

Autoeficácia, locus de controle e adesão ao tratamento em pacientes com diabetes tipo 2

Self-efficacy, locus of control and adherence to treatment in patients with type 2 diabetes

Carla Mayra de Jesus Santos¹

André Faro²

Universidade Federal de Sergipe

RESUMO

O presente estudo analisou a influência das variáveis autoeficácia e locus de controle no tratamento dos pacientes com diabetes. Participaram 55 indivíduos com diabetes tipo 2, acompanhados pelas equipes de Saúde da Família da Atenção Básica, do município de Itabaiana (SE). Eles responderam a questões sociodemográficas, clínicas e a três escalas sobre autocuidado em diabetes, autoeficácia e locus de controle. Na análise de dados foi feita uma regressão logística para a identificação dos principais preditores da adesão. Dentre os achados, destacou-se o poder preditivo das variáveis autoeficácia e locus de controle interno diante da adesão ao tratamento dos pacientes com diabetes tipo 2. Ao final, discute-se a importância de serem consideradas as crenças e percepções dos indivíduos em relação aos comportamentos referentes à adaptação e adesão ao tratamento no diabetes.

Palavras-chave: diabetes; autoeficácia; locus de controle; adesão ao tratamento.

ABSTRACT

The present study analyzed the influence of the variables self-efficacy and locus of control in the treatment of patients with diabetes. Fifty-five individuals with type 2 diabetes, accompanied by the Primary Care Family Health teams, from the city of Itabaiana (SE), participated in the study. They answered sociodemographic, clinical, and three-fold questions about self-care in diabetes, self-efficacy and locus of control. In the data analysis, a logistic regression was made to identify the main predictors of adherence. Among the findings, the predictive power of the variables self-efficacy and locus of internal control was highlighted in view of adherence to the treatment of patients with type 2 diabetes. At the end, it is discussed the importance of considering the

¹ Psicóloga pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Contato: carlamayrapsi@gmail.com.

² Universidade Federal de Sergipe. Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (DPS/UFS). Coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisas em Psicologia da Saúde (GEPPS/UFS). Contato: andre.faro.ufs@gmail.com.

individuals' beliefs and perceptions regarding the behaviors related to adaptation and adherence to treatment in diabetes.

Keywords: diabetes; self-efficacy; locus of control; adherence to treatment.

Atualmente, mais de 400 milhões de pessoas vivem com diabetes no mundo (*World Health Organization* [WHO], 2016). O Diabetes *Mellitus* (DM) é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos. O presente estudo trabalhou apenas com o DM 2, visto que é o tipo de maior prevalência no número total de diabetes, detectado em 90 a 95% dos casos no Brasil e que está aumentando exponencialmente, alcançando características epidêmicas em vários países (Sartorelli & Franco, 2003; Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD], 2016; WHO, 2016). Dentre os possíveis causadores ambientais, que interagem com os fatores genéticos do indivíduo, estão o sedentarismo, envelhecimento e dietas ricas em gorduras. Esse tipo de diabetes ocorre normalmente em indivíduos com idade acima de 40 anos, não excluindo a possibilidade de ocorrer em outra idade (SBD, 2016).

A falta de adesão no processo de autocuidado é reconhecida como uma das principais causas do surgimento de complicações em diabetes e como consequência tem-se custos econômicos, sociais e individuais (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2004). Por ser um tratamento complexo, exige-se um alto padrão de comportamento por parte do paciente e dessa forma o processo de adesão tende a ser afetado (Ortiz & Ortiz, 2007).

A adesão se apresenta de forma multidimensional, tornando-se assim um fenômeno bastante complexo, com a interação de fatores socioeconômicos; fatores relacionados ao tratamento; fatores relacionados ao paciente; fatores relacionados com a enfermidade e fatores relacionados com a equipe de saúde sanitária. No que diz respeito aos fatores relacionados ao paciente, estão suas crenças, percepções, conhecimentos sobre sua doença, atitudes, expectativas e motivação diante do tratamento (OMS, 2004).

No contexto do diabetes, os cuidados estão equilibrados entre dieta alimentar, exercícios físicos, ingestão de antidiabéticos orais e/ou injeções de insulina e automonitorização constante do nível de glicose no sangue com o

objetivo de gestão da doença (OMS, 2004; SBD, 2016). A não adesão ao tratamento em diabetes pode gerar consequências em longo prazo, podendo ser classificadas como microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia) e macrovasculares (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica), havendo uma expressiva morbimortalidade decorrente dessa não adesão, como por exemplo, cegueira e amputação de membros (Brasil, 2006).

