G	-0,350	0,005*

Para a amostra (N=63), onde a média de anos de doença foi de 17,1 anos e desvio padrão 11,1, não se verificaram resultados estatisticamente significativos entre as variáveis anos de doença e auto-eficácia.

Quadro XXXV- Anos de doença vs SED

Anos de Doença	Pearson	p
SEDS	-0,122	0,342
SED-M	-0,218	0,086
SED-D	-0,083	0,517
SED-G	-0,107	0,406

Para as variáveis auto-eficácia e habilitações literárias efectuou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, por não se verificarem os pressupostos dos testes paramétricos. Verificámos resultados estatísticos significativos entre as variáveis, onde o nível de habilitações literárias é predictor do nível da auto-eficácia.

QuadroXXXVI - Habilitações literárias vs SED

Habilitações literárias	Muito baixa			Baixa			Média/Superior			p
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão	
SEDS	8	4,9	3,3	37	8,9	2,7	18	10,4	4,1	0,004*
SED-M	8	5,9	2,1	37	9,7	2,4	18	10,8	3,8	0,002*
SED-D	8	5,5	3,6	37	9,2	3,1	18	10,6	3,9	0,007*
SED-G	8	6,0	2,9	37	8,9	3,3	18	10,7	4,3	0,015*

RESULTADOS DAS ANÁLISES EXPLORATÓRIAS

Impacto dos anos de doença na dificuldade na adesão ao regime alimentar, ao exercício físico, à adesão à administração de insulina, na auto-vigilância da glicemia e no cuidado aos pés

O resultado estatístico significativo verificou-se entre as variáveis anos de doença e dificuldade de adesão terapêutica ao exercício físico.

Quadro XXXVII- Anos de doença vs Dificuldades de adesão terapêutica

Anos de Doença	Sim			Não			p	Total		
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão		N	Média	Desvio Padrão
Dificuldade de adesão ao regime alimentar	59	17,5	11,1	4	10,5	11,7	0,087	63	17,1	11,1
Dificuldade de adesão ao exercício físico	60	17,7	11,0	3	4,3	0,6	0,007*			
Dificuldade de adesão à administração de insulina	5	16,0	10,8	58	17,2	11,3	0,828			
Dificuldade de adesão à autovigilância da glicemia	24	16,5	9,9	39	17,4	11,9	0,826			
Dificuldade de adesão no cuidado aos pés	12	20,9	11,4	51	16,2	11,0	0,168			

Impacto da idade de diagnóstico e dos anos de doença nas complicações crónicas

Da análise estatística para as variáveis idade de diagnóstico e complicações crónicas, o resultado não foi significativo.

Para as variáveis anos de doença e complicações crónicas, os resultados estatísticos foram significativos para retinopatia, nefropatia e tratamento com laser. O número de anos de doença é o maior influente nas complicações crónicas e no nível de compensação metabólica.

QuadroXXXVIII-Idade de diagnóstico e anos de doença vs complicações crónicas

Complicações crónicas	Idade de Diagnóstico					Anos de Doença				
	Sim		Não		p	Sim		Não		p
	n	Média	n	Média		n	Média	n	Média	
Retinopatia	42	43,9	21	45,3	0,901	42	19,4	21	12,4	0,011*
Já recorreu ao laser	31	42,0	32	46,7	0,343	31	20,6	32	13,7	0,017*
Nefropatia	17	45,6	46	45,1	0,588	17	23,6	46	14,7	0,007*
Neuropatia	1	44,0	62	44,4	-	1	30,0	62	16,9	-
Doença Coronária	30	46,1	33	42,8	0,496	30	20,2	33	14,2	0,071
Doença Cerebrovascular	4	42,0	59	44,6	0,735	4	18,5	59	16,9	0,843
Doença Vascular Periférica	8	51,0	55	43,4	0,260	8	16,6	55	17,2	0,432

Impacto da idade diagnóstico e anos de doença nas complicações macrovasculares

Na análise estatística entre as variáveis idade de diagnóstico e complicações macrovasculares o resultado não foi significativo entre os grupos. Os dados poderão ser interpretados atendendo à característica de envelhecimento verificada na amostra e à grande discrepância verificada relativamente à idade de diagnóstico.

Para as variáveis anos de doença e complicações macrovasculares não existiu resultado estatístico significativo. Poderemos interpretar os valores obtidos atendendo ao facto das perguntas específicas no guião de entrevista se referirem apenas a acidentes agudos (Enfarte miocárdio e Acidente Vascular Cerebral) e não a doença macrovascular. Assim, os doentes poderão não ter referenciado acidentes agudos mas serem portadores das complicações macrovasculares, apesar de não o saberem.

Quadro XXXIX-Idade de diagnóstico e Anos de Doença vs Complicações macrovasculares

Complicações macrovasculares	Idade de Diagnóstico				p	Anos de Doença				p
	Sim		Não			Sim		Não		
	n	Média	n	Média		n	Média	n	Média	
	17	50,0	46	42,3	0,074	17	16,8	46	17,2	0,860

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados é organizada sequencialmente, partindo da análise das características da amostra, seguindo-se a discussão dos resultados dos testes das hipóteses principais de investigação e dos resultados das análises exploratórias.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra estudada distribui-se de forma homogénea, sendo a distribuição semelhante para ambos os géneros. Na sua maioria, são provenientes dos estratos socio-económico e cultural baixos e situam-se na “profissão” como reformados. Assim, obtivemos uma amostra com média de idades de 61,3 anos.

No estudo Diabete Mellitus insulino tratada, o regime terapêutico é muito complexo e exigente. Trata-se duma entidade clínica que engloba várias dimensões no regime terapêutico, que exige a participação activa do doente. A adesão deve encarar-se como um constructo global, em termos de comportamentos específicos e sem que haja correlação entre eles. Assim, a adesão ao tratamento da diabetes, devido à sua complexidade, deve ser perspectivada de forma multimodal e na nossa investigação analisamos cada um dos seus componentes separadamente.

Os resultados indicaram que a **dificuldade na adesão terapêutica ao regime alimentar** foi muito elevada, 93,7%. Estes resultados vão ao encontro dos estudos de numerosos autores, que avaliaram a adesão aos diversos componentes do tratamento da diabetes.

Relativamente à **dificuldade na adesão terapêutica ao exercício físico**, notou-se que 95,2% dos sujeitos têm dificuldade para esta variável. Será importante lembrar que a amostra é constituída por indivíduos duma faixa etária muito elevada, o que aumenta a dificuldade para este parâmetro.

A **dificuldade na adesão terapêutica à administração de insulina** revelou-

se baixa na amostra: 92,1% dos indivíduos referem não ter dificuldade de adesão, o que está de acordo com o enquadramento teórico. Isto poderá ser explicado pelo facto de ter sido prescrito pelo Médico, em quem confiam, pela facilidade de administração de insulina com os dispositivos actuais (canetas injectoras) e por verificarem que a insulina os faz sentir melhor. Vários estudos afirmam que a informação que o doente possui sobre a medicação é considerada de vital importância para o sucesso do tratamento.

A análise dos diversos componentes da adesão terapêutica permite constatar uma grande variabilidade dos resultados. No seu conjunto, os resultados obtidos vão ao encontro do descrito no grosso da literatura que refere uma maior adesão aos aspectos médicos (administração de insulina e pesquisa de glicemia) quando comparados com os componentes da adesão que se relacionam com o estilo de vida. Será bom não esquecer que a auto-vigilância da glicemia ainda nos revelou 38% dos sujeitos com dificuldade para a efectuar, o que justifica o mau controlo e a descompensação da doença, na maioria dos indivíduos.

O valor para a **HbA1c** (%) obtido para a amostra revelou-nos a média de 8,8% e desvio padrão 1,7%. Aqui, temos que salientar que o valor óptimo de HbA1c é inferior ou igual a 6,5% (ou 7%) para as pessoas com diabetes, de baixo risco (jovens ou pessoas sem complicações). Para indivíduos com diabetes de alto risco (idosos e com complicações crónicas da diabetes), admite-se que o valor de HbA1c inferior a 8% é considerado um indicador de bom controlo (“The Diabetes and Aging Study”, Junho 2011). No presente trabalho verificámos que 61,9% dos indivíduos apresentam valores de HbA1c superiores ou iguais a 8%. São, desta forma considerados mal controlados para aquele indicador.

Para o **IMC** verificámos que a amostra é constituída por 30,2% de indivíduos pré-obesos e 39,7% de indivíduos obesos-classe I. Deste modo, apresentam um risco de co-morbilidades aumentado e moderado, respectivamente (OMS,1997). Será de salientar que segundo Bennett e Murpy, numa amostra com recursos financeiros e estatuto socioeconómico baixos, existe associação com uma maior prevalência de obesidade na diabetes mellitus tipo2. Está notoriamente aumentada a exposição aos agentes agressores, um menor controle dos recursos

peçoais e ambientais e um menor apoio social.

Na **glicemia jejum**, obtivemos uma média de valores de 160,2mg/dl sendo considerada de mau controlo. Verificou-se que 58,7% da amostra apresenta valores de glicemia superiores a 140mg/dl.

Relativamente aos **testes das hipóteses**, na **primeira** encontramos resultados estatisticamente significativos entre as variáveis “ dificuldade de adesão terapêutica na autovigilância da glicemia e HbA1c, onde 70% da variável HbA1c é preditora da dificuldade na adesão à autovigilância da glicemia.

Da análise entre as dificuldades de adesão terapêutica e glicemia jejum, 5,5% da variável glicemia em jejum prediz as dificuldades de adesão terapêutica no cuidado aos pés.

Para o IMC e dificuldades de adesão terapêutica, os resultados estatísticos foram significativos entre as variáveis, excepto para dificuldade de adesão à administração de insulina. Os indivíduos que em larga maioria apresentam aquele indicador (IMC) acima do valor considerado normal, manifestam um nível de adesão à terapêutica instituída muito baixo.

Na idade e dificuldades de adesão terapêutica, a diferença entre os valores para a média de idades entre os grupos com dificuldades e sem dificuldades, é estatisticamente significativa: quarenta por cento da variável idade explica as dificuldades na adesão ao regime alimentar e ao exercício físico. Dez por cento da idade é preditora de comportamento de dificuldade na adesão à autovigilância da glicemia.

