



Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento



**INDICADORES EMOCIONAIS, QUALIDADE DE VIDA E ADEÇÃO
AO TRATAMENTO EM ADULTOS COM DIABETES TIPO 2**

LUCIANE RAMOS

Belém - Pará

2013



Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento



INDICADORES EMOCIONAIS, QUALIDADE DE VIDA E
ADESÃO AO TRATAMENTO EM ADULTOS COM DIABETES
TIPO 2

LUCIANE RAMOS

Matrícula No. 200900980009

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Teoria e
Pesquisa do Comportamento, sob a
Orientação da Profa. Dra. Eleonora Arnaud
Pereira Ferreira

Pesquisa parcialmente financiada pela CAPES, por meio de bolsa de doutorado e
FAPESPA (Edital N° 003/2008, Processo N° 102/2008).

Belém - Pará

2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFPA

Ramos, Luciane, 1970-

Indicadores emocionais, qualidade de vida e
adesão ao tratamento em adultos com diabetes
tipo 2 / Luciane Ramos. - 2013.

Orientadora: Eleonora Arnaud Pereira
Ferreira.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do
Pará, Núcleo de Teoria e Pesquisa do
Comportamento, Programa de Pós-Graduação em
Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém, 2013.

1. Diabetes. 2. Qualidade de vida. I. Título.

CDD 23. ed. 616.462



TESE DE DOUTORADO

“Indicadores Emocionais, Qualidade de Vida e Adesão ao Tratamento em Adultos com Diabetes Tipo 2”

Candidata: Luciane Ramos

Data da Defesa: 05 DE Abril de 2013.

Resultado: APROVADA.

Banca examinadora:

Eleonora Ferreira

Prof^ª. Dr^ª. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira (UFPA), Orientadora.

Enise Cássia Abdo Najjar

Prof^ª. Dr^ª. Enise Cássia Abdo Najjar (UEPA), Membro.

Fabiana Coelho

Prof^ª. Dr^ª. Fabiana Coelho Pereira (ESAMAZ), Membro.

Silvia Canaan Stein

Prof^ª. Dr^ª. Silvia Canaan-Stein (UFPA), Membro.

Olívia Misae Kato

Prof^ª. Dr^ª. Olívia Misae Kato (UFPA), Membro.

Dedico este trabalho a todos os pesquisadores que buscam incessantemente o conhecimento científico para minimização dos problemas humanos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a CAPES e a FAPESPA pelo apoio financeiro na concretização deste trabalho.

À minha família por acreditar sempre no meu potencial, mesmo nas condições mais adversas da vida.

Aos meus pais Maria Celeste e Raimundo Da Luz pelo incentivo, carinho e dedicação.

Aos meus filhos, Fernanda, Marcelo e Mônica, agradeço pela simples presença de existirem e me fazerem aprender tantas coisas.

À direção da Unidade Básica de Saúde por aceitar a realização desta pesquisa em suas dependências e especialmente à Maria Goreth Arbage que possibilitou todos os mecanismos para a realização da coleta dos dados.

À Professora Eleonora Ferreira, modelo de pessoa e profissional, pelo apoio incondicional na condução deste trabalho, fazendo dela mais que uma orientadora, mas uma amiga pronta para ajudar nos momentos que precisei.

Aos professores Grauben José Alves de Assis e Olivia Misae Kato pelas valiosas contribuições durante a qualificação.

Aos amigos Mariene Casseb, Michele Malcher, Patrícia Neder, Enise Najjar, Flora Barbosa, Clotilde Sant'Ana, Niele Albuquerque, Nilda Barata e Aryanne Monteiro pelo carinho, respeito e incentivo em todos os momentos.

Aos auxiliares de pesquisa Elizabeth Araújo e Leonardo Costa pela colaboração na coleta dos dados.

À Daniela Lopes Gomes pela amizade e parceria na análise dos dados dos Índices de Adesão à Dieta (IADs), em que o apoio de uma nutricionista foi imprescindível.

Agradeço imensamente aos participantes da pesquisa pela confiança em abrir os espaços de seus lares para a realização deste estudo.

Agradeço aos amigos do CRAS Quilombola Rosélia Da Rosa, Iricina Aviz, Josivaldo Pantoja, Célia Macedo e Meire Lobato por compartilharem comigo muitas experiências gratificantes ao longo desses meses.

E a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para que tudo desse certo, muito obrigada!

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	i
AGRADECIMENTOS	ii
SUMÁRIO	iii
LISTA DE TABELAS	iv
LISTA DE FIGURAS	v
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	vi
RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUÇÃO	1
Fatores emocionais no manejo do diabetes	2
Adesão ao tratamento do diabetes	8
Contribuições da Análise do Comportamento para a adesão ao tratamento	10
OBJETIVOS	13
Geral	13
Específicos	13
MÉTODO	14
Participantes	14
Ambiente	14
Instrumentos	15
Procedimento	17
Análise de dados	21
RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
Estudos de Caso	40
Condição A	40
Condição B	46
Condição C	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	59
ANEXOS	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Características sociodemográficas e clínicas dos participantes nas três condições	23
Tabela 2.	Frequência do comportamento alimentar relatados por meio de registros de adesão à dieta pelos participantes da Condição A (n=35)	27
Tabela 3.	Frequência de sintomas de depressão relatados por meio de registros do protocolo de enfrentamento de depressão pelos participantes da Condição A (n=35)	28
Tabela 4.	Frequência de sintomas de estresse/ansiedade relatados por meio de registros do protocolo de enfrentamento de estresse/ansiedade pelos participantes da Condição A (n=35)	29
Tabela 5.	Mudanças nos indicadores emocionais de estresse, depressão e ansiedade obtidos em linha de base e ao final da pesquisa com os participantes das três condições.	31
Tabela 6.	Percepção sobre qualidade de vida pelos participantes das três condições obtida por meio do Questionário SF-36 aplicado em linha de base	36
Tabela 7	Percepção sobre qualidade de vida pelos participantes das três condições obtidas por meio do Questionário SF-36 aplicado na etapa pós-intervenção	38

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Valores da Hemoglobina glicada obtidos em linha de base e ao final da pesquisa com os participantes das três condições 33
- Figura 2. Médias do Índice de Adesão à Dieta (IAD) dos participantes das três condições obtidas em linha de base e após a intervenção 34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA - American Diabetes Association

A1C - Hemoglobina Glicada

BAI – Inventário de Ansiedade Beck

BDI – Inventário de Depressão Beck

CEP/NMT – Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale

IAD – Índice de Adesão à Dieta

IDATE - Inventário de Ansiedade Traço-Estado

ISSL - Inventário de Sintomas de Stress de Lipp

QV - Qualidade de vida

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes

SF-36 - Questionário de qualidade de vida

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

WHO - World Health Organization

Ramos, L. (2013). *Indicadores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes Tipo 2*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém: UFPA.