O processo saúde-doença é estudado pela psicologia da saúde, a qual relaciona questões de prevenção e tratamento com fatores psicológicos. Sobre isso, sabe-se que a percepção de controle (locus de controle) que as pessoas possuem diante de seus comportamentos de maneira geral e especificamente sobre a saúde, é um importante determinante nas atitudes em relação à adesão (Almeida & Pereira, 2006). Além disso, o desempenho diante da demanda de autogestão no cuidado em diabetes é previsto pelas crenças individuais acerca das capacidades pessoais dos indivíduos (autoeficácia) (Al-Khawaldeh, Al-Hassan, & Froelicher, 2012).

Portanto, devido à complexidade do Diabetes *Mellitus*, incluindo as consequências decorrentes da não adesão ao tratamento, faz-se necessário uma investigação no que diz respeito aos fatores psicológicos que influenciam a adesão ao tratamento em diabetes. Explorar as crenças e expectativas desse público diante do controle da doença poderá colaborar para um melhor entendimento dos fatores relacionados com as dificuldades presentes no processo de adesão ao tratamento.

Autoeficácia

A percepção da autoeficácia é definida por Bandura (1994) como as crenças que o indivíduo possui de suas capacidades em produzir um determinado desempenho, o qual irá interferir em eventos de sua vida. Pessoas que possuem um alto nível de percepção de suas capacidades tendem a enxergar tarefas difíceis como desafios a serem feitos. Já aqueles que não acreditam em suas capacidades, acabam respondendo a essas tarefas como ameaças a serem evitadas.

No que diz respeito aos comportamentos relativos ao contexto saúde-doença, estes variam de acordo com a complexidade do tratamento e o número de atribuições necessárias. Assim, quanto mais complexas são as competências exigidas, se fazem mais necessárias as percepções de autoeficácia na execução do comportamento (Patrão, 2011).

Lócus de controle

O ser humano possui a característica de buscar o controle sobre os acontecimentos da sua vida, agindo de maneira que suas ações influenciem nos resultados obtidos (Almeida & Pereira, 2006). Ao lidar com as mudanças necessárias de comportamento para a adesão ao tratamento, o indivíduo pode justificar seus comportamentos através de fatores externos (ex.: destino) ou internos (ex.: não se alimentar corretamente). Com isso, esses indivíduos se posicionam em relação ao lócus de controle (Souza & Faro, 2015).

O conceito de Lócus de Controle (LC) foi introduzido por Julian B. Rotter, baseado na Teoria de Aprendizagem Social, a qual defende a predição do comportamento humano diante de situações específicas. De acordo com esse construto, as respostas que seguem as ações dos sujeitos podem ser determinadas pela própria conduta do sujeito (Lócus de Controle Interno) ou por determinantes externos a si, como o acaso, a sorte ou a ação de outras pessoas (Lócus de Controle Externo) (Linares, 2002).

Proposta do presente estudo

Diante do panorama apresentado, julgou-se importante conhecer aspectos psicológicos e comportamentais relacionados à adesão ao tratamento em diabetes, uma vez que suas crenças e percepções em relação à saúde podem interferir nos comportamentos referentes à adaptação e adesão ao tratamento necessário. O presente estudo teve como objetivo geral analisar como as variáveis autoeficácia, lócus de controle, sociodemográficas e clínicas influenciam no processo de autocuidado dos pacientes com diabetes tipo 2. Além disso, buscou-se identificar os principais preditores da adesão desses pacientes.

Método

Participantes

O estudo foi realizado no município de Itabaiana, através do intermédio das equipes de Saúde da Família da Atenção Básica que são acompanhadas pelo Núcleo de Apoio e Saúde da Família (NASF). A amostra foi composta por 55 indivíduos com Diabetes *Mellitus* tipo 2 de ambos os sexos que faziam acompanhamento com a equipe de Saúde da Família há mais de 6 meses. Os critérios para inclusão na pesquisa foram: diagnóstico de diabetes tipo 2 com idade entre 18 e 70 anos, que faziam uso de antidiabéticos orais ou insulina, não sendo possível a participação daqueles que possuíssem complicações crônicas (amputação, insuficiência dos rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos).

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e Clínico: Este instrumento conteve informações como a idade, o sexo, o grau de escolaridade, o tempo de diagnóstico e o tipo de tratamento.

Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD): o QAD questionário traduzido, adaptado e validado em sua versão brasileira possui seis dimensões com 15 itens de avaliação do autocuidado com o diabetes: regime alimentar, exercício físico, monitorização glicêmica, cuidado com os pés, tratamento medicamentoso (utilizados de acordo com o medicamento) e três itens para a avaliação do tabagismo, totalizando 17 itens. A pontuação varia de 0 a 7 para cada item, levando em consideração a frequência semanal, sendo zero a situação menos desejável e sete a mais favorável. A pontuação referente à dimensão resulta da média do número de dias dos itens de cada dimensão. Para cada item é gerado um valor médio de adesão que irá representar a adesão a determinado cuidado (Michels, Coral, Sakae, Damas, & Furlanetto, 2010). Na análise de confiabilidade do QAD, Michels et al. (2010) avaliaram a correlação inter-item e obtiveram valores que variaram bastante: 0,09 no Fator Medicação, 0,23 no fator Alimentação

Específica, 0,28 para Cuidado com os Pés, 0,61 para Alimentação Geral, 0,69 em Atividade Física e 0,86 para a Monitorização da Glicemia.

Para a presente pesquisa foram calculados os alfas de Cronbach de alguns fatores da QAD e se constatou, novamente, grande oscilação: Alimentação Específica ficou em 0,33, Cuidado com os Pés 0,46 e Alimentação Geral 0,93. Para o fator Medicação não foi calculada a confiabilidade, pois neste trabalho só se utilizou uma questão do instrumento original. Para os fatores Atividade Física, Tabagismo e Monitorização da Glicemia, optou-se por não calcular o alfa de Cronbach tendo em vista a elevada correlação entre os itens. Se calculada, a análise de confiabilidade levaria a um resultado inverossímil, enviesado pela multicolinearidade ou pela falta de variabilidade dos itens. Diante desses aspectos relativos à confiabilidade da QAD em sua versão original, nesta investigação, para fins de análise inferencial, os dados da escala foram reorganizados em dois estratos, tal com se descreve a seguir, na seção de resultados.

Versão brasileira do Diabetes *Self-EfficacyScale* (DSES): a DSES se trata de uma escala com 20 itens, do tipo Likert (Com certeza sim; Provavelmente sim; Não sei; Provavelmente não; Com certeza não), os quais questionam o quanto o sujeito se sente capaz de desempenhar determinado comportamento de autocuidado em diabetes. O instrumento traduzido, adaptado e validado teve como coeficiente de alfa de Cronbach 0,78 para a escala total (Pace et al., 2017; Tedeschi, 2014).

Escala de Lócus de Controle Multidimensional de Levenson (MHLC) - A MHLC é composta por 18 itens, com cinco opções de respostas apresentadas na forma Likert, como se segue: 1 (discordo totalmente); 2 (discordo em parte); 3 (Indeciso); 4 (concordo em parte); 5 (concordo totalmente). Os escores variam de 6 a 30 pontos, em que quanto maior o valor, menor é a crença desse fator sobre o controle da sua saúde. Três dimensões são medidas como fonte de controle da saúde: si mesmo (internalidade), o acaso e outros poderosos (ambos externalidade). A MHLC foi validada para o Brasil por Rodrigues-Rosero, Ferriani e Dela Coleta (2002), tendo os seguintes valores de confiabilidade (alfa de Cronbach): lócus interno 0,53; lócus acaso 0,71 e lócus

outros poderosos 0,72. No presente estudo, os valores de alfa ficaram em 0,43 para o fator internalidade, 0,59 para o fator acaso e 0,52 para o fator outros poderosos. Adicionalmente, também foi calculado o valor de alfa para a MHLC completa, que ficou em 0,63.

Procedimentos e Aspectos Éticos

Entrou-se em contato com os enfermeiros e agentes de saúde de cada equipe de Saúde da Família para obtenção de dados dos pacientes com diabetes do município. Após análise dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos no presente estudo, os sujeitos foram contatados e foi marcada uma visita nas residências para a aplicação dos instrumentos. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe (UFS) (CAAE 62000116.9.0000.5546)

Análise dos dados

Inicialmente, foi realizada uma análise exploratório-descritiva para obtenção de frequências percentuais e absolutas, medianas, média e desvios-padrão. Para as análises estatísticas inferenciais, considerou-se como variável dependente a Adesão ao tratamento em nível categórico. Para tanto, criou-se um escore geral com as dimensões do autocuidado em diabetes, através da soma dos escores de cada dimensão. Por meio da análise de Regressão Logística Múltipla, verificou-se o poder preditivo das variáveis independentes (sociodemográficas, clínicas e psicológicas) sobre a adesão. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