Para a idade de diagnóstico e as dificuldades de adesão terapêutica, os indivíduos mais velhos e com idade de diagnóstico mais avançada, apresentaram maiores dificuldades de adesão terapêutica ao regime alimentar, exercício físico e autovigilância da glicemia. No entanto, damos conta de múltiplos factores que condicionam ou não a adesão terapêutica ao regime alimentar e ao exercício físico, pois apenas se verificou que 4,4% da variável idade de diagnóstico explicam a dificuldade de adesão ao regime alimentar e exercício físico. O valor 70% da variável idade de diagnóstico explica a dificuldade na adesão terapêutica à autovigilância da glicemia.

Na **segunda hipótese** e mediante a análise de estatística descritiva, verificámos valores baixos de média para a auto-eficácia: cinquenta por

cento dos resultados situam-se em valores inferiores a dez.

Apesar de não se terem obtido resultados significativos estatisticamente para dificuldades de adesão ao regime alimentar e auto-eficácia, os valores de média da auto-eficácia são inferiores para os indivíduos com dificuldades naquele parâmetro. É necessário efectuar um inquérito alimentar para se compreender o doente diabético e seus hábitos.

Obtivémos relação estatística significativa entre a dificuldade de adesão ao exercício físico e a escala de auto-eficácia global: os indivíduos sem dificuldade de adesão ao exercício físico apresentam valor de média para a auto-eficácia muito superior aos indivíduos que têm dificuldade naquela variável. Este facto está de acordo com o enquadramento teórico. Existiu também relação estatística para as sub-escalas de auto-eficácia nos cuidados médicos e nas situações gerais. Poderemos sugerir que aumentando a auto-eficácia daqueles indivíduos, promovemos comportamentos de adesão ao exercício físico.

Entre as variáveis dificuldade de adesão na administração de insulina e sub-escala da diabetes existiu resultado estatístico significativo: os indivíduos com dificuldade na administração de insulina apresentaram valor de média para a auto-eficácia na diabetes mais baixo, sendo preditor em 4,7% do comportamento de adesão à administração de insulina.

Para o indicador IMC vs SED os resultados foram significativos e de correlação negativa para a escala de Auto-eficácia global, auto-eficácia na diabetes e auto-eficácia nas situações gerais. O indicador IMC não controlado sugere níveis de auto-eficácia mais baixos.

Para a glicemia jejum e SED os resultados foram significativos e correlacionados negativamente, para a escala de auto-eficácia global, diabetes e em situações gerais. Nesta última será de salientar que cinquenta por cento dos resultados são preditores de comportamento de não adesão para glicemia jejum.

Para a **terceira hipótese**, o avançar da idade mostrou-se preditor de um mais baixo nível de auto-eficácia: doentes mais velhos demonstraram valores de auto-eficácia mais baixos.

O avançar da idade de diagnóstico verificou-se preditor de níveis mais baixos de auto-eficácia global, auto-eficácia para diabetes e auto-eficácia nas situações gerais: 40% da idade de diagnóstico é preditora de valores

para a auto-eficácia global; 40% da idade de diagnóstico é preditora de valores para a auto-eficácia na diabetes e 50% da idade de diagnóstico é preditora de valores na auto-eficácia em situações gerais. Os indivíduos com idade de diagnóstico inferior são capazes de desenvolver níveis de auto-eficácia global, para a diabetes e nas situações gerais mais elevados. Relativamente aos anos de doença, não existiram resultados significativos: para esta variável não se verificou influência directa na auto-eficácia do indivíduo. O coeficiente de correlação de Pearson assumiu valores negativos mas, os resultados estatísticos não foram significativos.

Da análise da SED e habilitações literárias os resultados foram bastante significativos. Os resultados evidenciaram que um nível de habilitações literárias baixo é preditor de nível baixo de auto-eficácia: as habilitações literárias predizem em 40% os resultados para a SEDS (auto-eficácia global); 20% para a SED-M (auto-eficácia em situações médicas); 70% para a SED-D (auto-eficácia na diabetes); 1,5% para a SED-G (auto-eficácia em situações gerais). Verificaram-se os pressupostos teóricos de Tinsey, onde as classes sociais inferiores apresentam adesão terapêutica inferior, uma menor adaptação à diabetes e conseqüentemente uma menor auto-eficácia.

Nas **análises exploratórias**, a variável dificuldade de adesão terapêutica ao exercício físico é explicada em 70% pelos anos de doença. Isto sugere que, embora os anos de doença não tenham tido resultado estatístico significativo com a auto-eficácia, acabam por influenciá-la pelo comportamento de adesão ou não ao exercício físico.

A idade de diagnóstico para a amostra, foi de 44,4 anos, onde não é muito frequente existirem co-morbilidades associadas e conseqüentemente os resultados estatísticos não se tornaram significativos. Na população Portuguesa, a idade de diagnóstico mais frequente faz-se a partir dos sessenta anos (estudo PREVADIAB). O número de anos de doença mostrou ser o maior influente nas complicações crónicas: os anos de doença são preditores em setenta por cento para a nefropatia; sete por cento para doença coronária; sensivelmente dois por cento para tratamento a lazer e um por cento para retinopatia.

Relativamente aos anos de doença e complicações macrovasculares, encontrámos algumas limitações no estudo: a amostra ser constituída por

indivíduos com média de idades 61,3 anos e na entrevista semi-estruturada não existirem perguntas específicas para a doença macrovascular. Apenas se referenciam (pergunta nº 16) acidentes agudos.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

São várias as limitações que se colocam a este trabalho de investigação e que pretendem ser consideradas na avaliação dos resultados, exigindo prudência na sua interpretação e generalização. Destacam-se como principais limitações:

- A amostragem não probabilística não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de serem escolhidos para formar amostra;
- As condicionantes inerentes a um estudo de tipo exploratório que assenta numa amostra voluntária de conveniência;
- As limitações do estudo transversal, onde não é possível um acompanhamento do paciente, desde o momento do diagnóstico, evolução e interacção de todas as características intervenientes na doença;
- A limitação do contexto de recolha da amostra, num estudo que pretende avaliar condições como a adesão ao tratamento com as especificidades inerentes à relação terapêutica ou ao local em que são prestados os cuidados de saúde, poderá criar problemas de validade externa;
- Por sua vez, a dimensão da amostra que, apesar de todas as condicionantes, poderá não satisfazer plenamente os critérios de autores mais exigentes. No entanto, a magnitude da significância dos resultados encontrados contribui para a fiabilização dos resultados;
- A dificuldade em criar um modelo, pois existem muito poucos indivíduos na amostra sem dificuldades na adesão à terapêutica o que impossibilita um estudo caso-controlo;
- As lacunas que poderão existir ao nível científico dos próprios profissionais de saúde, e que se manifestaram nos resultados estatísticos de algumas complicações crónicas como a neuropatia;
- Outro condicionalismo reside no facto das medidas de avaliação, nomeadamente das dificuldades de adesão terapêutica, assentarem em

medidas de auto-relato cuja fidelidade é por vezes questionada (Wilson & Entres, 1988);

- O enviesamento do estudo relativamente às variáveis dificuldade de adesão ao regime alimentar e escala de auto-eficácia, que nos sugere que os doentes com diabetes tipo 2 insulino-tratados ainda têm pouca informação sobre o significado de “dieta”. O autoconceito é errado, pois muitas vezes pensam que nunca podem comer alimentos com açúcar. Hoje sabe-se que o diabético pode comer de tudo.

Apesar destas limitações o estudo apresenta aspectos positivos do ponto de vista metodológico que o enriqueceram. Destacamos a presença de um instrumento adaptado à realidade da nossa população, que nos permitiu avaliar a auto-eficácia dos indivíduos da amostra e que poderá ser utilizado em estudos futuros. O estudo utiliza ainda indicadores objectivos (e.g. hemoglobina glicada, glicemia em jejum, IMC) e subjectivos de adesão terapêutica, colmatando uma das críticas mais comuns a este tipo de estudos. No entanto, face à importância da relação profissional de saúde/utente nos comportamentos de adesão seria importante estudar esta vertente, assim como também considerar a adesão terapêutica na perspectiva dos profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

Um maior desenvolvimento científico e tecnológico bem como o envelhecimento populacional contribuem para o aumento da esperança de vida. As alterações inerentes ao processo de envelhecimento não significam necessariamente doença porém, a probabilidade do seu surgimento aumenta com a idade devido à vulnerabilidade aos processos patológicos. Por outro lado, a um nível mundial verifica-se um risco acrescido no desenvolvimento de doenças crónico-degenerativas, que originam metade das mortes prematuras, em homens e mulheres com menos de 65 anos e onde se inclui a Diabetes mellitus tipo 2. A elevada prevalência e incidência, somadas à presença de complicações macro e microvasculares e às complicações crónicas, tornam aquela doença num grave problema de Saúde Pública.

Perante a doença crónica, as pessoas reagem de maneiras diferentes, verificando-se as imposições ao doente e à família, bem como os

ajustamentos emocionais, comportamentais e sociais. A diabetes tipo 2 é uma doença crónica que exige do doente um grande esforço para manter uma elevada adesão ao tratamento, o adequado controlo metabólico e uma qualidade de vida elevada. O tratamento quotidiano da Diabetes Mellitus 2 tratados com insulina requer um regime terapêutico complexo e exigente, cujo objectivo é obter um perfil glicémico mais próximo daquele que é considerado o normal. A adesão a este regime terapêutico é difícil, pois implica uma multiplicidade de comportamentos de auto-tratamento quotidianos. O pouco envolvimento na auto-gestão da diabetes reflete-se nos níveis de HbA1c, aumento de colesterol, aumento de peso e aumento dos valores de glicemia. Deste modo, a adesão ao regime terapêutico imposto pela Diabetes coloca vários problemas à equipa de saúde, aos pacientes e aos investigadores.