RESUMO

O tratamento do diabetes envolve mudanças no estilo de vida dos pacientes. Cuidados como automonitorização da glicemia, prática regular de atividade física, administração de medicamentos/insulina e a adoção de uma alimentação saudável são importantes para manter os níveis glicêmicos estabilizados e prevenir as complicações crônicas. Em razão da complexidade do tratamento, indicadores emocionais como estresse, ansiedade e depressão têm sido apontados pelos estudiosos como relacionados às dificuldades de adesão do paciente, o que levaria às complicações da doença, justificando estudos nesta área. O presente estudo comparou os efeitos de três procedimentos sobre indicadores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2 (treino de automonitorização com feedback, recordatório 24 horas e rotina do tratamento). Verificou-se a relação entre essas variáveis antes e após os participantes serem submetidos aos procedimentos. Utilizou-se delineamento quase experimental, no qual participaram nove adultos selecionados de um estudo anterior (Estudo 1: Relação entre estados emocionais e adesão ao tratamento em adultos com diabetes). Foram selecionados participantes com presença de estresse, ansiedade e/ou depressão associados à baixa adesão ao tratamento do diabetes Tipo 2. Os participantes foram distribuídos em três condições: (A) Automonitorização, (B) Recordatório 24 horas e (C) Rotina. Na Condição A, três participantes foram submetidos a um treino de automonitorização com feedback para análise de contingências relacionadas a resolução de problemas na adesão ao tratamento. Na Condição B, três participantes foram submetidos ao uso do Recordatório 24 horas, por meio do qual descreviam os comportamentos de adesão ao tratamento emitidos no dia anterior à entrevista. Na Condição C, três participantes foram submetidos somente à rotina do atendimento em uma unidade básica de saúde. Todos foram avaliados quanto aos indicadores emocionais (ISSL, BDI e BAI), qualidade de vida (SF-36) e à adesão ao tratamento (A1C) ao início e ao final da pesquisa. Os resultados do estudo mostraram que, em linha de base, os participantes apresentaram níveis elevados de estresse ($n=6$), depressão ($n=6$), ansiedade ($n=4$), percepção negativa de qualidade de vida ($n=6$) e baixo índice de adesão à dieta ($M= 47,45$). Ao longo do estudo foi observada diminuição nos valores de hemoglobina glicada dos três participantes da Condição A (A1, A2 e A3) e nos indicadores emocionais (A1 e A3). Em relação à qualidade de vida, observou-se mudança na percepção de A3, B1, B2 e C3. Observou-se que não ocorreram mudanças na adesão à dieta e à atividade física (com exceção do participante B2), independentemente da condição à qual o participante foi submetido. Esses dados sugerem que o procedimento de automonitorização com feedback favoreceu a mudança de indicadores emocionais, valores de A1C e percepção de qualidade de vida, mas não produziu efeito sobre a adesão à dieta e à prática de atividade física regular.

Palavras-chave: indicadores emocionais, diabetes, qualidade de vida, adesão ao tratamento.

Ramos, L. (2013). *Emotional, quality of life and adherence in treatment in adult with diabetes type 2*. Doctoral Thesis. Graduate program in Behavior Theory and Research. Belém: UFPA.

ABSTRACT

Diabetes treatment involves changes in the patients' life style. Caution with glycemic self-monitoring, regular physical activity, medicine/ insulin administration and use of a healthy nutrition program are important to stabilize the body insulin levels and prevent against chronic complications. Due to the treatment complexity, emotional indicators such as stress, anxiety and depression have been pointed out by many researchers as difficulties related to patients' adherence, which would lead to further complications, substantiating studies in this area. This study compared the effects of three procedures: self-monitoring with feedback, a 24-hour reminder and treatment routine on emotional indicators, quality of life and treatment adherence. It was verified that the relation among these variables before and after the patients had been subjected to the medical procedures. An experimental design was used, with the participation of nine adults selected from a previous study (Study 1: Relation between emotional states and adherence to treatment before and after the participants were subjected to medical procedures in adults with Type 2 diabetes). The selected participants showed presence of stress, anxiety and/or depression associated to low adherence to Type 2 diabetes. The participants were distributed into three conditions: (A) Self-monitoring, (B) 24-hour reminder and (C) Routine. Under condition A, the three participants were subjected to a self-monitoring training, with feedback for contingency analysis related to resolution of problems in the adherence to treatment. Under condition B, three participants were subjected to the use of 24-hour reminder to enable them to describe the adherence behaviors recorded the day before the interview. Under Condition C, three participants were subjected to the treatment routine in a healthcare center. All of them were evaluated on emotional indicators (ISSI, BDI and BAI), quality of life (SF-36) and adherence to treatment (A1C) when the research began, and again in the end. The results of this study showed that the participants high levels of stress (n=6) depression (n=6) anxiety (n=4), negative perception of their quality of life in baseline (n=6) and low level of adherence to diet (M=47,45). Throughout the study, it was observed a drop in the glycated hemoglobin values from three participants of Condition A (A1, A2, and A3) and in the emotional indicators (A1 and A3). The other conditions showed a drop in the values of the glycated hemoglobin in B1 and change in the perception of quality of life of B1, B2 and C3. It was observed that no changes occurred in adherence to diet and physical activity (except for participant B2), regardless of the condition to which the participant was subjected. These data suggested that the procedure of self-monitoring with feedback favored changes in emotional indicators, A1C values and quality of life perception, but had no effect on the adherence to diet and regular physical activity.

Keywords: emotional indicators, diabetes, quality of life, adherence to treatment.

O diabetes é uma doença que atinge 220 milhões de pessoas no mundo todo (World Health Organization [WHO], 2011). Segundo a Organização Mundial de Saúde, o diabetes é um problema de saúde pública, causando impacto social e econômico, tanto em termos de produtividade (relacionada ao absenteísmo), quanto de altos custos financeiros (relacionados às principais causas de hospitalização no sistema público de saúde). Essas consequências sociais e econômicas são importantes para que a prevenção e o tratamento do diabetes sejam vistos com mais cuidado.

Estudos epidemiológicos mostram que a prevalência e a incidência do diabetes no Brasil têm aumentado a cada ano. Atualmente, estima-se que existam 12 milhões de indivíduos vivendo com diabetes, na sua maioria portadores de diabetes Tipo 2. Esses dados têm sido preocupantes em razão da inexistência de cura para esta doença e pelas complicações que resultam dela (Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD], 2011). O diabetes, se não tratado de forma adequada, leva o indivíduo a apresentar, em longo prazo, complicações crônicas e irreversíveis, como disfunção e falência de vários órgãos, acarretando doenças como a neuropatia, a nefropatia, a retinopatia, o infarto do miocárdio, acidentes vasculares e infecções.

O tratamento do diabetes é muito complexo e envolve mudanças no estilo de vida dos pacientes. Cuidados como a monitorização da glicemia, a prática regular de atividade física, a administração de medicamentos (hipoglicemiantes orais e/ou insulina) e a adoção de uma alimentação saudável são importantes para manter os níveis glicêmicos estabilizados e, consequentemente, prevenir as complicações crônicas (SBD, 2011).