Resultados

A amostra teve maioria do sexo feminino (76,4%; $n = 42$) e em média 57 anos de idade [Desvio-Padrão (DP) = 9,32]. No geral, os participantes não moravam sozinhos (90,9%; $n = 50$), eram casados (61,8%; $n = 34$) e não trabalhavam (72,7%; $n = 40$). A maior parte tinha escolaridade até o ensino fundamental (92,7%; $n = 51$) e declarava seguir alguma religião (94,5%; $n = 52$). No que tange às questões clínicas, 30,9% ($n = 17$) possuíam apenas

diabetes como doença crônica, 69,1% ($n = 38$) também sofriam de hipertensão e 83,6% ($n = 46$) usavam apenas comprimidos para o tratamento. A média do tempo de diagnóstico foi de 8,9 anos ($DP = 8,05$). Mais da metade (63,6%; $n = 35$) não possuía glicosímetro.

Em relação ao questionário de autocuidado, os escores de cada dimensão são resultantes do valor médio de adesão a determinado cuidado, o qual é gerado por meio da quantidade de dias assinalada nos itens que formam cada dimensão. Logo, os valores para cada dimensão ficaram: Alimentação geral igual a 4,19 dias ($DP = 2,50$), Alimentação específica com 4,73 ($DP = 1,18$), Atividade física com 1,68 ($DP = 2,40$), Monitorização da glicemia igual a 0,25 ($DP = 0,96$), Cuidado com os pés igual a 3,36 ($DP = 1,83$) e Medicação com valor igual a 6,81 ($DP = 0,96$).

A partir desses valores se dicotomizou cada dimensão que, então, passaram a se apresentar da seguinte forma: Alimentação geral com 56,4% ($n = 31$), Cuidado com os pés com 50,9% ($n = 28$) e Medicação com 96,4% ($n = 53$), com prevalência das pontuações acima da média de dias de cuidado. As dimensões Alimentação específica (52,7%; $n = 29$), Atividade física (63,6%; $n = 35$) e Monitorização da glicemia (76,4%; $n = 42$) tiveram predomínio das pontuações abaixo ou igual à média de dias. Vale ressaltar que na dimensão Medicação, a qual é composta por três itens, considerou-se apenas o primeiro item na construção do escore, pois ele trabalha de forma geral o esquema medicamentoso, não restringindo o tipo de medicação utilizada (insulina ou comprimido). Quanto ao Tabagismo, 92,7% ($n = 51$) não fumavam.

No que diz respeito à escala de autoeficácia, sua média de escore total foi de 1,87 ($DP = 0,76$), sendo que, quando categorizado em dois estratos, 50,9% ($n = 28$) dos participantes ficaram acima dessa média. Sobre a escala de locus de controle (MHLC), suas dimensões apresentaram as seguintes médias: Internalidade [IHLC] ($M = 26,18$; $DP = 2,82$), Externalidade – Outros Poderosos [PHLC] ($M = 20,41$; $DP = 4,97$) e Externalidade – Acaso [CHLC] ($M = 22,14$; $DP = 4,95$). Após categorizar cada dimensão em dois grupos, tendo a média como ponte de corte, obtiveram-se as seguintes proporções acima da média nas três dimensões: IHLC 52,7% ($n = 29$), PHLC 50,9% ($n = 28$) e CHLC

50,9% ($n = 28$). Na Tabela 1 consta a síntese das informações das variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra.

Tabela 1 - *Regressão Logística para a Adesão ao Tratamento de Pacientes com Diabetes Tipo 2. Itabaiana, Sergipe, 2017*

Variáveis	Categorias	F% (n)	p	Exp(B) (IC 95%) Maior adesão ao tratamento
Religião	Católica	72,7 (40)	<0,001	4,3 (2,55 – 7,24)
	Outras (Evangélica, Espírita, sem religião)	27,3 (15)	-	1
Doença crônica	Diabetes	30,9 (17)	-	1
	Diabetes e Hipertensão	69,1 (38)	0,023	1,8 (1,08 – 3,10)
Tempo de diagnóstico	Abaixo ou igual à média	61,8 (34)	<0,001	3,8 (2,24 – 6,43)
	Acima da média	38,2 (21)	-	1
Glicosímetro	Possuíam	36,4 (20)	0,033	1,7 (1,04 – 2,80)
	Não possuíam	63,6 (35)	-	1
Autoeficácia	Abaixo ou igual à média	50,9 (28)	-	1
	Acima da média	49,1 (27)	<0,001	13,0 (7,51 – 21,9)
Locus de controle (IHLC)	Abaixo ou igual à média	47,3 (26)	0,001	2,3 (1,41 – 3,93)
	Acima da média	52,7 (29)	-	1

Sobre os resultados das análises de regressão logística, o modelo atendeu aos critérios de adequação da solução ($-2ll$ inicial = 654,334 e $-2ll$ final = 538,514; $\Delta -2ll = 115,82$, com variância explicada em 44,3% (*Nagelkerke* = 0,443) e preditiva de casos corretos em 78,2 %. Considerando a adesão como variável dependente, criou-se um escore geral a partir das dimensões do autocuidado.