Sendo a Diabetes Mellitus uma perturbação metabólica permanente e dinâmica, a conscientização para um regime alimentar cuidadoso e individualizado, o exercício físico regular, a manutenção do peso o mais próximo possível do normal, a autovigilância da glicemia e administração de insulina correctas, seriam a forma ideal para manter este tipo de indivíduos com maior longevidade e qualidade de vida.

O presente estudo, que se integra na perspectiva do modelo biopsicossocial de Engel e na teoria socio-cognitiva de Bandura, veio evidenciar ao nível teórico a importância da variável cognitiva e com uma função motivacional designada "auto-eficácia", como única preditora dos comportamentos de adesão em saúde. Serão de não esquecer as relações recíprocas a considerar na interacção entre aspectos macrossociais, psicossociais, psicológicos e os comportamentos de adesão ao regime alimentar, ao exercício físico e à administração de insulina, em adultos com diabetes tipo 2 insulino-tratados. A mudança de comportamento individual pode ser facilitada pelo conhecimento dos factores pessoais internos, mais especificamente os cognitivos. As diferentes perspectivas teóricas nas cognições de saúde, assim como a abordagem de Leventhal, permitiram demonstrar que as pessoas têm uma variedade de crenças acerca da sua diabetes, algumas das quais estão associadas à adesão aos regimes de tratamento e comportamentos de autogestão. Como verificámos no estudo os factores pessoais, nomeadamente as cognições

acerca de si mesmo (onde se incluem as crenças de auto-eficácia), da diabetes e o seu tratamento bem como das situações gerais, parecem actuar como barreiras ou como facilitadores pessoais na autogestão da diabetes. Ficou mais uma vez demonstrado que as crenças de auto-eficácia são factores preditores mais fortes do que a combinação das características socio-demográficas. Numa perspectiva psicológica, a prevenção exige um doente activo e responsável pela saúde e doença. As cognições e as emoções influenciam a decisão. As crenças de saúde e da doença podem ser usadas para predizer os comportamentos.

O carácter inovador do presente estudo reside na constatação da necessidade de integrar a variável auto-eficácia na predição do comportamento de adesão terapêutica nas populações com diabetes tipo 2 insulino-tratadas. Nesta doença, a representação dos sintomas poderá ser um factor determinante nas decisões de auto-gestão: o doente pode ter dificuldade em associar o aumento de glicemia com estados de hipo ou hiperglicemia, pois não encontra sinais e sintomas distintos e fiáveis. É difícil o doente reconhecer a associação entre aquilo que sente e o seu nível de glicose no sangue. Além disso, as crenças e emoções acerca dos sintomas que podem levar a hipoglicemia grave, obrigam-no a manter os níveis elevados de glicemia. Seremos levados a pensar que não fazem a dinâmica na dose da insulina, face aos valores de glicemia registados. Também poderão existir lacunas na informação prestada pelos profissionais de saúde, pois a sua interiorização pelo doente depende de múltiplos factores como ficou mencionado no enquadramento teórico. Os profissionais de saúde devem estar atentos aos efeitos sinérgicos entre eles: necessidades e preferências relativas ao apoio emocional, informação e participação nas escolhas do tratamento.

Outros factores condicionantes são os receios ancestrais existentes no contexto cultural do doente e na sua relação com o profissional de saúde! Por estas razões e por se enquadrar entre as primeiras investigações realizadas com populações em idade adulta, no nosso País, revela-se promissor para o estudo e compreensão do processo de adesão terapêutica ao regime alimentar, exercício físico e administração de insulina na vida do adulto diabético tipo 2 insulino-tratado.

Embora os resultados devam ser analisados com cuidado, dada a natureza da amostra (amostra de conveniência), existem indicações de que devemos ponderar em simultâneo os comportamentos de adesão à terapêutica da diabetes e a variável auto-eficácia, na abordagem da eficácia terapêutica do adulto com diabetes tipo 2 insulino-tratado.

No domínio psicológico, a percepção de auto-eficácia surge como um aspecto fulcral na compreensão da interacção entre os diversos comportamentos de saúde. Schwarzer, no modelo do processo de acção para a saúde, refere que a percepção de auto-eficácia se destaca como a variável com maior capacidade de predição do comportamento relacionado com a saúde. Uma intervenção destinada à promoção da adesão ao tratamento do indivíduo diabético tipo 2 insulino-tratado deverá centrar-se na competência e auto-conhecimento individual.

O modelo de biopsicossocial de Engel (1977; 1995) em conjugação com a teoria da auto-eficácia de Bandura e o processo de acção para a saúde, de Ralf Schwarzer (1992; 1994) parecem ser os enquadramentos que possibilitam uma melhor orientação para o clínico.

Para o clínico que acompanha o indivíduo com diabetes é necessário estar atento às implicações do tratamento no estilo de vida global e em particular, quando invade os seus contextos de vida. Torna-se fundamental o fornecimento de estratégias de promoção de um sentido de auto-eficácia global que lhe possibilite a afirmação das suas competências pessoais através de um estilo de vida independente e autónomo nos diversos contextos da sua vida.

Mediante os resultados do estudo de investigação, onde a auto-eficácia se relaciona com os resultados para glicemia jejum, IMC, autovigilância da glicemia, exercício físico, idade, idade de diagnóstico e habilitações literárias neste tipo de pacientes, os programas de educação de diabéticos que trabalhem a auto-eficácia, e que tenham aqueles aspectos em consideração terão um papel crucial no controlo da doença, na redução do seu impacto e na satisfação do paciente com a vida. Torna-se indispensável um conhecimento profundo da realidade da população. No presente estudo, os indivíduos não estão motivados para a saúde em geral. Uma intervenção sistémica com objectivo de promover competências de negociação relativas ao auto-conhecimento do adulto e,

simultaneamente promover a interdependência de tarefas relacionadas com a diabetes e os cuidados médicos serão os objectivos do clínico junto deste tipo de indivíduos, onde a finalidade é promover a adesão terapêutica.

A abordagem global do indivíduo diabético tipo 2 insulinotratado deverá implicar um significado holístico do indivíduo, onde se pretende atingir toda a potencialidade que o próprio paciente possui.

Para conseguir atingir tal objectivo, considera-se necessário alargar a amostra do estudo, integrando mais pacientes que poderão ser também oriundos de outros centros hospitalares. Seria também importante avaliar o impacto de diversas abordagens no tratamento do indivíduo diabético tipo 2 insulinotratado, bem como da sua relação com os profissionais de saúde.

Cabe-me ser ousada para lançar um desafio: será que ao trabalhár-mos a auto-eficácia neste tipo de indivíduos, conseguiríamos uma selecção de sucesso para uma futura educação terapêutica, onde o objectivo máximo seria obter maior grau de aprendizagem e conseqüentemente uma mais elevada adesão terapêutica?

Seria vantajoso podermos fazer uma selecção de indivíduos pela sua capacidade de auto-eficácia, adaptando-a para um nível superior de aprendizagem?

Os valores baixos verificados na auto-eficácia estarão relacionados com indicadores de habilidade muito baixos, sabendo que a experiência de prática eficaz é a mais poderosa fonte de auto-eficácia?

Por outro lado, a adopção de um plano de investigação longitudinal que possibilite o acompanhamento do paciente, desde o momento do diagnóstico, do processo de evolução e interacção entre as suas características psicológicas e a adesão ao tratamento, seriam o cenário ideal a implementar em investigações futuras.

Citando M^a Graça Pereira "... criar em cada paciente uma consciência sobre o seu adoecer, melhorar a adesão ao tratamento proposto e aceitar as mudanças no estilo de vida acarretadas pela diabetes..."

Como nota final, consideramos ser fundamental que a abordagem do indivíduo adulto com diabetes tipo 2 insulinotratado assente no trabalho

de uma equipa multidisciplinar com a participação dos diversos profissionais de saúde.

Respeitando todas as nossas fragilidades que dizem respeito à nossa própria identidade, a sequência da liberdade humana leva-nos à possibilidade de podermos estar abertos para sermos mais fortes, mesmo na doença crónica!

BIBLIOGRAFIA

Aguiar, Sara Moreira R. "Narrativas e significado da doença em crianças com Diabetes Mellitus tipo 1- contributo para um estudo qualitativo". *Psicologia da Saúde & Doenças*, 2007; 8(1), 67-81. Universidade Fernando Pessoa, Porto.

- "A hemoglobina glicada e o laboratório clínico" *Jornal brasileiro de patologia e medicina laboratorial*, vol45, nº1 janeiro/fevereiro 2009

- Alberte, Josiane S. Pinto "Diabetes Mellitus tipo 2: significado da doença para os pacientes e repercussões na adesão ao tratamento clínico". Dissertação a grau e Mestre, faculdade de ciências médicas, Campinas 2004

- Albuquerque, Carlos "Características psicológicas associadas à saúde". *Actas 4º Congresso Nacional Psicologia Saúde*.

- Albuquerque, Carlos Manuel Sousa; Cristina Paula Ferreira de Oliveira "Saúde e Doença: significações e perspectivas de mudança".