A American Diabetes Association [ADA] (2013) preconiza que variáveis psicológicas e sociais sejam incluídas como uma parte contínua no manejo do diabetes. Também destaca a necessidade de avaliar fatores emocionais, como depressão,

ansiedade e estresse, quando há um baixo controle glicêmico, sugerindo que tais fatores são de extrema importância para o bom seguimento do tratamento e que devem fazer parte dos padrões de cuidados com o diabetes.

Fatores emocionais no manejo do diabetes

Estudos apontam que pacientes com diagnóstico de doenças crônicas têm maior probabilidade de desenvolver formas patológicas de estresse, ansiedade e depressão. Isso se daria pela própria característica da condição crônica, como o caráter irreversível da doença, as mudanças no estilo de vida e a dependência contínua de medicamentos (Carvalho et al., 2007; Chaves & Cade, 2004). No caso específico do diabetes, estudos apontam que indicadores emocionais são frequentemente observados nesta população e que eles são variáveis que influenciam o controle glicêmico dos pacientes (Ataíde & Damasceno, 2006; Ludwig et al., 2012; Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2004).

Ludwig et al. (2012), com o objetivo de avaliar a presença de indicadores emocionais (estresse, ansiedade e depressão), realizaram um estudo com 38 pacientes com diagnóstico de síndrome metabólica. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: o inventário de estresse de Lipp, os inventários de ansiedade e depressão de Beck e a escala de reajustamento social de Holmes e Rahe (1967). Os resultados mostraram que 68% dos participantes apresentaram sintomas de estresse, dos quais 55,3% se encontravam na fase de resistência e 36,8% apresentavam sintomas na área psicológica; 39,5% dos participantes apresentaram ansiedade em nível leve e 31,6% níveis moderados de depressão. Na avaliação da escala de reajustamento social, 44,7% estavam submetidos a agentes estressores. Com base nesses dados, os autores sugerem que a presença de complicações emocionais foi evidente nestes participantes.

Com o objetivo de identificar a interferência de fatores emocionais sobre o autocuidado em portadores de diabetes Tipos 1 e Tipo 2, Santos-Filho, Rodrigues e Santos (2008) realizaram três estudos: Estudo 1, com oito escolares portadores de diabetes Tipo 1; Estudo 2, com 11 portadores de diabetes Tipo 2, na faixa etária de 50 a 76 anos, e Estudo 3, com sete participantes de 44 a 66 anos. Os autores agruparam em quatro categorias os papéis de autocuidado como: manutenção da saúde, prevenção das complicações agudas e crônicas, autodiagnóstico, autotratamento/automedicação e participação ativa nos serviços de saúde. Nos três estudos foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada sobre as reações emocionais dos participantes. As reações emocionais encontradas foram: medo, tristeza, depressão, raiva/revolta e ansiedade/estresse. Os resultados mostram que a categoria mais comprometida foi a relacionada à manutenção da saúde expressa por meio das crenças, valores, temores, anseios e receios dos participantes com relação à doença.

Os dados sugerem que o diabetes revelou ser uma doença que, independentemente da faixa etária e da etiologia, pode causar impacto negativo na vida do indivíduo. Essas reações, segundo os autores, estão presentes tanto no momento do diagnóstico quanto na maneira de lidar com a doença ao longo do tratamento. Dentro desta concepção, os profissionais de saúde precisam estar sensíveis a estes aspectos da vida do paciente, uma vez que, segundo os autores, as manifestações emocionais têm relação com controle glicêmico adequado e com a qualidade de vida do paciente.

No estudo realizado por Silva et al. (2004) foram analisados níveis de ansiedade, depressão e estresse com 316 pacientes diabéticos, subdivididos em dois grupos: com e sem complicações crônicas da doença. Os participantes tinham idades entre 16 e 84 anos, sendo que 55,4% eram do sexo feminino e 59,8% apresentavam complicações da doença. Os participantes responderam a uma escala de acontecimentos de vida,

adaptada para a língua portuguesa por Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso e Ramos (2003), e ao Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Os resultados mostraram que houve diferenças significativas entre os dois grupos, com o grupo com complicações crônicas apresentando maior nível de depressão ($M=5,90$; $DP=4,51$) do que aqueles sem complicações ($M=4,75$; $DP=4,11$). Quanto aos níveis de ansiedade e estresse não houve diferença significativa entre os grupos. Esses dados sugerem que os pacientes que apresentam complicações crônicas são aqueles que apresentam menor estratégia de enfrentamento da sua condição e apresentam mais reações emocionais negativas.

Estudos também têm sugerido benefícios decorrentes de intervenções voltadas para o controle dos indicadores emocionais em indivíduos com diabetes com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento (e.g. Georgiades et al., 2007; Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar & Sánchez-Sosa, 2005; Surwit et al., 2002).

Georgiades et al. (2007) realizaram um estudo com o objetivo de verificar se mudanças nos sintomas de depressão estavam associadas com mudanças no controle glicêmico de pacientes com diabetes Tipo 1 e Tipo 2. Participaram 90 pacientes (28 do Tipo 1 e 62 do Tipo 2), cujo critério de participação era apresentar escores maiores que 10 pontos no inventário de depressão de Beck (BDI) e apresentar níveis elevados de glicemia do jejum e hemoglobina glicada (A1C). Os participantes foram avaliados quanto aos níveis glicêmicos e submetidos a uma intervenção do tipo cognitivo comportamental. Dos 90 participantes, apenas 65 completaram as doze semanas da intervenção. Os resultados foram analisados estatisticamente e a média e o desvio padrão obtidos foi de $17,9 \pm 5,8$ e $7,6 \pm 1,6$, respectivamente, considerando-se que não houve diferenças significativas entre os grupos de pacientes com diabetes Tipo 1 e Tipo 2. Foi observado durante o estudo que os sintomas depressivos diminuíram ao longo de 12 meses, enquanto que os níveis de A1C e glicemia do jejum não sofreram mudanças

significativas ao longo do período em ambos os grupos. Os autores concluíram que mudanças nos sintomas depressivos não estão associados com alterações nos níveis glicêmicos tanto em pacientes com diabetes Tipo 1 quanto Tipo 2.

Riveros et al. (2005) realizaram um estudo cujo objetivo foi avaliar os efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental em pacientes com diabetes e/ou hipertensão. Participaram 51 pacientes de uma unidade de medicina da família da cidade do México, com idade média de 54,27 anos, sendo 17 com hipertensão, 27 com diabetes e 7 com diabetes e hipertensão. O objetivo foi investigar os efeitos da intervenção sobre a qualidade de vida, ansiedade, depressão, estilos de enfrentamento, adesão e bem-estar nesse grupo de pacientes. Foi aplicado o inventário de qualidade de vida e saúde proposto em 2004 por Riveros, Sánchez-Sosa e Groves, os inventários de ansiedade e de depressão de Beck (adaptado) e a Escala de enfrentamento de Moos-forma B desenvolvida em 1986 por Moos, Cronkite, Billings e Finney, além do Sistema de autorregistro diário de adesão e bem-estar elaborado em 2004 por Cortazar-Palapa, Riveros e Sánchez-Sosa, que avalia a adesão dos pacientes quanto à medicação, dieta, atividade física e comportamentos de riscos à saúde. Esses instrumentos foram aplicados antes e depois da intervenção.