No que diz respeito aos dados sociodemográficos e clínicos, as variáveis Religião, Doença crônica, Tempo de diagnóstico e Glicosímetro apresentaram associação significativa em relação à adesão (Tabela 1). Aqueles que declararam seguir a religião católica ($OR = 4,0$; $p < 0,001$) e que além do diabetes, possuíam hipertensão ($OR = 1,8$; $p = 0,023$), apresentaram respectivamente quatro e quase duas vezes mais chances de compor o grupo com maior adesão. Ademais, os indivíduos com tempo de diagnóstico menor que oito anos ($OR = 2,3$; $p < 0,001$) e que tinham glicosímetro ($OR = 3,9$; $p <$

0,001) apresentaram, respectivamente, em torno de duas e de quatro vezes mais chances de se mostrarem com adesão acima da média.

Quanto aos aspectos psicológicos, as variáveis que se apresentaram preditoras quanto à adesão ao tratamento foram Locus de controle – Internalidade [IHLC] ($OR = 2,3$; $p = 0,001$) e Autoeficácia ($OR = 12,8$; $p < 0,001$). No que diz respeito à autoeficácia, o grupo preditor de maior adesão foram aqueles com pontuação acima da média do escore geral, ou seja, os indivíduos que apresentaram maior percepção de autoeficácia exibiram quase treze vezes mais chances de compor o grupo com maior adesão ao tratamento do diabetes (Tabela 1).

Quanto ao IHLC (Internalidade), os participantes que apresentaram maior poder preditivo de adesão foram os que alcançaram pontuação abaixo ou igual à média do escore dessa variável ($M = 26,18$; $DP = 2,82$), sabendo-se que quanto menor o valor da pontuação do sujeito, maior é a crença de que essa dimensão controla sua saúde. Assim, aqueles com maiores locus de controle interno possuíram duas vezes mais chances de compor o grupo de adesão.

Discussão

Quanto à adesão, viu-se que os participantes ficaram acima da média nas dimensões Alimentação geral, Cuidado com os pés e Medicação, ficando abaixo da média nas dimensões Alimentação específica, Atividade física e Monitorização da glicemia. Isso demonstra o fato da adesão não ser unidimensional, já que os indivíduos podem desempenhar de forma favorável algumas recomendações e outras não (Delamater, 2006). Noutras palavras, o achado mostra a importância de trabalhar a adesão como um conjunto de comportamentos, os quais precisam estabelecer relações para obter bons resultados diante do controle glicêmico.

Apesar de 96,4% da amostra ter apresentado pontuação acima da média na dimensão Medicação, é importante destacar que para alcançar uma boa adesão se faz necessário ir além do tratamento apenas medicamentoso (Molena-Fernandes, Junior, Tasca, Pelloso, & Cuman, 2005). Este dado pode

ser explicado pelo fato de que além das dificuldades em estabelecer mudanças no estilo de vida, tais como a prática de exercício físico e uma dieta alimentar adequada, que são indispensáveis ao controle do diabetes, a adesão ainda é associada ao uso correto das medicações prescritas, o que ocorre em detrimento a outras dimensões do cuidado (Boas, 2009; Maldaner, Beuter, Brondani, Budó, & Pauletto, 2008).

Nas questões sobre alimentação, os participantes obtiveram pontuação acima da média de adesão no que se referiu a Alimentação geral e pontuação abaixo ou igual à média na dimensão Alimentação específica. Essa diferença de adesão entre as duas dimensões pode ser esclarecida pelo fato da dimensão Alimentação Geral avaliar a adesão alimentar de forma ampla (Michels et al., 2010). Assim, não é possível afirmar que a dieta entendida como saudável pelos participantes seja a dieta recomendada pelos profissionais de saúde.

Quando perguntado de maneira específica (Alimentação específica) acerca do consumo de certos alimentos (frutas, vegetais, carnes vermelhas e doces), notou-se que a ausência de um conhecimento mais específico sobre quais alimentos não podem ser consumidos pode ter sido o que causou baixa adesão. Foi possível observar que a maioria dos participantes afirmou não ter recebido orientação acerca da alimentação de forma mais detalhada através de um profissional, como por exemplo, um nutricionista.