- Almeida, José Paulo de "Impacto dos factores psicológicos associados à adesão terapêutica, controlo metabólico e qualidade de vida em adolescentes Diabéticos tipo I". Dissertação a grau de Doutor em Psicologia clínica. Braga 2003. Universidade do Minho

- Almeida, Vera Margarida S. de "A diabetes na adolescência: um estudo biopsicossocial "2000. Mestrado integrado em Medicina, Universidade de Coimbra

- American Psychological Association "O papel dos psicólogos no tratamento de pessoas cronicamente doentes"

- Amorim, Isabel Lajoso "Diabetes Mellitus 2 e sintomas psicopatológicos". *Psicologia da Saúde & Doenças*, vol9, nº2. Lisboa 2008

- Amorim, M^a Isabel Lajoso "Para lá dos nº...aspectos psicossociais e qualidade de vida do indivíduo com diabetes mellitus tipo 2". Dissertação ao grau de Doutor em Saúde Mental. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Fevereiro 2009

- Amorim, M^a Isabel Lajoso "Um estudo em diabéticos não insulino-dependentes". Dissertação a grau de Mestre em saúde mental. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.1999
- Andrade, M^a Cláudia Perdigão"Psicologia da Saúde: contributos para uma abordagem interdisciplinar da educação para a saúde". Ref. Nº 7, Novembro 2001
- APDP "Diabetes viver em equilíbrio". Revista nº 57
- Araújo, Leila M^a Batista "Tratamento Diabetes Mellitus tipo 2: novas opções". Arquivos brasileiros endocrinologia metabólica, vol44,nº6; Dezembro 2000
- Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (2005). Recomendações 2006. " Do grupo de estudo da diabetes da APMCG na diabetes tipo2 para a prática clínica diária em cuidados de saúde primários". Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21,625-629
- Bandura, A. (1997) "Self-efficacy: the exercise of control." New York: Freeman
- Bandura, Albert "Auto-Eficácia". Universidade de Stanford. Enciclopédia do comportamento humano, 1998,vol 4 pp 71-81. New York: Academic Press.
- Barbara Boughton "Novas diretrizes americanas para o Diabetes". www.medcenter.com
- Bugallho, A. Carneiro, A.V. (2004) " Intervenção para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas".
- Caldeira, J. " Educação do diabético" In Duarte, R. Diabetologia Clínica. 3^a ed. Lisboa, Lidel- Edições técnicas Limitada, 409-415
- Cambri, L.Teresa, "Indicadores antropométricos e parâmetros bioquímicos em diabéticos tipo2". Motriz, Rio Claro, vol.12, nº3 pág.293-300,set/dez 2006

- Canavarro, M^a Cristina "Promoção da saúde e prevenção da doença"; clínica & saúde, Faculdade Psicologia UC, Maio 2007
- Canivatto, Sónia M^a "Doença crónica, autocuidado e autonomia: estudo de um processo educativo junto de pacientes com diabetes mellitus tipo 2". Dissertação a grau de Mestre, Faculdade Ciências Médicas, 2003 Campinas
- Cardoso, Chrystiane Mendonça" A influência da auto-eficácia na adesão aos comportamentos de saúde". Mestrado Universidade Uberlândia, 2006
- Cardoso, Salvador Massano "Saúde Pública 7". Faculdade de Medicina de Coimbra
- Cardoso, Salvador Massano"Saúde Pública 6". Faculdade de Medicina de Coimbra
- Cardoso, Salvador Massano; Ramalheira, António Carlos de Paiva "A caracterização do risco". Almedina
- Carneiro, António Vaz "A doença coronária na Diabetes Mellitus. Factores de risco e epidemiologia". F Medicina Universidade Lisboa, revista portuguesa cardiologia, 2004, 23 (10): 1359-1366
- Carraça, Ildamiro, "Estudo Evape". Revista portuguesa de clínica geral, 2009; 157-167
- Castro, Elisa Kern de "Auto-eficácia e qualidade de vida de jovens adultos com doenças crónicas". Ver. SBPH vol.12, nº2 Dez 2009
- Carvalhosa, Susana Fonseca "Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária-GerAcções". Análise psicológica (2010), 3 (XXVIII): 479-490
- Conferência Internacional 2008, " Empowerment Patient"
- Correia, M^a José Sá "Investigação dos hábitos de saúde, comportamentos de risco e adesão terapêutica numa população diabética adulta". Actas do 5º congresso de psicologia da saúde,2004

- Correia, Carla Susana Lopes "Adesão e Gestão do regime terapêutico em Diabéticos tipo 2". Tese mestrado em comunicação em saúde. Lisboa, 2007, universidade aberta
- Costa, Eleanora Cunha Veiga" Avaliação da eficácia relativa de duas intervenções psico- educativas dirigidas à prevenção da sida e promoção da saúde em mulheres com risco para HIV". Dissertação a grau de Doutor em psicologia da saúde, universidade do Minho. Outubro 2006
- Cruz, Angelis Dantas da" Psicologia da saúde actuando na comunidade". Artigo científico, ano IV, Janeiro – Junho 2004
- DGS "Declaração par uma vida melhor"
- DGS "Educação terapêutica na Diabetes Mellitus". Nº 14/DGCG; 12/12/2000.Circular normativa
- DGS "Diagnóstico e classificação da Diabetes Mellitus". Norma nº 002/2011;14/01/2011
- "Diabetes: factos e nºs 2010. Relatório anual do observatório nacional da Diabetes". Portugal
- Dias, Nuno Cortez (em nome dos investigadores do Estudo Valsim) "Prevalência, tratamento e controlo da diabetes mellitus e dos factores de risco associados nos cuidados de saúde primários em Portugal. Revista Portuguesa de Cardiologia 2010: 29(04)
- Diário da República, 1ª série-Nº 15-20 de Janeiro de 2012, Portaria nº 19/2012
- Duarte, Rui "Prevenir a diabetes no adulto". APDP-2007,I Forum Nacional da Diabetes
- Elbert S. Huang; Jennifer Y.Liu; Howard H. Moffet, Diabetes Care, volume 34, june 2011" The Diabetes and Aging Study", original article; Epidemiology/ Health Services Research
- Ensaio de Bioética "Bioética e Saúde: relação médico e paciente". Universidade Católica Editora, vol I 2008

- “Escala de avaliação”, 7º Congresso de Psicologia da Saúde. Suplemento, Janeiro-Fevereiro 2008
- Farmácia prática “Diabetes Mellitus tipo 2:compreender a diabetes para compreender a sua terapêutica”. Fevereiro 2010
- Fava, Giovanni A. “O modelo biopsicossocial trinta anos depois”. Odontosocial1-Psico-732. Psychotherapy and psychosomatics, 2008.77:1-2
- Fazenda, Isabel “Empowerment e participação, uma estratégia de mudança”. Centro Português de Investigação e trabalho social
- Fernandes, Alexandra”Controlo metabólico da Diabetes e sua associação com a qualidade de vida”. Actas 4º Congresso Nacional Psicologia da Saúde.
- Ferreira, Patrícia Arriaga”Controlo metabólico da Diabetes e sua associação com a qualidade de vida”. Actas 4º Congresso Nacional Psicologia Saúde.
- Fortin, Marie- fabienne “ Fundamentos e etapas do processo de investigação”. Lusodidacta
- Fráguas, Renério” Depressão e Diabetes Mellitus”. Revista Psiquiatria clínica 2009. 36(3): 93-99
- Franchi, Kristiane Mesquita Barros “Capacidade funcional e actividade física de idosos com diabetes tipo 2”. Artigo original, revista brasileira actividade física & saúde, vol 13nº 3.2008
- “Freitas, Sílvia”Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares”. Revista psiquiatria 2002, 24, suplemIII
- Funnell, M.; Anderson, R. (2004)” Empowerment and self-manegement of diabetes”. Clinical Diabetes, 22 (3), 123-127
- Gameiro, Sofia”Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população em geral”. Psicologia, saúde & doenças, 2008,9 (1), 103-112

- Gil, G. Pimn, "Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa de ambulatório interdisciplinar". Ciências Biológicas e da Saúde, vol29, pág.141-154, Julho/Dezembro 2008
- González-Pérez, J. "Psicologia de la Educacion para una Enseñanza Prática.2003, Madrid, Editorial CCS.
- Grilo, Ana Monteiro & Helga Pedro "Contributos da Psicologia para as Profissões da Saúde". Psicologia, Saúde & Doenças, 2005, 6 (1), 69-89.
- Henriques, Ana Leonor "Avaliação sistémica de um caso de doença crónica". Intervenção Psicoterapêutica na Doença Crónica"
- Junior, Renan Magalhães Montenegro "A assistência multidisciplinar e o manejo efectivo da Diabetes Mellitus: desafios actuais". Revista Brasil. Promoção de saúde, vol17,nº004, 2004.
- Katzer, Juliana Isabel "Diabetes Mellitus tipo 2 e actividade física". Revista digital, Outubro 2007,nº113
- Lopes, Sandra Ribeiro de Almeida"Factores psicossociais associados à gravidez e à diabetes na adolescência". S. Paulo, 2006, Dissertação a grau de Doutor.
- Maia, F.R. "Impacto do sistema de monitorização contínua da glicose em pacientes diabéticos". Rev. Assoc. Med. 2006
- Maroco, João; Teresa Garcia Marques "Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas". Laboratório de Psicologia, 4 (1): 65-90(2006), ISPA.
- Matos, Lúcia Leal de "Consumo de fibras alimentares na população adulta". Revista Saúde Pública, universidade s. Paulo, vol34, nº1. Fevereiro 2000; pág. 50-55
- Matos, Margarida Gaspar"Psicologia da saúde, saúde pública e saúde internacional". Análise psicológica, 2004,3 (XXII): 449-462
- Matos, Margarida Gaspar de "Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola"

- McIntyre, Teresa Mendonça "Ética e avaliação psicológica em psicologia da saúde: algumas questões e reflexões." Universidade do Minho.
- McLellan, Kátia Cristina P. "Diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólico e modificações do estilo de vida", Universidade S.Paulo, Julho 2008
- Mestre, Sónia & José Luís Pais Ribeiro "Percepção de saúde e percepção de competência: a psicologia positiva no tratamento da obesidade". Faculdade de psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto. Fevereiro 2010
- Neto, Félix "Satisfação com a vida e características de personalidade". *Psycologica*.1999,22,55-70. Faculdade Psicologia Universidade Porto.
- Nunes, Madalena "Apoio social na Diabetes".Educação, Ciência & Tecnologia.
- Nunes, Maiana Farias Oliveira; "Funcionamento e desenvolvimento das crenças de auto-eficácia: uma revisão". *Revista brasileira de orientação profissional*. Vol.9,Junho 2008.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde: relatório de primavera 2008
- Ogden, J. (1999) "Psicologia da Saúde".1ª ed. Lisboa, Climepsi Editores
- Ordem dos enfermeiros "O desafio das doenças crónicas". Secção regional dos açores.2/11/2010
- Ortiz, Mª Carolina Alves "Levantamento de factores de risco para Diabetes Mellitus tipo 2 numa instituição de ensino superior"; revista latino-americana enfermagem, Maio 2001; 9(3) 58-63
- Pasquali, Luíz "Questões epistemológicas na medida psicológica". Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília
- Paúl, Mª Constança "Acompanhamento psicológico de doentes crónicos e terminais"