Os resultados mostraram que a intervenção foi efetiva na melhora da qualidade de vida, na capacidade de enfrentamento, na diminuição da depressão/ansiedade, assim como na diminuição do nível glicêmico e da pressão arterial dos participantes. Com base nesses resultados, os autores concluíram que, no contexto do sistema de saúde, não basta que o paciente receba instruções e informações sobre a doença e o tratamento sem que haja atenção e seguimento cuidadoso por parte dos profissionais de saúde. Destacam também que fatores psicológicos podem ser variáveis que interferem no processo de tratamento.

Com a proposta de examinar a eficácia de um treino de manejo de estresse em 108 pacientes com diabetes Tipo 2, Surwit et al. (2002) aplicaram a dois grupos (controle e experimental) o IDATE¹, a Escala de Estresse Percebido e o Questionário Geral de Saúde. Concomitante à aplicação dos instrumentos, foi aplicado um programa de educação em diabetes e um treino de manejo de estresse. Os resultados mostraram que o treino de manejo de estresse estava associado a uma pequena, mas significativa redução da hemoglobina glicada (A1C) ao ser comparado com o grupo submetido somente ao programa de educação em diabetes. Esses achados sugerem a eficácia do treino de manejo de estresse no controle glicêmico em pacientes com diabetes Tipo 2.

Antônio (2010), em uma revisão da literatura sobre fatores emocionais e diabetes, sugere que o acompanhamento multidisciplinar com vistas à educação do paciente foi efetivo dentro do contexto da Psicologia da Saúde. Também sugere que intervenção com grupos tem-se mostrado muito positiva na compreensão desses fatores, bem como os benefícios em seus aspectos emocionais e físicos, além do suporte social que o paciente necessita para aderir ao tratamento.

Em um estudo realizado por Ramos e Ferreira (2011) foram encontrados resultados divergentes com a literatura apresentada. O objetivo do estudo foi avaliar a relação entre fatores emocionais (estresse, ansiedade e depressão) e qualidade de vida na adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. Os participantes foram 30 pacientes, na faixa etária de 33 a 59 anos, matriculados no programa Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Os instrumentos utilizados para avaliar os indicadores emocionais foram os inventários Beck de ansiedade e depressão, o inventário de stress

¹ O Inventário de Ansiedade Traço-Estado é um inventário utilizado para medir a ansiedade; foi desenvolvido em 1970 por Spielberger, Gorsuch e Lushene. Possui uma escala de autorrelato que avalia o estado de ansiedade do indivíduo assim como suas características de personalidade. O Conselho Federal de Psicologia não o recomenda para uso em pesquisa e na prática clínica.

de Lipp (2000) e o Questionário SF-36 para avaliar a qualidade de vida. A adesão ao tratamento foi avaliada por meio do último exame de hemoglobina glicada (A1C).

Os resultados deste estudo indicaram que 70% (n=21) dos participantes apresentaram níveis elevados de A1C, 40% (n=12) com níveis de estresse elevados e 23,33% (n=7) apresentaram ansiedade e depressão leves. Esses dados também indicaram que esses participantes apresentaram algum comprometimento nos indicadores emocionais, mas que não houve correlação significativa entre as duas variáveis. Uma correlação significativa foi encontrada entre o tempo de diagnóstico e a adesão, sugerindo que, quanto maior o tempo de diagnóstico da doença, maior a dificuldade em aderir às orientações prescritas. Esses resultados confirmam que outros fatores, além dos emocionais, devem ser considerados na análise da adesão ao tratamento.

Peixoto, Rodrigues, Chevitchouk, Resende e Jurno (2012) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de três grupos: com diabetes, migrânea² e pessoas sem nenhuma condição crônica. Cada grupo era composto de 40 pessoas. Foi utilizado o Questionário SF-36, por meio do qual a qualidade de vida (QV) dos participantes foi classificada da seguinte forma: baixa QV (0 a 60 pontos) e boa QV (61 a 100 pontos). O grupo que apresentava diabetes (60%) e migrânea (40%) foi aquele que apresentou mais comprometimento na qualidade de vida; esses escores eram mais baixos quando o grupo de diabéticos tinha também migrânea. Os domínios mais comprometidos da qualidade de vida foram capacidade funcional, aspectos físicos, dor e

² É considerada uma cefaleia primária, caracteriza-se por uma condição neurológica recorrente, progressiva e prevalente. Os sintomas típicos são dores de cabeça (moderada a grave), predominantemente em um lado da cabeça com caráter latejante que se agrava com o esforço físico e frequentemente estão associadas a náuseas, vômitos, fotofobia e fonofobia (Consenso Latino americano para as Diretrizes de Tratamento da Migrânea Crônica, 2012).

saúde mental. Com base nesses dados observa-se que tanto o diabetes quanto a migrânea ocasionam mudanças significativas na vida desses indivíduos.

Em razão da complexidade que envolve a doença, a literatura aponta que aspectos relacionados ao próprio paciente com diabetes, incluindo os indicadores emocionais e história de vida, são relevantes no atendimento a essa população uma vez que essas variáveis são importantes para o tratamento e prevenção das complicações crônicas quando o paciente não se engaja nas orientações fornecidas pelo profissional de saúde. Nesse sentido, justifica-se a importância de verificar se indicadores emocionais como estresse, ansiedade e depressão, estão relacionados com a qualidade de vida e adesão ao tratamento do diabetes.

Adesão ao tratamento do diabetes

A adesão ao tratamento tradicionalmente se refere ao grau de coincidência entre os comportamentos apresentados pelo paciente e as recomendações propostas pelo profissional de saúde. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003) reconhece que adesão ao tratamento compreende um conjunto de ações que podem incluir tomar medicamentos, obter imunização, comparecer ao agendamento de consultas e adotar hábitos saudáveis de vida, como reeducação alimentar, práticas de atividade física regular, prevenção ao consumo de álcool e tabaco, por exemplo. Além disso, tornou evidente a necessidade da participação de uma equipe multiprofissional como estabelecadora de acordos com o paciente para a realização do tratamento. Assim, um novo conceito de adesão foi proposto, correspondendo “(...) à extensão com a qual o comportamento de uma pessoa, tomando medicação, seguindo uma dieta, e/ou executando mudanças no estilo de vida, corresponde às orientações que foram recomendadas em comum acordo com a equipe de saúde” (p.17).

Em relação ao diabetes, existem inúmeros fatores que dificultam a adesão ao tratamento. Entre eles, podemos citar as características do tratamento, o repertório comportamental do paciente e os fatores sociais envolvidos (Malerbi, 2000).