Além da alimentação específica, o presente estudo constatou baixa adesão dos pacientes com diabetes em relação à atividade física, tendo ficado em torno de 65% o número de participantes abaixo ou igual à média de adesão. Tal dado significa maiores chances de haver consequências em longo prazo relacionadas ao diabetes. Embora a atividade física seja reconhecida como parte do tratamento do diabetes por proporcionar benefícios como aumento da sensibilidade à insulina e maior tolerância à glicose no organismo, auxiliando no controle glicêmico, a baixa adesão diante da atividade física dessa amostra pode ser justificada pela grande prevalência do sedentarismo em pacientes com diabetes tipo 2 (Boas, 2009; Boas et al., 2011; Galvin,

Navarro & Greatti, 2014; Molena-Fernandes et al. 2005; Silva & Lima, 2002; Turi, Codogno, Fernandes, & Monteiro, 2011).

Outra dimensão importante da adesão por diabéticos é o cuidado com os pés, considerada complexa por necessitar de auxílio e responsabilidade tanto por parte do paciente, quanto dos profissionais e familiares. Tal cuidado tem como intuito prevenir lesões nos membros inferiores, havendo um maior controle da doença e práticas adequadas direcionadas aos pés e unhas (Ochoa-Vigo & Pace, 2005). Aqui, somente metade dos participantes apresentou pontuação acima da média de adesão, o que significa diminuição dos riscos de complicações, principalmente nos membros inferiores desses indivíduos.

No que diz respeito ao autocuidado em diabetes, sabe-se que é necessário monitorar o açúcar no sangue para obter informações que irão ajudar na gestão por parte do paciente e alcançar um melhor resultado terapêutico (Gagliardino et al., 2011). Sobre isso e em relação aos resultados da Regressão Logística, vale salientar que a variável Glicosímetro se mostrou com maior predição diante da adesão ao tratamento na análise de regressão logística, sendo que os pacientes que possuíam o aparelho de medir a glicemia apresentaram quatro vezes mais chances de aderir ao tratamento. Porém, é necessário também pontuar que a amostra deste trabalho apresentou baixa adesão na dimensão Monitorização da glicemia (76,4%), ou seja, uma dissonância aparente entre os achados.

Tal diferença pode ser avaliada sob a informação de que a maioria dos participantes não possuía o glicosímetro e relataram que isso ocorre por não receberem o aparelho do município, além de que não podiam comprá-lo, já que o custo das Tiras testes utilizadas pode ser considerado alto. Dessa forma, nota-se que os indivíduos desta pesquisa estão sujeitos a um mau controle glicêmico, visto que através da monitorização da glicemia é possível compreender melhor a relação existente entre medicação, dieta, atividade física e a variação glicêmica (Odegard & Beach, 2008).

A segunda variável que apresentou maior poder de predição da adesão foi Religião. Pode-se observar que os pacientes que declararam seguir a

religião católica possuíam quatro vezes mais chances de compor o grupo com adesão. De acordo com Duarte e Wanderley (2011), a religião é usada frequentemente como enfrentamento de eventos estressores, além de exercer forte influência sobre a saúde física (Guimarães & Avezum, 2007).

O Tempo de diagnóstico foi a terceira variável com maior valor preditivo, demonstrando que aqueles que possuíam menos que oito anos com o diagnóstico de diabetes apresentaram duas vezes mais chances de aderirem melhor ao tratamento. Isso pode ser explicado pelo impacto que o diagnóstico pode ocasionar na ação do cuidado e como isso pode se modificar à medida que o tempo vai passando (Miaskowski, Shockney & Chlebowski, 2008).

A quarta variável preditora da adesão foi Doença Crônica, em que os pacientes que possuíam hipertensão, além do diabetes, apresentaram quase duas vezes mais chances de se mostrarem com adesão acima da média. Tal fato pode estar relacionado com a percepção de risco diante da presença de mais de uma doença, ou seja, o paciente pode passar a se preocupar mais com sua saúde a partir do momento em que ao ter outra doença crônica há indicação de maior gravidade do seu estado de saúde. Sendo assim, a percepção de gravidade da doença pode levar a uma melhor adesão (Ferreira, Silva & Botelho, 2005).

Quanto aos aspectos psicológicos, mostraram-se preditores de adesão a autoeficácia e o locus de controle – Internalidade (IHLC). Nesta pesquisa viu-se que metade da amostra apresentou pontuação acima da média diante da variável autoeficácia frente aos comportamentos de adesão do diabetes. Isso significa dizer que apesar da complexidade exigida no gerenciamento dos cuidados, metade dos participantes possuíam a percepção de serem capazes de desempenhar as ações necessárias para um plano terapêutico efetivo.