- Pereira, Flávia Rodrigues Lobo "Promovendo o autocuidado em Diabetes, na educação individual e em grupo". *Ciência, cuidado & saúde*, 2009, Outubro- Dezembro; 8(4): 594-599
- Pereira, C.V. (1997) "Representações da doença e comportamentos de adesão em sujeitos diabéticos insulino-tratados". Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- Pereira, Luís Miguel "Doença crónica: a Diabetes". Unidade de Psiquiatria de ligação e Psicossomática, Serviço de Endocrinologia. Maia 2008
- Pereira, M^a Graça "A adesão aos regimes de tratamento na perspectiva do modelo biopsicossocial". *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 1997; 2, 209-216. Universidade do Minho.
- Pereira, M^a Graça "A perspectiva biopsicossocial na avaliação em psicologia da saúde: modelo interdependente". *Psicologia: teoria, investigação e prática*. 2001. universidade minho
- Pereira, M^a Graça " O psicólogo no contexto de saúde: modelos de colaboração". *Notas didácticas*. Universidade Minho, Dezembro 1995.
- Pereira, M^a Graça; Paulo Almeida "Auto-eficácia na Diabetes: conceito e validação de escala". *Análise Psicológica*, 2004,3 (XXII): 585-595. Universidade do Minho, departamento psicologia.
- Pereira, M.G.; Soares, V.; McIntyre, T. (2001) " Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: estudo piloto". *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2 (2), 69-80
- Pereira, Miguel; Celestino Neves; José Luís Medina "Importância da Psicologia Clínica na terapêutica das doenças endócrinas". *Revista portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*. 2006/01, artigos de revisão
- Peter Salmon, 2000. "Psychology of Medicine and Surgery. A Guide for Psychologist Counsellors Nurses and Doctors.

- Pimenta, Filipa” O peso da mente- uma revisão de literatura sobre factores associados ao excesso de peso e obesidade e intervenção cognitivo-comportamental”. *Análise psicológica* 2009.2 (XXVII): 175-187
- Plano Nacional de Saúde 2011-2016: “Prevenção da Diabetes e a Promoção da Saúde”
- Portal da Saúde ”Impacto das doenças crónicas no mundo”
- Portero, Kátia Cristina da Cruz ”Mudança no estilo de vida para a prevenção e tratamento da diabetes tipo 2”. *Artigo de revisão, saúde em revista*, 7 (16): 63-69,2005
- Postgraduate Medicine ”Controlar a hipoglicémia na Diabetes Mellitus tipo 2”. *Janeiro 2007*,vol.27nº1
- Postgraduate Medicine ”Simpósio: Diabetes” *Novembro 2008*,vol30,nº4
- Postgraduate Medicine ”Simpósio novas perspectivas sobre situações clínicas frequentes: definir o papel da terapêutica incretinomimética no tratamento da diabetes mellitus tipo2”. *Abril 2009*,vol31nº4
- Postgraduate Medicine ”Simpósio: Diabetes”. *Novembro 2008*, vol30 nº4
- Postgraduate Medicine ”Simpósio Diabetes: Estratégias de prevenção para a Diabetes tipo2”. *Março 2007*,vol27 nº3
- Postgraduate Medicine ”Simpósio: Tratamento da diabetes mellitus tipo 2”. *Abril 2010*,vol33 nº4
- Programa nacional de prevenção e controlo da Diabetes: DGS, Lisboa 2008.
- Quadrado, Alessandra “Adesão terapêutica e a doença crónica não transmissível”. *Revista da SBPH*, vol. 12, nº2 Dezembro 2009
- Rabelo, Dóris Firmino”Auto-eficácia, doenças crónicas e incapacidade funcional na velhice”. *Psico USF*, vol12nº 1,Junho 2007
- Rato, Quitéria ”Diabetes mellitus: um problema de saúde global”. *Revista Portuguesa de Cardiologia* 2010; 29(04): 539-543

- Relvas, Ana Paula "Intervenção psicoterapêutica na doença crónica" 2006-2007.
- Reis, Joaquim "Modelo metateórico da Psicologia da Saúde do século XXI". *Análise Psicológica*, 1999,3 (XVIII): 415-433
- Reni, A.B. "Pensar, vivenciar e lidar com a diabetes". Dissertação a grau de Doutor em Saúde Colectiva, Dezembro 2006. Faculdade de Ciências Médicas Campinas
- Ribeiro, José Luís Pais "Escala de satisfação com o suporte social". *Análise Psicológica* (1999), 3 (xvii): 547-558.
- Ribeiro, José Luís Pais "Adaptação de uma escala de avaliação de auto-eficácia geral". Faculdade Psicologia Universidade Porto.
- Ribeiro, José Luís Pais "A qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crónicas apoiadas por serviços comunitários" *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*.
- Ribeiro, José Luís Pais "A importância da Qualidade de vida para a Psicologia da Saúde" 2009. Faculdade Psicologia e Ciências da educação. Universidade Porto
- Ribeiro, José Luís Pais "Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa". *Psicologia da Saúde & Doenças* 2001,2 (1), 77-99. Faculdade Psicologia, Universidade Porto.
- Ribeiro, José, Luís Pais "Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças". *Análise psicológica*, 2004,2 (xxii): 387-397.
- Ribeiro, José Luís Pais "Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em diabéticos". *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2003; 4(1), 21-32.
- Ribeiro, José Luís Pais; Rute F. M. "Como ser saudável com uma doença crónica: algumas palavras orientado da acção". *Análise Psicológica* (2000), 4 (XVIII): 523-528

- Ribeiro, José Luís Pais "Adaptação de uma escala de avaliação de auto-eficácia geral". Faculdade de Psicologia e de Ciências de educação- Universidade do Porto
- Ribeiro, José Luís Pais "Psicologia da saúde, saúde e doença". Psicologia da saúde, áreas de intervenção e perspectivas futuras; ed. Teresa Mendonça McIntyre, 1994
- Rolland, John S., M.D. "Doença crónica e ciclo de vida familiar". As mudanças no ciclo de vida familiar; pág. 373-391
- Samarina, Célia" Estudo da adaptação da escala de satisfação com o suporte social a pessoas com diagnóstico de doença oncológica". Psicologia, Saúde & Doenças, 2003, 4 (2), 185-204.
- Santos, Ellen Cristina Barbosa "O cuidado sob a óptica do paciente diabético". Ver. Latino-americana, vol.13 nº3 2005
- Salveti, Marina de Goés" Dor crónica e a crença de auto-eficácia". Revista Esc. Enfermagem USP 2007. 41(1): 135-140
- Serra, Adriano Vaz" O inventário clínico de auto-conceito". Psiquiatria clínica, 7 (2) pp67-84
- S.Daniela S., "Tendências da diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional". Cadernos Saúde Pública, vol19, 2003, suplemento I
- Silva, Ana Roberta Vilarouca da "Educação em saúde a portadores de diabetes mellitus tipo 2: revisão bibliografica", vol10, nº3, pág. 146-151,Julho/ Setembro 2009
- Silva, Cristina Nogueira "Qualidade do Controlo da Diabetes Mellitus Tipo 2 numa amostra de utentes Centro de Saúde de Braga". Estudos originais; Revista Portuguesa Clínica Geral, 2006; 22: 571-582
- Silva, Daniela S.M.S." Diabetes Mellitus: como pode o seguimento do doente diabético influenciar a evolução da doença"2009. Mestrado integrado em Medicina.FMUC

- Silveira, Jorge Augusto Alves "Características da assistência à saúde a pessoas com Diabetes Mellitus". Artigo original. O mundo da saúde, S.Paulo: 2010. 34(1): 43-49
- Sociedade Portuguesa Diabetologia ano 2009/2010
- Sousa, Carolina "As novas tendências da pesquisa em desenvolvimento cognitivo". Avaliação Psicológica: formas e contextos, 1995,3, 301-308.
- Sousa, M^a Rui Miranda Grilo Correia de "Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2". Dissertação a grau de Mestre em Educação. Universidade do Minho. Braga 2003
- Sousa, M.Rui; Teresa McIntyre "As representações de doença e a adesão terapêutica na pessoa com diabetes mellitus tipo2". Actas do 5º congresso de psicologia da saúde.2004
- Souza, Israel "Validação da escala de auto-eficácia geral percebida". Revista Universidade Rural, Sér. Ciências Humanas; vol.26,nº1-2,Jan-Dez 2004
- Sumita Mairo "Importância da hemoglobina glicada no controlo da diabetes mellitus e na avaliação de risco das complicações crónicas". J.Brasileiro patologia médica. Lab. vol 44nº 3, 2008
- Tavares, Darlene Maria dos Santos "Condições de saúde de idosos com diabetes no município de Uberaba". Texto & contexto enfermagem, universidade federal de s.ta Catarina. Vol17, nº002, 2008
- Teixeira, José A. Carvalho; Isabel Pereira Leal "Psicologia da Saúde: contributos para a descrição do seu estado actual e perspectivas futuras no ISPA". Actas do 5º congresso nacional de psicologia da saúde.2004
- Teixeira, José A.Carvalho "Psicologia da saúde, contexto e intervenção". Análise psicológica (1990). 4(VII): 453-458
- Teixeira, José A.Carvalho "Psicologia da saúde". Análise psicológica 2004. 3 (XXII): 441-448

-Veloso, Susana Maria Mariano dos Santos “Modelos preditivos da actividade física”. Faculdade Psicologia Universidade de Coimbra. Dissertação a grau de Mestre, Abril 2006

-Viana, Victor “Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo de comportamento alimentar”. *Análise Psicológica* (2002), 4 (XX): 611-624. HSJ Porto

-Vieira, Luís Miguel dos Santos “O papel da terapêutica não farmacológica no tratamento da diabetes mellitus tipo 2”, Janeiro 2010, Mestrado integrado em Medicina. FMUC

-wikipédia livre, “Detecção e tratamento das complicações crónicas da Diabetes”

-W.Dherty an T.Campbell “intervenção sistémica na doença crónica”. *Saúde familiar e ciclo da doença*, Março 2008

-WHO, “Cuidados Inovadores para Doenças Crónicas”; 2002, Componentes Estruturais da Acção

-www.unimeds.com.br

- [http:// www.diabete.com.br](http://www.diabete.com.br), em glicemia pós-prandial

-www.manualmerck.net

ANEXOS



É Tempo de Agir!