As características do tratamento se referem à duração e à complexidade que envolve o tratamento uma vez que este é para sempre, e, ao mesmo tempo, demanda do paciente inúmeros comportamentos, como automonitorização da glicemia, adoção de dieta e de atividade física regular. O repertório comportamental do paciente corresponde ao conhecimento que ele tem sobre a doença e sua competência para gerenciar o tratamento. Os fatores sociais se referem à comunicação entre profissional e paciente, ao apoio dentro e fora da família e à participação do paciente no ambiente social (Malerbi, 2000; 2001).

No caso do diabetes, fica evidente que a adesão engloba comportamentos de classes diferentes, e que, no caso de adultos, demandam autogerenciamento a partir das orientações do profissional - chamados de comportamentos de autocuidado. Entretanto, como as complicações do diabetes ocorrerão no futuro, geralmente observam-se dificuldades dos pacientes em aderir ao tratamento (Malerbi, 2000).

Em geral, a adesão ao tratamento é mensurada a partir de medidas bioquímicas. No caso do diabetes, é frequente o uso de valores de glicemia de jejum (< 100 mg/dl), de glicemia randômica (com valores até 200mg/dl, considerados normais até duas horas após a refeição) e a hemoglobina glicada (até 7%). Esta última tem sido considerada mais eficaz porque avalia a média dos índices glicêmicos dos últimos dois a três meses indicando a eficácia do tratamento (SBD, 2009).

Além de medidas bioquímicas, pode-se utilizar também o autorrelato do paciente para avaliar a adesão (como solicitar a descrição dos alimentos ingeridos, para avaliar a adesão de pacientes diabéticos à dieta prescrita). Contudo, o relato verbal do paciente é

uma medida suspeita no sentido de não ser fidedigno para avaliação mais detalhada, pois o relato pode estar sob o controle de suas consequências imediatas (punição por parte do nutricionista por não ter seguido o plano alimentar prescrito) e não da ocorrência do comportamento que deveria ser relatado. Entretanto, pode-se obter resultados mais confiáveis quando é solicitado ao paciente que descreva comportamentos específicos, como a descrição do comportamento alimentar nas últimas 24 horas (Bohm & Gimenes, 2008; Ferreira, 2001).

Diante das questões levantadas, o tratamento do diabetes envolve mudanças no padrão comportamental do indivíduo para alcançar benefícios referentes à adesão e evitar consequências a médio e longo prazo. Pelo exposto, é relevante buscarmos subsídios da Análise do Comportamento Aplicada para uma melhor compreensão dos processos comportamentais envolvidos no contexto da saúde.

Contribuições da Análise do Comportamento para a adesão ao tratamento

A Análise do Comportamento considera o comportamento como resultado da interação entre o organismo e seu ambiente. Essa relação se estabelece por meio de unidades de análise que são os estímulos antecedentes, o próprio comportamento e os estímulos consequentes, estabelecendo-se entre elas uma relação a qual é denominada de funcional.

Uma análise funcional considera aspectos do ambiente do indivíduo e a função que o comportamento exerce neste ambiente. As vantagens de uma análise funcional são que, além de identificar as variáveis importantes para a ocorrência de um comportamento, permitem intervenções futuras, uma vez que possibilitam o planejamento de condições para a generalização e a manutenção do comportamento (Matos, 1999).

A análise da relação funcional entre os comportamentos do indivíduo pode ser compreendida em termos de comportamento governado por regras e modelado por contingências. O *comportamento governado por regras* está sob o controle de estímulos verbais antecedentes e específicos que descrevem contingências sociais. Quando o indivíduo fica sob o controle de suas próprias regras, pode-se afirmar que ele está comportando-se por meio de autorregras. Os *comportamentos controlados pelas contingências* são aqueles controlados por estímulos imediatos presentes no ambiente do indivíduo. Desse modo, é possível analisar o comportamento em termos de contingências, nas quais, através da análise funcional, o indivíduo poderá identificar o que está gerando determinados comportamentos, e aprender a modificá-los (Banaco, 1997; Meyer, 2005).

Estudos recentes na Análise do Comportamento têm auxiliado a análise de variáveis comportamentais na adesão ao tratamento. O treino de automonitorização pode ser um bom recurso para instalar comportamentos de auto-observação, permitindo análises de contingências, pelo próprio paciente, acerca da relação entre seus estados emocionais, sintomas da doença e comportamentos de adesão ao tratamento (Coelho & Amaral, 2008, 2012; Moraes, Rolim & Costa Júnior, 2009).

Dentro desta perspectiva, a Análise do Comportamento dispõe de tecnologia que instrumentaliza o indivíduo a observar seu próprio comportamento e a identificar que variáveis passam a controlá-lo. Por esta razão, o papel do analista do comportamento no contexto da saúde tem sido muito relevante, uma vez que pode auxiliar o paciente a identificar e a programar as contingências adequadas, com vistas a promover comportamentos saudáveis, de prevenção e de adesão ao tratamento (Oliveira, Ferreira & Casseb, 2005; Ferreira & Fernandes, 2009).

Ferreira e Fernandes (2009) verificaram os efeitos de um treino em auto-observação sobre a adesão à dieta em um adulto com diabetes Tipo 2. O procedimento foi realizado em três etapas por meio de entrevistas em domicílio do participante.

A Etapa 1 consistiu da linha de base, em que foi avaliado o padrão comportamental de adesão do participante no início da pesquisa. A Etapa 2, Treino em auto-observação, foi subdividida em três passos: treino do registro de automonitoramento, treino de relato verbal, treino do planejamento de adesão à dieta.

Na Etapa 3 foi realizada a avaliação dos resultados alcançados durante o estudo.

Os resultados deste estudo indicaram que o participante apresentou baixos níveis de adesão (abaixo de 50%) em linha de base. Durante a intervenção houve um aumento desses níveis (igual e maior que 50%), porém quando foram introduzidas as entrevistas que avaliavam o relato verbal houve uma diminuição nos níveis do IAD.

Os resultados encontrados neste estudo confirmam os dados da literatura em que o treino em auto-observação tem se mostrado eficiente no aumento do comportamento de auto-observação, ampliando os repertórios de autocuidado e consciência de seu comportamento alimentar.

Desse modo, estudos realizados por esses pesquisadores têm demonstrado a efetividade do treino em automonitorização para a ampliação dos repertórios de adesão em diabetes. Contudo, em razão da complexidade do tratamento que envolve a doença, outros fatores, como os emocionais, precisam ser investigados como possíveis interferentes às dificuldades de adesão do paciente, o que levaria às complicações crônicas, justificando estudos nesta área.

Este estudo utilizou o delineamento quase-experimental por meio do qual comparou-se os efeitos de três procedimentos sobre a adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2: treino de automonitorização com feedback, recordatório 24 horas e

rotina do tratamento. Verificou-se a relação entre indicadores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento antes e após os participantes serem submetidos aos procedimentos de intervenção.

OBJETIVOS

Geral

Comparar os efeitos de três procedimentos de intervenção (treino de automonitorização com feedback, uso de recordatório 24 horas e rotina do tratamento) sobre indicadores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diagnóstico de diabetes Tipo 2.