O grupo da amostra com maior adesão apresentou treze vezes mais chances de ter uma alta percepção da autoeficácia, sendo esta a principal variável com poder preditivo nesta investigação. Ou seja, os participantes que apresentaram pontuação da autoeficácia acima da média possuíam maiores chances de aderir melhor ao tratamento. Isso significa dizer que para que haja mudanças comportamentais dos pacientes com diabetes, é necessário que

haja uma maior percepção sobre suas capacidades pessoais. Nota-se que os indivíduos que possuem maior autoeficácia estão mais passíveis a mudanças no estilo de vida (Bandura, 2004) e em função disso podem exercer melhor os comportamentos necessários para o tratamento. Cabe ressaltar que para que aconteçam essas mudanças, o paciente precisa conhecer a respeito de como seus hábitos afetam sua saúde, sendo possível alterar os comportamentos prejudiciais (Bandura, 2004). Assim, para existir a autoeficácia, torna-se necessário o conhecimento sobre as atitudes que devem ser tomadas no processo de autocuidado do diabetes.

Em relação ao locus de controle, a amostra obteve pontuação acima da média nas três dimensões (Internalidade, Externalidade-outros poderosos e Externalidade-acaso), mas foi a dimensão de Internalidade [IHLC] que se apresentou como preditora de adesão em diabetes. Os participantes que demonstraram locus de controle interno possuíram duas vezes mais chances de compor o grupo com maior adesão. Posto isso, os indivíduos que se perceberam como controladores dos acontecimentos relacionados ao autocuidado estavam mais sujeitos a aderir melhor ao tratamento. As percepções que os indivíduos possuem sobre o controle da sua própria saúde, independentemente se estas percepções são verdades ou não, são geralmente os principais determinantes do seu comportamento em saúde (Wallston, 1992). Sendo assim, a percepção individual quanto ao controle das ações voltadas para o autocuidado em diabetes pode interferir mais na adesão ao tratamento do que a própria ação em si.

Algumas limitações advindas desta pesquisa devem ser registradas. A primeira limitação foi o difícil acesso aos participantes do sexo masculino, o que fez com que a amostra tenha ficado com um maior número do feminino. Esse fato pode ser justificado pelo fato de que na coleta, a qual foi domiciliar e por conveniência, eles não se encontravam em suas residências e alguns recusaram a participação. Outra limitação foi a ausência de questionamento sobre os fatores econômicos dos participantes, uma vez que essa variável pode ter forte influência diante das práticas de autocuidado, havendo a

possibilidade de entender melhor as justificativas sobre a não adesão alimentar e de monitorização da glicemia.

Dentre os achados deste estudo, destacam-se as relações entre as variáveis autoeficácia e locus de controle interno com a adesão ao tratamento do diabetes. Assim, notou-se que a percepção das capacidades e do controle das ações voltadas para o autocuidado se comportaram como fatores relevantes para a efetividade do tratamento do diabetes, devendo ser consideradas em pesquisas e em intervenções de caráter educativo e preventivo, voltadas para o autocuidado em diabetes. Além disso, foi possível perceber a importância da monitorização da glicemia como procedimento do cuidado, visto que se constatou que possuir o glicosímetro foi um forte preditor da adesão.

Referências

- Al-Khawaldeh, O. A., Al-Hassan, M. A., & Froelicher, E. S. (2012). Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*, 26(1), 10-16. doi: 10.1016/j.jdiacomp.2011.11.002.
- Almeida, J. P., & Pereira, M. G. (2006). Locus de controle na saúde: Conceito e validação de uma escala em adolescentes com diabetes tipo I. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(2), 221-238.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. *Encyclopedia of Human Behavior*, Vol. 4, 71-81. New York: Academic Press.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164. doi: 10.1177/1090198104263660.
- Boas, L. C. G. V. (2009). *Apoio social, adesão ao tratamento e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus tipo 2*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo. doi: 10.11606/D.22.2009.tde-18082009-125600.
- Boas, L. C. G. V., Foss, M. C., Foss-Freitas, M. C., Torres, H. D. C., Monteiro, L. Z., & Pace, A. E. (2011). Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto Contexto Enfermagem*, 20(2), 272-279.
- Brasil. Ministério da Saúde (BR). (2006). *Diabetes Mellitus*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília.