Declaração para uma vida melhor

ABORDAGEM DAS DOENÇAS CRÓNICAS ATRAVÉS DA PREVENÇÃO

Reconhece-se hoje que a existência de níveis elevados de saúde e de bem-estar constitui a base para o desenvolvimento das diversas dimensões da cidadania, nomeadamente a participação democrática, a integração social e cultural, a educação, a participação produtiva na vida activa e o envelhecimento saudável.

Assegurar a saúde da população não representa apenas um imperativo ético; é também uma condição indispensável para o sucesso económico num mundo tão competitivo e globalizado.

Saúde equivale a riqueza, a prosperidade. Investir em saúde é investir nas pessoas e na economia.

Na Europa, estima-se que mais de 80% das mortes são provocadas por doenças crónicas, como as cardiovasculares, oncológicas, hepáticas, renais, respiratórias e a diabetes.

Muitas destas doenças têm tratamento, mas nem sempre são passíveis de cura, o que resulta numa diminuição da qualidade de vida, em avultados gastos para terapêutica prolongada e, conseqüentemente, em baixa de produtividade.

Através da adopção de adequadas medidas promotoras da saúde e preventivas da doença, seria possível alterar este panorama. Mas, paradoxalmente, na Europa, 97% das despesas com a saúde são devidas ao tratamento e apenas 3% à prevenção.

Uma mudança no sentido de robustecer a prevenção permitirá a obtenção de mais ganhos de saúde e, naturalmente, também económicos.

Os investimentos na prevenção são sempre menos dispendiosos do que os aplicados na gestão e no tratamento da doença, logo, economicamente

mais favoráveis. Além disso, a prevenção evita o sofrimento e promove a qualidade de vida das pessoas, das famílias e das comunidades.

Esta é a principal razão por que se criou em Portugal um movimento tendente à introdução de acções inovadoras, consideradas essenciais para proteger o futuro da saúde dos portugueses.

Em linha com o que se verifica por todo o mundo, um dos pressupostos desta iniciativa é congregar organizações de profissionais de saúde e de cidadãos, de modo a unir esforços que levem ao desenvolvimento urgente de políticas e de medidas para reverter o crescimento alarmante das doenças crónicas que, no contexto europeu, afectam já mais de um terço da população.

Actualmente, há já importantes parcerias com aquele objectivo. São de destacar, entre outras, a *Non Communicable Disease Alliance* e a *Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases*, a nível mundial, e a *Chronic Disease Alliance*, no plano europeu. Estas estruturas integram grande número de organizações não governamentais e de profissionais de saúde. Em sequência da sua acção, a ONU irá realizar, em Setembro de 2011, uma cimeira sobre doenças crónicas.

A Organização Mundial da Saúde, ao criar, em 2008, um Plano de Acção Global para as Doenças Crónicas, denominado *WHO 2008 – 2013 – Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non Communicable Diseases*, deu um forte contributo para o desenvolvimento das iniciativas relacionadas com a prevenção das doenças crónicas.

A “Estratégia Europa 2020” tem por objectivo abranger 75% dos trabalhadores. Preconiza que só promovendo a prevenção das doenças crónicas será possível alcançar condições de sustentabilidade e de participação na construção de uma Europa mais forte, mais competitiva e mais inclusiva. Evitar as doenças crónicas possibilitará viver vidas mais longas e mais saudáveis e permanecer mais tempo no mercado de trabalho, contribuindo, assim, para reverter o alarmante decréscimo da força de trabalho previsto para 2020.

Manter a comunidade europeia saudável aumentará também a sua produtividade – nas regiões desenvolvidas, 28% dos DALY1 são imputáveis a factores de risco comuns às doenças crónicas (tabagismo, abuso de álcool, baixo consumo de frutas e vegetais e défice de actividade física), número que se eleva aos 35% quando se inclui a obesidade e o excesso de peso.

O desafio que o combate às doenças crónicas coloca à Europa e a Portugal ultrapassa largamente o sector da saúde pública, uma vez que muitos determinantes da saúde se encontram fora do âmbito de actuação dos

sistemas de saúde. Por isso, compreende-se que sejam necessárias estratégias transversais a toda a sociedade.

Neste contexto, reveste-se da maior importância a constituição de um amplo e sólido movimento social, com expressão e visibilidade públicas, para que, mais vigorosamente, se possa apelar aos cidadãos e às instituições da União Europeia, no sentido de exigirem políticas que visem o seu bem-estar.

Para além da Saúde, assumem relevo outros sectores, como a investigação, educação, actividade física e lazer, planeamento urbanístico, habitação, transportes, regulação alimentar, agricultura, ambiente ou política fiscal.

É necessário incentivar a vontade política para promover esta agenda, tornando o “impacte na Saúde Pública” um aspecto essencial na tomada de decisão e criando um ambiente político que tenha como prioridade a obtenção de melhorias na saúde relativamente às doenças crónicas.

Sabe-se que as famílias com menos rendimentos, os cidadãos pobres, os desempregados e os excluídos apresentam particular vulnerabilidade às doenças crónicas. Uma intervenção concreta desenhada para estes estratos sociais será, portanto, um factor decisivo para reduzir as desigualdades na saúde. O acesso equitativo aos Sistemas de Saúde e às medidas de prevenção deve constituir um dos pilares do plano de acção em matéria de prevenção.

1 DALY – Disability Adjusted Life Years: Número de anos de vida perdidos devido a morte prematura e número de anos de produtividade perdidos por incapacidade e reforma prematura.

Panorama actual

A evidência científica disponível identifica os quatro maiores factores de risco das doenças crónicas: tabagismo, má alimentação, abuso de álcool e défice de actividade física. Estes riscos são co-factores na génese da maioria das doenças crónicas e da mortalidade na Europa. É, pois, fundamental desenvolver estratégias e metodologias de prevenção que os eliminem, seguindo uma perspectiva holística e transversal a um conjunto variado de actividades, desde a alteração da política agrícola, até ao aumento do preço de produtos considerados não saudáveis, passando por medidas legais de controlo dos alimentos, pela redução de barreiras económicas a produtos alimentares considerados saudáveis e também pelo urbanismo e pela segurança.

Doenças cardiovasculares

As doenças do aparelho circulatório representam cerca de 38% das causas de morte da população portuguesa. Embora o peso social e económico que delas resulta seja muito significativo, verifica-se uma tendência consistente de declínio da mortalidade. Este fenómeno faz realçar a utilidade prática e a importância de uma intervenção integrada em várias frentes. A melhoria, ainda insuficiente, registada nos últimos anos resulta de três vectores fundamentais: o efeito combinado entre a divulgação e aplicação de medidas preventivas baseadas na alteração dos estilos de vida, com adopção de comportamentos saudáveis; o grande aumento da eficácia das medidas terapêuticas de prevenção primária e secundária, obtidas mediante o controlo de factores de risco modificáveis, como a hipertensão arterial e a dislipidemia; o aumento da eficácia do tratamento de situações agudas como o enfarte do miocárdio, o acidente vascular cerebral ou a morte disrítica.

Contudo, alguns estilos de vida – particularmente o tabagismo na adolescência, o défice de actividade física e a alimentação incorrecta, conduzindo à obesidade e à diabetes – estão a estimular o aumento de incidência da doença cardíaca nos jovens. Uma redução de 10% nos principais factores de risco, a nível populacional, poderia salvar milhares de vidas

Doenças respiratórias

As doenças respiratórias representam um peso significativo nas doenças crónicas. Todos reconhecem que os riscos mais importantes para as doenças respiratórias crónicas são o tabagismo, tanto através do acto de fumar, como da exposição ao fumo ambiental, e a deficiente qualidade do ar, interior e exterior.

Das doenças respiratórias crónicas mais frequentes, destacam-se a doença pulmonar obstrutiva crónica, a asma e alergias respiratórias, o carcinoma do pulmão, as doenças pulmonares ocupacionais, a hipertensão pulmonar e a síndrome de apneia do sono. São patologias responsáveis por grande número de mortes e que implicam elevados custos decorrentes dos encargos em saúde e dos dias de trabalho perdidos.

A asma é uma das doenças crónicas infantis mais frequentes, que afecta 11-12% dos jovens em Portugal.

Doença hepática

Os principais factores de risco para a doença hepática crónica (particularmente cirrose) são o consumo excessivo de álcool e as hepatites víricas. Os orçamentos da saúde comportam uma elevada componente de gastos no tratamento desta doença que é largamente evitável através da adopção de padrões alimentares saudáveis. Relativamente ao consumo abusivo de álcool, há políticas que já evidenciaram ser eficazes na sua redução pela aplicação de medidas reguladoras do preço e do ambiente de comercialização do álcool. Por outro lado, o aumento do número de pontos de venda e o alargamento dos horários, bem como a redução de preço, provocaram um aumento significativo do consumo de bebidas alcoólicas. Já em sentido contrário, medidas como as intervenções na comunidade, as políticas de “condução e consumo de álcool”, as terapias de comportamento, o tratamento compulsivo, em certos casos, e a utilização de inibidores e antagonistas químicos provaram ter utilidade na diminuição da dependência do álcool.

A hepatite B e hepatite C podem evoluir no sentido da cronicidade.

Realce-se que, em Portugal, é administrada a vacina contra a hepatite B, muito eficaz, integrada no Programa Nacional de Vacinação desde 2000, que regista uma taxa de cobertura da população infantil superior a 95%.

Para a hepatite C, muito associada à utilização de drogas por via endovenosa, ainda não se dispõe de vacina, pelo que as medidas preventivas são essenciais. A hepatite C afecta cerca de 40 - 70% dos indivíduos toxicodependentes por via intravenosa. À semelhança da hepatite B, cerca de 20% dos casos evoluem para cirrose hepática e, posteriormente, para carcinoma hepatocelular. Estima-se que, em Portugal, possam existir cerca de 150 000 – 200 000 portadores destes dois tipos de vírus.