Específicos

- a) Descrever as características sociodemográficas dos participantes.
- b) Verificar os efeitos do uso de um treino de automonitorização com feedback sobre indicadores emocionais (estresse, ansiedade e depressão), domínios de qualidade de vida e adesão ao tratamento (mensurada por meio de hemoglobina glicada).
- c) Verificar os efeitos do uso de recordatório 24 horas sobre indicadores emocionais (estresse, ansiedade e depressão), domínios de qualidade de vida e adesão ao tratamento (mensurada por meio de hemoglobina glicada).
- d) Verificar os efeitos da rotina do tratamento sobre indicadores emocionais (estresse, ansiedade e depressão), domínios de qualidade de vida e adesão ao tratamento (mensurada por meio de hemoglobina glicada).
- e) Comparar indicadores emocionais, domínios de qualidade de vida e níveis de hemoglobina glicada antes e após a intervenção e entre as três condições.
- f) Identificar contingências ambientais relacionados à adesão ao tratamento a partir de relatos dos participantes.

MÉTODO

Participantes

Nove participantes do estudo realizado por Ramos e Ferreira (2011) foram selecionados para esta pesquisa. Os critérios de inclusão foram: (a) Residir na região metropolitana de Belém, com o objetivo de facilitar o acesso aos domicílios; (b) Permanecer em acompanhamento na mesma Unidade Básica de Saúde (UBS) na qual o Estudo 1 foi realizado; (c) Apresentar baixa adesão ao tratamento, isto é, com valor de hemoglobina glicada acima de 7%, de acordo com os critérios preconizados pela Sociedade Brasileira de Diabetes (www.diabetes.org.br); e, (d) Apresentar nível leve de ansiedade ou depressão no inventário de ansiedade e depressão de Beck (BAI e BDI) ou presença de estresse.

Foram excluídos da pesquisa os participantes que apresentaram resultado de hemoglobina glicada sugerindo controle adequado do diabetes (isto é, com índice menor que 7%); os que residiam em outros municípios fora da Região Metropolitana de Belém; aqueles que apresentaram sequelas neurológicas (como retinopatia, neuropatia ou amputação); e, os pacientes que estivessem fazendo uso de medicação prescrito para controle de transtornos psiquiátricos e/ou realizando intervenção psicológica.

Ambiente

A coleta de dados foi realizada nas dependências de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), na qual funciona o Programa Hiperdia, localizada no município de Belém/Pará e na residência dos participantes.

Instrumentos

A coleta de dados foi realizada por meio dos seguintes instrumentos:

- a) Prontuário do Participante: documento sob a guarda da UBS no qual está registrada a história clínica e acompanhamento do participante ao longo dos atendimentos realizados pela equipe multiprofissional.
- b) Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL): Elaborado por Lipp (2000), é um inventário validado e aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia, sendo utilizado em pesquisas e atividades clínicas para o diagnóstico do estresse em adultos. É composto de três quadros referentes aos sintomas (físicos e psicológicos) e às quatro fases do estresse (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão), subdivididos de forma temporal nos sintomas experienciados pelo indivíduo nas últimas 24 horas, na última semana e no último mês.
- c) Escalas Beck: Conjunto de quatro inventários utilizados como medida de autoavaliação de depressão, ansiedade, desesperança e tentativa de suicídio, validado para a população brasileira por Cunha (2001). Nesta pesquisa foram utilizados os inventários de ansiedade (BAI) e de depressão (BDI). O BAI foi proposto para medir os sintomas comuns de ansiedade. Ele consta de 21 sintomas listados, contendo quatro alternativas em cada um, em ordem crescente do nível de ansiedade. A escala classifica a ansiedade em: mínima (de 0 a 10); leve (de 11 a 19); moderada (de 20 a 30) e grave (de 31 a 63). O BDI compreende 21 categorias de sintomas e atividades, contendo quatro alternativas em cada uma, em ordem crescente do nível de depressão. O paciente deve escolher a resposta que melhor se adequa a sua última semana. A soma dos escores identifica o nível de depressão em: mínimo (de 0 a 11); leve (de 12 a 19); moderado (de 20 a 35) e grave (de 36 a 63).

d) Questionário SF-36- Pesquisa em saúde (Anexo A): Instrumento traduzido e validado de acordo com o International Quality of Life Assessment Project (IQOLA). É um questionário com 36 itens, que engloba oito aspectos (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental). Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado (Ciconelli et al., 1999).

e) Recordatório 24 horas (Anexo B): roteiro elaborado para a investigação de dados a respeito da adesão do paciente com relação à medicação, à atividade física e à dieta referentes às 24 horas anteriores à entrevista realizada.

f) Protocolo de automonitorização de sintomas de estresse/ansiedade (Anexo C): formulário elaborado para este estudo e adaptado de Lipp (2000) com o objetivo de obter-se o registro diário feito pelo participante referente a sintomas de estresse e de ansiedade auto-observados. É composto por um quadro subdividido em sintomas físicos e psicológicos no qual o participante é instruído a assinalar o sintoma observado durante o período de uma semana.

g) Protocolo de automonitorização de sintomas de depressão (Anexo D): formulário elaborado para este estudo com o objetivo de obter-se o registro diário de sintomas relativos a estados de humor auto-observados pelo participante. É composto de faces que representam as emoções sentidas diariamente pelo participante durante o período de uma semana (variando de muito feliz, feliz, nem feliz nem triste, triste e muito triste).

h) Protocolos de automonitorização da adesão ao tratamento (Anexo E): formulário subdividido em três modelos. (1) Protocolo de adesão à dieta: para o registro diário do comportamento alimentar emitido pelo participante durante uma semana. (2) Protocolo de adesão à medicação: para o registro diário da administração do medicamento realizado pelo participante pelo período de uma semana; (3) Protocolo de adesão à

atividade física: para o registro diário da atividade física realizada pelo participante durante uma semana.

i) Treino em análise de contingências (Anexo F): roteiro de entrevista elaborado para este estudo com o objetivo de instalar comportamentos de auto-observação e de discriminação das contingências relacionadas à adesão à medicação, atividade física, dieta, controle de estresse/ansiedade, fornecendo feedback ao relato de comportamentos de adesão ao tratamento.

j) Roteiro de Entrevista Final (Anexo G): roteiro semiestruturado elaborado com o objetivo de apresentar os resultados da pesquisa ao participante e investigar a percepção do mesmo quanto aos efeitos da intervenção.

Procedimento

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, sob o Protocolo no. 024/2011-CEP/NMT (Anexo H), a pesquisadora contatou os participantes selecionados do estudo de Ramos e Ferreira (2011) por telefone ou carta, convidando-os a participar da pesquisa. Caso o participante aceitasse o convite, a pesquisadora agendava uma visita domiciliar.

Na primeira entrevista era reafirmado com o participante seu interesse em participar da pesquisa. Em caso de concordância, era lido conjuntamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido [TCLE] (Anexo I), justificando os objetivos e as considerações éticas da pesquisa, solicitando-se que o mesmo assinasse o documento.