- Delamater, A. M. (2006). Improving patient adherence. *Clinical Diabetes*, 24(2), 71-77. doi: <https://doi.org/10.2337/diaclin.24.2.71>.
- Duarte, F. M., & Wanderley, K. D. S. (2011). Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(1), 49-53.
- Ferreira, S. M. B., da Silva, A. M. C., & Botelho, C. (2005). Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá-MT-Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 31(5), 427-435. doi: 10.1590/S1806-3713200500050001.
- Gagliardino, J. J., Turatti, L., Davidson, J. A., Guzmán, J. R., Limones, R. C., & Hernández, N. R. (2011). Manual de automonitoreo de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD). *Consensos ALAD*, 53(5), 126-32.
- Galvin, E. A., Navarro, F., & Greatti, V. R. (2014). A importância da prática do exercício físico para portadores de Diabetes Mellitus: Uma revisão crítica. *SALUSVITA*, Bauru, 33(2), 209-222.
- Guimarães, H. P., & Avezum, A. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(supl 1), 88-94.
- Linares, E. J. (2002). *Los juicios de control sobre los agentes de salud: Variable moduladora de la calidad de vida de los enfermos de cáncer de pulmón avanzado sometidos a tratamiento paliativo*. Tese de Doutorado, Universidade Autônoma de Barcelona. doi: <http://hdl.handle.net/10803/4737>.
- Maldaner, C. R., Beuter, M., Brondani, C. M., Budó, M. D. L. D., & Pauletto, M. R. (2008). Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: O doente em terapia hemodialítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(4), 647.
- Miaskowski, R. N. C., Shockney, R. N. L., & Chlebowski, R. T. (2008). Adherence to oral endocrine therapy for breast cancer: A nursing perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(2), 213.
- Michels, M. J., Coral, M. H. C., Sakae, T. M., Damas, T. B., & Furlanetto, L. M. (2010). Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes: Tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 54(7), 644-51.
- Molena-Fernandes, C. A., Junior, N. N., Tasca, R. S., Pelloso, S. M., & Cuman, R. K. N. (2005). A importância da associação de dieta e de atividade física na prevenção e controle do Diabetes mellitus tipo 2. *Acta Scientiarum Health Science*, 27(2), 195-205.
- Ochoa-Vigo, K., & Pace, A. E. (2005). Pé diabético: Estratégias para prevenção. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(1), 100-9.

- Odegard, P. S., & Beach, J. R. (2008). Blood glucose monitoring: a practical guide for use in the office and clinic setting. *Diabetes Spectrum*, 21(2), 100-111. doi: 10.2337/diaspect.21.2.100.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*.
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135, 647-652. doi: 10.4067/S0034-98872007000500014.
- Pace, A. E., Gomes, L. C., Bertolin, D. C., Loureiro, H. M. A. M., Van Der Bijl, J., & Shortridge-Baggett, L. M. (2017). Adaptação e validação da Diabetes Management Self-efficacy Scale para a língua portuguesa do Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 2861. doi: 10.1590/1518-8345.1543.2861.
- Patrão, M. C. L. (2011). *Auto-eficácia em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 insulinotratadas*. Tese de Doutorado, Universidade de Coimbra. doi: <http://hdl.handle.net/10316/20397>.
- Rodríguez-Rosero, J. E., Ferriani, M. D. G. C., & Coleta, M. F. D. (2002). Escala de locus de controle da saúde-MHLC: estudos de validação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(2), 179-184.
- Sartorelli, D. S., & Franco, L. J. (2003). Tendências do diabetes mellitus no Brasil: O papel da transição nutricional. *Caderno de Saúde Pública*, 19(s1).
- Silva, C. A. D., & Lima, W. C. D. (2002). Efeito benéfico do exercício físico no controle metabólico do diabetes mellitus tipo 2 à curto prazo. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 46(5), 550-556.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. (2015-2016). *Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes*. São Paulo: A.C. Farmacêutica.
- Souza, G. S., & Faro, A. (2015). Adesão ao tratamento e locus de controle em hipertensos. *Veredas Favip-Revista Eletrônica de Ciências*, 8(1), 5-19.
- Tedeschi, G. B. D. (2014) *Autoeficácia das pessoas com diabetes mellitus tipo 2, em seguimento ambulatorial, para o cuidado com a doença*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo. doi: 10.11606/D.22.2015.tde-29052015-192101.
- Turi, B. C., Codogno, J. S., Fernandes, R. A., & Monteiro, H. L. (2011). Associação entre doenças crônicas em adultos e redução dos níveis de atividade física. *Medicina (Ribeirao Preto Online)*, 44(4), 389-395. doi: 10.11606/issn.2176-7262.44(4)389-395.

Wallston, K. A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 183-199.

World Health Organization. (2016). Diabetes country profiles: WHO. Recuperado em 7 set. 2016: <http://www.who.int/diabetes/country-profiles/en/>