Diabetes

Na Europa, em termos de encargos para os Sistemas de Saúde, estima-se que a diabetes represente mais de 10% do total do orçamento.

Atingindo cerca de 10% da população (mais de um terço por diagnosticar), a diabetes é a causa mais frequente de amputação dos membros inferiores, cegueira e insuficiência renal. As complicações vasculares significam, ainda, que a diabetes constitui um dos principais factores de risco de outras doenças com elevada morbidade e mortalidade, tais

como a doença cardiovascular e o acidente vascular cerebral (AVC). Estudos realizados demonstraram que o risco de AVC nas pessoas idosas com diabetes é, relativamente aos idosos sem diabetes, cinco vezes superior. Os hábitos alimentares pouco saudáveis e o sedentarismo são os principais determinantes do aumento da diabetes, que adquiriu expressão epidémica. O tratamento das suas complicações gera elevadas despesas para o Sistema.

É inquestionável que muitos casos de diabetes são preveníveis através da alteração dos estilos de vida, quer ao nível alimentar, quer da prática de actividade física. O desenvolvimento de acções preventivas nestas áreas teria significativos resultados em ganhos de saúde e implicaria grande redução nos custos de tratamento. A concretização urgente de acções preventivas é imperativa para que se possa controlar o aumento da prevalência da diabetes.

Em relação à prevenção secundária e terciária, numerosos estudos de intervenção demonstraram que as medidas preventivas e de educação na diabetes são altamente favoráveis, incluindo do ponto de vista económico.

O acompanhamento acessível, integrado, multidisciplinar e motivador do autocontrolo é apontado como fundamental.

Cancro

Esta designação abrange aproximadamente 100 tipos diferentes de tumores malignos de vários órgãos. A alta mortalidade do cancro é acompanhada de elevada morbilidade e de um enorme peso económico.

Com uma prevalência de 3-4% na população em geral e de 10-15% nos idosos, o cancro transformou-se numa doença que exige vigilância e tratamento prolongados.

Se hoje a gestão do sofrimento e da qualidade de vida é melhor do que anteriormente, o mesmo não acontece com os custos do tratamento e dos efeitos secundários de longa duração, que aumentam dramaticamente em toda a Europa, devido à crescente disponibilidade de novos medicamentos.

Cerca de 30-40 % dos tumores malignos são passíveis de prevenção. De entre os factores de risco a que estão associados sobressai o tabagismo, que origina 25-30% dos casos diagnosticados nos países desenvolvidos. O excesso de peso, a obesidade e a inactividade física constituem outros factores de risco significativos para o desenvolvimento de cancro. Estima-se que a obesidade seja responsável por cerca de 4% dos cancros no homem e 7% na mulher, estando relacionada, em particular, com um

risco acrescido de tumores da mama, do esófago, cólon e recto, assim como do endométrio e do rim.

O abuso do consumo de álcool está ligado a uma maior incidência de vários tipos de cancro.

O exercício físico, para além de contribuir para a redução do excesso ponderal, tem por si só um efeito favorável na prevenção de diversos cancros.

Outros determinantes da doença, como a exposição a carcinogénicos no ambiente de trabalho (responsável por cerca de 5% dos cancros), a exposição solar e a infecções por vírus da hepatite B e vírus do papiloma humano, são, igualmente, passíveis de prevenção, pelo que devem constituir questões centrais no âmbito da saúde pública.

A prevenção secundária, através da execução de programas de rastreio de base populacional, com encaminhamento adequado dos casos detectados – designadamente dos cancros da mama, do cólon, do recto e do colo do útero – representa também uma área de intervenção com impacte relevante na redução do peso da doença oncológica.

Doença renal crónica

A doença renal crónica tem nos países industrializados grande impacte em saúde pública (prevalência estimada em 8% na população adulta), facto que se reflecte nos respectivos orçamentos. Apresenta diferentes estadios de gravidade. O mais grave é o da falência renal (2% dos casos evoluem para esta situação), que impõe diálise ou transplante para o doente sobreviver. Estes programas (diálise e transplante) consomem até 2-3% das despesas totais de saúde.

A doença renal crónica está, ainda, relacionada com o aumento de risco de doenças cardiovasculares.

A prevenção representa, neste quadro, um rumo estratégico. Os estilos de vida saudáveis, ao prevenirem a diabetes, a hipertensão arterial e a obesidade, estão, igualmente, a prevenir a doença renal crónica.

As boas práticas terapêuticas da doença renal crónica e dos problemas correlacionados reduzem, naturalmente, a probabilidade de falência renal.

Excesso de peso e obesidade

Os sistemas de saúde dos países europeus, incluindo Portugal, enfrentam um crescimento exponencial de custos originados por padrões alimentares não saudáveis e sedentarismo, que resultam em pré-obesidade e obesidade. Em 2020, a prevalência desta patologia pode

eliminar todos os ganhos em saúde obtidos com o sucesso das campanhas antitabágicas. A obesidade é um importante factor de risco para várias doenças crónicas, nomeadamente diabetes tipo 2 e hipertensão arterial, constituindo-se, por si mesma, como doença crónica com um custo considerável nos orçamentos da saúde. Também nos escalões etários infantil e juvenil, a obesidade constitui um factor de risco para o desenvolvimento das mesmas doenças crónicas. Esta tendência é agravada pelo facto de a obesidade desencorajar a prática de actividade física e a ausência desta contribuir para o aumento de peso, o que cria um ciclo vicioso.

A prevalência crescente da obesidade infantil é particularmente alarmante, uma vez que originará uma vida adulta com essa doença. Há cada vez mais crianças e adultos obesos com risco elevado de redução de esperança de vida, contrariando a tendência de melhoria da esperança média de vida na restante população.

A estratégia

As doenças crónicas com expressão epidémica são altamente influenciadas por quatro riscos, que exigem, mais do que nunca, medidas de controlo pelos próprios cidadãos:

- alimentação desequilibrada em calorias e em composição;
- sedentarismo;
- tabagismo;
- abuso de bebidas alcoólicas.

As epidemias das doenças crónicas podem ser reduzidas, uma vez que dependem do comportamento.

Para que a prevenção primária e secundária das doenças crónicas tenha êxito, a estratégia a desenvolver deverá incluir os pressupostos fundamentais que a seguir se enunciam.

Se não for assegurada uma intervenção imediata e robusta no combate às doenças crónicas, a recuperação da força de trabalho, prevista na Estratégia da União Europeia para 2020, pode não vir a verificar-se. O tempo está a passar. É tempo de agir!

A saúde em todas as políticas

É essencial promover a intervenção coordenada dos vários sectores da governação nos principais factores socioeconómicos e ambientais da saúde, implementando as recomendações da União Europeia contidas no documento *Health in all Policies*

www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf

SEIS MEDIDAS INADIÁVEIS

1 – Reduzir as desigualdades em saúde, desenvolvendo iniciativas alargadas aos diversos sectores da sociedade que visem diminuir as disparidades associadas a questões étnicas, económicas, de exclusão social, género, idade e literacia.

2 – Aumentar a literacia dos cidadãos no sentido da prevenção das doenças crónicas, produzindo materiais pedagógicos adequados e criando sítios na internet e outros meios de divulgação de eficácia comprovada.

Uma Cartilha, a editar sem demoras, terá em vista melhorar a informação e educação para a saúde das crianças, dos jovens e dos adultos, relativamente aos efeitos negativos provocados pelo sedentarismo, pelo tabagismo e pela alimentação desequilibrada, tal como pelo abuso do consumo de álcool.

3 – Reduzir o consumo de tabaco, através da implementação das medidas previstas na Convenção Quadro para o controlo do tabagismo nos termos da Lei n.º37/2007, de 14 de Agosto, que as integrou, de que se destacam as seguintes:

a) Melhorar a informação e educação para a saúde sobre efeitos adversos do tabagismo, promovendo competências de resistência à pressão de pares e alternativas à regulação emocional sem recurso ao consumo de tabaco;

b) Incluir o tema da prevenção e do controlo do tabagismo no âmbito dos *curricula* e da educação para a cidadania, aos níveis dos ensinos básico e secundário;

c) Aumentar os impostos sobre o tabaco e promover o controlo do tráfico ilícito;

d) Fiscalizar o cumprimento da legislação de proibição de fumar nos locais públicos de utilização colectiva e incentivar a criação de ambientes livres de fumo do tabaco;

e) Promover e apoiar a cessação tabágica;

f) Melhorar a informação do consumidor através da adopção de avisos de saúde com imagens a cores nas embalagens dos produtos do tabaco, conforme Directiva 2001/37/CE;

g) Promover a fiscalização da venda de tabaco a menores de 18 anos e da venda em locais proibidos por Lei, assim como a restrição do número de máquinas de venda automática;

h) Fiscalizar a proibição da publicidade directa e indirecta aos produtos do tabaco;

i) Rever a Lei Portuguesa em função dos resultados da sua avaliação.

4 – Incentivar a alimentação equilibrada:

- a) Promover a inclusão de alimentos com baixo teor de açúcar, sal, gordura (nomeadamente ácidos gordos trans) na oferta alimentar e a redução dos que tenham um alto teor destes componentes, controlando o seu fornecimento e venda, designadamente em refeitórios e cantinas de hospitais e estabelecimentos de ensino;
- b) Multiplicar os pontos de disponibilização de água, para facilitar a sua ingestão, em todos os locais públicos e de trabalho (medida indirecta de prevenção da obesidade);
- c) Promover o consumo de produtos de origem vegetal, em especial frutos e hortícolas de proveniência local e sazonal e reduzir barreiras ao seu acesso;
- d) Melhorar a informação e educação para a saúde relativamente ao impacto negativo da publicidade a produtos alimentares pouco saudáveis e promover competências de consumo, resistência à pressão de pares e alternativas à regulação emocional sem recurso à alimentação excessiva ou pouco saudável.

5 – Fomentar a prática regular do exercício físico:

- a) Melhorar as condições para a prática regular do exercício físico nas escolas e Universidades, durante e após o horário escolar;
- b) Promover a actividade física nas instituições públicas;
- c) Dotar os ambientes urbanos de características que favoreçam a actividade física em segurança para todas as idades e permitam dar prioridade à mobilidade dos cidadãos que se desloquem em bicicleta ou outro meio de transporte semelhante.