(1) Linha de Base

Após a assinatura do TCLE, os nove participantes foram submetidos individualmente à coleta de dados para o levantamento da linha de base.

Inicialmente, fez-se a análise do prontuário de cada participante com o objetivo de obter-se o registro do valor da última medida de hemoglobina glicada e do tratamento mais recente indicado. Em seguida, foram aplicados o Inventário de depressão de Beck (BDI), o Inventário de Stress de Lipp (ISSL), o Inventário de ansiedade de Beck, o Questionário SF-36 e o Recordatório das 24 horas, respectivamente. Nas três entrevistas seguintes, foi reaplicado o Recordatório 24 horas, com intervalos de uma semana.

(2) Intervenção

O procedimento de intervenção foi realizado sob três condições: Condição A (Automonitorização), Condição B (Recordatório 24 horas) e Condição C (Rotina). Os nove participantes foram distribuídos igualmente nas três condições conforme a ordem de entrada na pesquisa.

Condição A – Automonitorização (n=3)

Nesta condição, na última entrevista de linha de base, além do recordatório 24 horas, deu-se início ao treino para utilização dos protocolos de automonitorização com o preenchimento de um modelo de cada formulário, solicitando que o participante levasse em consideração a semana anterior à entrevista.

Em seguida, a intervenção foi realizada em cinco entrevistas com intervalos de uma semana. Nestas, foram aplicados os protocolos de automonitorização (de estresse/ansiedade, de sintomas de depressão e de adesão ao tratamento).

Para o preenchimento do protocolo de automonitorização de sintomas de estresse/ansiedade, a pesquisadora dava a seguinte instrução:

Eu vou deixar este formulário para o(a) senhor(a) preencher durante a próxima semana. Neste formulário tem uma tabela com uma coluna que contém sintomas de estresse/ansiedade, e sete colunas que correspondem a cada um dos dias da semana. Eu

peço que o(a) senhor(a) marque com um X na coluna o dia correspondente quando apresentar algum desses sintomas. Por exemplo, se o(a) senhor(a) tiver dificuldades com a memória na quarta-feira, marque com um X neste quadrado aqui. O(a) senhor(a) compreendeu? Posso repetir a instrução?

Para o preenchimento do Protocolo de automonitorização de sintomas de depressão, a pesquisadora dizia o seguinte:

Nesta outra folha, temos nesta coluna estas ‘carinhas’ que representam emoções humanas, como alegria e tristeza. Aqui, o senhor vai observar como se sente durante a semana e marcar com um X as emoções sentidas.

Para o preenchimento do Protocolo de automonitorização da adesão ao tratamento, a instrução era:

Nestes outros formulários, eu peço que o senhor marque com um X os dias em que, na sua avaliação, como o senhor julga que fez suas refeições, tomou seus remédios e fez atividade física de acordo com as orientações dos profissionais da UBS.

Em cada uma das entrevistas, os protocolos de automonitorização preenchidos pelo participante eram analisados de acordo com o roteiro de entrevista para o treino em análise de contingências.

Condição B – Recordatório 24 horas (n=3)

Nesta Condição, a intervenção foi realizada em cinco entrevistas individuais, com intervalo de uma semana. Em todas as entrevistas era aplicado somente o Recordatório 24 horas.

Condição C – Rotina (n=3)

Nesta condição, o participante era exposto somente às orientações fornecidas pelos profissionais da UBS, mantendo sua rotina de atendimento durante o período de cinco semanas.

A rotina do Programa HiperDia da UBS funcionava da seguinte forma: a equipe era formada por uma equipe multidisciplinar composto por uma técnica de enfermagem, duas enfermeiras, uma nutricionista e um médico. As consultas eram marcadas mensalmente. A cada mês o participante era agendado com os profissionais. Durante as consultas de enfermagem, o participante passava primeiramente pela avaliação de uma técnica de enfermagem, na qual eram aferidos peso, altura, circunferência abdominal e pressão arterial. Ao final da avaliação, os dados do paciente eram anotados no prontuário e encaminhados à enfermeira, e marcado o retorno no mês seguinte com a equipe de enfermagem com médico ou nutricionista.

(3) Encerramento

Na etapa de encerramento, era realizada mais uma visita domiciliar com cada participante, independentemente da condição, utilizando-se o roteiro de entrevista final. Após 30 dias, era realizada uma entrevista de follow-up, aplicando-se o recordatório 24 horas, com o objetivo de verificar se houve a manutenção dos comportamentos de adesão.

Após uma semana, foram reaplicados o Inventário de estresse de Lipp (ISSL), o Inventário de Depressão de Beck (BDI), o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), o Questionário de Saúde SF-36 e o Recordatório 24 horas, com o objetivo de verificar se houve diferença nos escores relacionados aos indicadores emocionais e à qualidade de vida dos participantes ao final da pesquisa.

Por fim, fez-se nova análise dos prontuários para a atualização dos valores de hemoglobina glicada de cada participante ao final do estudo.

Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados por grupos de variáveis: indicadores emocionais, domínios de qualidade de vida, medidas bioquímicas referentes ao controle glicêmico e registros de comportamentos de adesão ao tratamento.

Os dados sobre indicadores emocionais e domínios de qualidade de vida foram apurados de acordo com as normas de cada instrumento, considerando-se valores pré e pós-intervenção.

O controle glicêmico foi avaliado por meio de valores de hemoglobina glicada retirados do prontuário de cada participante, antes e após a intervenção.

A adesão ao tratamento foi mensurada fazendo-se a contagem da frequência de registros feitos nos Protocolos de automonitorização e a partir da análise do conteúdo das transcrições dos relatos feitos pelo participante a cada entrevista gravada em áudio, tendo como base o Recordatório 24 horas.

A adesão à dieta foi analisada de acordo com a fórmula do Índice de Adesão à Dieta (IAD) proposta por Gomes (2010), tomando como referência o modelo de plano alimentar sugerido por uma nutricionista com história de atendimento a adultos com diabetes. Para as análises, contou-se com a supervisão de outra nutricionista especializada no atendimento a adultos com diabetes.

Os resultados dos inventários (ISSL, BAI, BDI e SF 36) e Recordatório 24 horas receberam tratamento estatístico descritivo, por meio da contagem da frequência, média e do percentual.

Para as análises funcionais, a pesquisadora identificava e categorizava as contingências nas quais os comportamentos de adesão eram emitidos, relatados ou registrados pelos participantes, relacionando-os aos indicadores emocionais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e clínicas dos participantes nas três condições do estudo

Observa-se que a composição da amostra foi constituída em sua maioria por indivíduos do sexo feminino (n=6), casados (n=5), com Ensino Fundamental Incompleto (n=7), ocupação principal em atividades domésticas (n=6), com idade entre 47 a 59 anos e pertencentes à classe econômica “C” (n=7).