6 – Diminuir o impacto negativo do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, através de:

- a) Iniciativas de informação e de fiscalização (não limitadas à prevenção rodoviária), bem como da redução da venda de produtos alcoólicos nas imediações escolares;
- b) Novo impulso para a formação pré e pós-graduada, relacionada com o reconhecimento precoce de sinais de abuso de álcool e todas as dimensões ligadas ao alcoolismo;
- c) Acções planeadas de informação e educação para a saúde relativamente ao impacto negativo da publicidade a produtos com álcool, promovendo o desenvolvimento de competências de consumo e de resistência à pressão de pares e de alternativas em termos de socialização e regularização emocional.

Outubro de 2010

**Moção a apresentar pelos subscritores ao II Congresso Nacional de
Saúde Pública**

Declaração para uma Vida Melhor

Alexandre Diniz
Ana Leça
Anabela Coelho
Anabela Lopes
Emília Nunes
Francisco George
Helena Sá
Ilda Luísa Figueiredo
Isabel Baptista
Isabel Castelão
João Valente Nabais
José Manuel Boavida
José Rosado Pinto
Luis Campos
Luis Gardete Correia
Margarida Gaspar de Matos
Pedro Graça
Pedro Pimentel
Pedro Ribeiro da Silva
Rui Cruz Ferreira
Rui Matias Lima
Rui Tato Marinho
Vasco Prazeres

GUIÃO DE ENTREVISTA

1. Idade: _____ anos **2.** Género: Masculino Feminino

3. Estado civil: Solteiro Casado União de facto Divorciado
Separado Viúvo

4. Habilitações literárias:

Não sabe ler nem escrever

Não andou na escola, mas sabe ler e escrever

Frequentou a escola primária

Frequentou o ciclo preparatório

Frequentou a escola secundária

Frequentou o ensino superior

5. Profissão:

6. Situação profissional/ocupacional actual:

Profissionalmente activo Desempregado

Reformado/pensionista Baixa

7. Tipo de família:

Nuclear Reconstruída

Unitária Alargada Outra

8. Há quantos anos sabe que é diabético? _____ anos

9. Qual o tipo de tratamento inicial da diabetes?

10. Há quantos anos toma a insulina?

11. Qual o tipo de insulina?

12. Faz o auto-controlo da glicemia quantas vezes por dia?

13. Tem ou já teve alguma complicação devido à diabetes?

Sim Não

14. Complicações agudas: Hipoglicemia Cetoacidose

Coma hiperosmolar

15. Complicações crónicas

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Retinopatia diabética | <input type="checkbox"/> | Doença cerebro-vascular | <input type="checkbox"/> |
| Já recorreu ao lazer? | <input type="checkbox"/> | | |
| Nefropatia | <input type="checkbox"/> | Doença vascular periférica | <input type="checkbox"/> |
| Neuropatia | <input type="checkbox"/> | Disfunção sexual | <input type="checkbox"/> |
| Doença coronária | <input type="checkbox"/> | Pé Diabético | <input type="checkbox"/> |

16. Complicações macrovasculares

- Enfarte de miocárdio Acidente vascular cerebral

17. Costuma fazer vigilância da tensão arterial?

- Sim Não

17.1 Está controlada?

- Sim Não Não sabe

18. Toma medicamentos para a tensão arterial?

- Sim Não Não sabe

19. Tem colesterol elevado?

- Sim Não Não sabe

20. Toma medicamentos para o colesterol?

- Sim Não Não sabe

21. Peso actual: _____ **Altura:** _____ **IMC:** _____ **P.Abd:** _____

glicemia em jejum _____ **HbA1c:** _____ **TA:** _____

22. Quando descobriu que era diabético encontrava-se:

- Com mais peso do que tem agora
- Com menos peso do que tem agora
- Com o mesmo peso

23. Para além da diabetes de que outras doenças sofre?

23.1 Qual a medicação que toma?

24. O que é para si a diabetes?

25. Como reagiu quando soube que era diabético?

26. A diabetes é uma doença séria e grave:

Concordo muito Concordo Não concordo nem discordo
Discordo Muito

27. Dos vários componentes importantes no tratamento da diabetes qual/quais o/os que tem maior dificuldade em cumprir?

Dieta	<input type="checkbox"/>	Administração de insulina	<input type="checkbox"/>
Exercício	<input type="checkbox"/>	Cuidados aos pés	<input type="checkbox"/>
Autovigilância da glicemia	<input type="checkbox"/>	Nenhum	<input type="checkbox"/>

Auto-Eficácia na Diabetes (SEDS)
 (Grossman, Brink & Hauser, 1987)
Adaptação de M. Graça Pereira & Paulo Almeida
(2003)

INSTRUÇÕES: Por favor lê com atenção as frases seguintes. Para cada questão assinala (X) de que modo pensas que podes fazer o que está escrito. Não há respostas certas ou erradas, por isso dá a tua opinião sobre o que pensas que consegues fazer agora.

	<i>Posso, com muita certeza</i>	<i>Posso, com certeza</i>	<i>Talvez possa</i>	<i>Não posso, com certeza</i>	<i>Não posso, com muita certeza</i>
1) Encarregar-me sozinho de tomar a insulina					
2) Encarregar-me sozinho de preparar as minhas refeições em casa					
3) Encarregar-me do que devo comer Quando estou fora de casa					
6) Mudar a dose de insulina quando faço muito exercício físico					
7) Avaliar a quantidade de alimentos que devo comer antes de fazer exercício físico					
8) Saber que dose de insulina devo tomar Quando fico doente					
9) Evitar baixas de açúcar (hipoglicemias)					
10) Evitar ficar com marcas ou vermelhões Quando injecto insulina					
11) Conversar sozinho com a enfermeira ou o médico e dizer o					

preciso					
12) Dizer aos meus pais que preciso de mudar a minha dose de insulina					
13) Dormir fora de casa (visita de estudo ou casa de amigo), onde ninguém saiba que tenho diabetes					
14) Evitar as altas de açúcar (hiperglicemias)					
15) Sei como melhorar os valores das pesquisas					
16) Evitar Ter acetona na urina					
17) Mudar de médico ou enfermeira se não gostar do tratamento					
18) Tratar uma baixa, se estiver a acontecer					
19) Pedir ajuda se estiver a sentir-me doente					
20) Dizer a um amigo que tenho diabetes					
21) Praticar desportos que exigem muita energia (Ex.: futebol ou aeróbica)					
22) Dizer ao médico ou enfermeiro se ele se enganar, se não tiver a razão					
23) Evitar problemas nos olhos (cegueira) por causa da diabetes					

24) Dizer ao namorado/a que tenho diabetes					
26) Ter a atenção que preciso quando os diabetes estão descontrolados					
27) Falar facilmente a um grupo de pessoas que não conheço numa festa					
28) Explicar a um professor as minhas ideias, as minhas opiniões					
30) Ter a responsabilidade de fazer os meus trabalhos escolares					
32) Comer alimentos que não estão na minha dieta sem que ninguém perceba					
33) Acredito que tenho capacidade para tratar a diabetes					
34) Cumprir o que o médico recomenda para tratar a diabetes					
35) Viver como se não tivesse diabetes					

Título do estudo: “Auto-Eficácia em pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2 insulino-tratadas”

Entrevista nº:

Caro/a Senhor/a

Tenho o prazer de o convidar a participar no estudo acima referido, onde se pretende conhecer os níveis de auto-eficácia das pessoas com Diabetes Mellitus tipo2 insulino-tratadas relativamente à dieta, ao exercício físico e à adesão terapêutica, na consulta do serviço de Endocrinologia do Hospital da Universidade de Coimbra.

Os resultados farão parte da dissertação de Tese a grau de Mestre da Farmacêutica Maria Célia Lourenço Patrão, a frequentar o Mestrado em Saúde Pública na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, sob a orientação da Sr. Professor Dr. João Relvas, director do serviço de Psiquiatria, e sob a co-orientação da Sra. Prof. Dra. Manuela Carvalheiro, directora do serviço de Endocrinologia do referido Hospital.

Este estudo contribuirá para conhecer melhor as pessoas diabéticas tipo 2 insulino-tratadas, que frequentam a consulta de Endocrinologia do hospital da universidade de Coimbra, onde o objectivo máximo será poder melhorar a qualidade de vida do paciente.

A sua participação no estudo é inteiramente voluntária, consistindo em aceitar responder a uma entrevista sobre os assuntos acima referidos e é-lhe garantida a confidencialidade da sua identidade.

Agradeço a sua colaboração.

(Maria Célia Lourenço Patrão)

.....

Nome:

Declara que concorda com o que lhe foi proposto e explicado pela Farmacêutica, que assina este documento e que consente livre e esclarecidamente em participar no estudo acima mencionado.

Coimbra, ____/____/____

(Assinatura)

Ex.mo Sr. Director

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Maria Célia Brandão Martins Lourenço de Almeida Patrão, aluna do Curso de Mestrado em Saúde Pública a decorrer na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, vem por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para desenvolver um trabalho de investigação no Serviço de Endocrinologia do Hospital da Universidade de Coimbra, que se destina à dissertação da Tese de candidatura a grau de Mestre.

O estudo que pretende desenvolver tem por objectivo aprofundar os conhecimentos sobre “Auto-Eficácia em pessoas com Diabetes Mellitus tipo2 insulino-tratadas”, relativamente à dieta, ao exercício físico e à adesão terapêutica na administração de insulina. Para tal, irá recorrer à escala de auto-eficácia na Diabetes (SEDS), adaptação de M. Graça Pereira & Paulo Almeida (2003) e ao inquérito sócio demográfico e clínico elaborado pela própria aluna de Mestrado.

Compromete-se ao sigilo e anonimato das respostas, bem como à divulgação dos resultados no respectivo serviço do Hospital.

Agradece a atenção dispensada, estando disponível para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente, os meus respeitosos cumprimentos.

Pede deferimento,

Coimbra, 10 de Março de 2011