Os dados deste estudo corroboram os achados da literatura, uma vez que o diabetes tem sido mais frequentemente registrado em mulheres. A explicação para este fato tem sido de que elas têm uma preocupação maior com a saúde do que os homens, o que provavelmente leva à notificação de mais casos no sexo feminino e, conseqüentemente, uma procura maior pelos serviços de saúde (Alves & Calixto, 2012; Moraes, Soares, Costa & Santos, 2009).

Com relação à idade, a literatura aponta que o diabetes Tipo 2 tem sua prevalência em indivíduos com idade igual ou maior a 40 anos (Ferreira & Ferreira, 2009; Otero, Zanetti & Teixeira, 2007), o que foi observado na amostra.

Quanto ao nível de escolaridade, ocupação e classe econômica dos participantes, os dados encontrados condizem com estudos anteriores, visto que são características comumente presentes na população usuária dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ferreira & Ferreira, 2009).

Tabela 1.

Características sociodemográficas e clínicas dos participantes das três condições

Participantes	Condição A				Condição B		Condição C		
	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3
Sexo	M	F	F	M	M	F	F	F	F
Idade	57	54	56	57	47	58	59	47	55
Conjugalidade	Separado	Casada	Casada	Viúvo	Casado	Casada	Casada	Casada	Solteira
Escolaridade	E.F.	E.F.	E.M.	E.F. Completo	E.M.	E.F.	E.M.	E.M.	E.F.
Ocupação	Incompleto Autônomo	Incompleto Doméstica	Incompleto Doméstica	Agente prisional C2	Completo Eletricista C1	Incompleto Do lar C1	Incompleto Doméstica C1	Incompleto Doméstica C1	Incompleto Doméstica C1
Classificação Econômica	D	D	C1	C2	C1	C1	C1	C1	C1
Tempo de DM	8 anos	12 anos	10 anos	3 anos	4 anos	10 anos	7 anos	12 anos	17 anos
Comorbidades	Sobrepeso/ hipertensão	Sobrepeso/ hipertensão	-	-	Sobrepeso/ hipertensão	-	-	Sobrepeso/ hipertensão	Sobrepeso
A1C	9,2%	7,5%	7,6%	8%	7,1%	10,1%	9%	12%	13%

Observa-se que o tempo de diagnóstico do diabetes variou de três a dezessete anos (M=9 anos). Os participantes (n=5) apresentavam outras comorbidades, como hipertensão arterial e sobrepeso, o que pode caracterizar o quadro de síndrome metabólica³ e consequentemente contribuir para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares segundo a literatura médica (Ferreira & Ferreira, 2009; Rodriguez, Delgado-Cohen, Reviriego & Serrano-Ríos, 2011). Os fatores de risco para síndrome metabólica em pacientes com diabetes Tipo 2 são altamente prevalentes, uma vez que os valores glicêmicos ficam frequentemente desestabilizados.

Os valores de hemoglobina glicada (A1C) variaram de 7,1% a 13%. Os participantes que apresentaram A1C mais elevada eram aqueles que tinham um longo tempo de diagnóstico do diabetes. A literatura afirma que, sendo o diabetes uma doença crônica e degenerativa, com o passar do tempo o paciente pode apresentar dificuldades em manter seus níveis glicêmicos estabilizados, o que facilita o desenvolvimento das complicações crônicas, justificando investimentos em programas de prevenção e controle do diabetes (Ramos & Ferreira, 2011).

Pode-se observar que ao início do estudo a maioria dos participantes (n= 7) estava com níveis elevados de estresse, predominando a fase de quase exaustão. Segundo Lipp (2000), a fase de quase exaustão se caracteriza pelo enfraquecimento do indivíduo que não consegue adaptar-se ou resistir ao agente estressor, sendo este momento favorável ao aparecimento de doenças. Para Lipp, embora o indivíduo apresente desgaste emocional e mesmo outros sintomas, nesta fase ainda é possível apresentar um regular funcionamento em seu ambiente social. Esta característica foi observada nos participantes ao longo da pesquisa, pois, mesmo estando comprometidos

³ Conjunto de fatores de risco metabólico que se manifestam em um indivíduo e aumentam as chances de desenvolver doenças cardíacas, derrames e diabetes. A síndrome tem como base a resistência à ação da insulina. Fatores genéticos e de estilo de vida como excesso de peso e ausência de atividade física contribuem para o seu aparecimento (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, <http://www.endocrino.org.br/a-sindrome-metabolica/>).

do ponto de vista da saúde, eles conseguiam fazer suas atividades rotineiras de forma regular.

Com relação aos indicadores de depressão, a maioria dos participantes apresentou nível leve e moderado de depressão (somente C3 foi classificada com depressão grave). Tais características podem estar relacionadas ao próprio enfrentamento da condição clínica, devido às alterações no curso da doença ao longo do tempo, conforme sugerido por Moreira et al.(2003).

Quanto aos indicadores de ansiedade, os participantes apresentaram ansiedade mínima (n=5). Oliveira e Sales (2005) encontraram resultados semelhantes ao investigarem a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com diabetes e/ou hipertensão. As autoras encontraram a presença de ansiedade nos participantes mais jovens ao passo que a depressão foi mais observada em idosos. Verificaram ainda que a ansiedade não foi uma variável determinante nas dificuldades de adesão ao tratamento nesta amostra.

Os dados referentes à medicação e atividade física foram obtidos por meio do Recordatório 24 horas a partir de afirmações sobre seguimento ou não dos medicamentos. Quanto à atividade física, optou-se pela classificação em: (a) atividade de rotina, para representar as atividades físicas realizadas durante a rotina do participante, como tarefas domésticas, atividades laborais, caminhadas em substituição ao transporte urbano; (b) atividade orientada, para os casos onde o participante frequentasse academia ou outro local onde recebesse orientações sobre como realizar a atividade física regularmente; e (c) sedentarismo, nos casos onde o participante relatasse ausência de atividade física em sua rotina.

Com relação à adesão à medicação, todos os participantes foram unânimes em afirmar, em todos os encontros de linha de base, que faziam o uso correto da medicação. Entretanto, pode-se supor que estes resultados não sejam confiáveis ao serem comparados com as medidas de A1C obtidas em linha de base, as quais indicavam descontrole glicêmico sugerindo baixa adesão ao uso de medicamentos. A divergência observada nesses resultados confirmam os dados da literatura quanto à adesão à medicação no tratamento do diabetes (ADA, 2013; Gimenes, Zanetti & Haas, 2009; Groff, Simões & Fagundes, 2011; Pereira, Barboza & Miyar, 2010). Mesmo sendo o tratamento medicamentoso para o diabetes Tipo 2 considerado como de fácil administração, por requerer a ingestão de comprimidos orais poucas vezes ao dia, observa-se dificuldade de adesão quando são utilizadas medidas mais objetivas e diretas, como os exames laboratoriais (Santos, Oliveira & Colet, 2010), e não somente por meio do próprio relato do paciente. No Brasil, um fator importante a ser considerado é o fato de a medicação ser gratuita para pacientes cadastrados no Programa Hiperdia do Sistema Único de Saúde (SUS), como era o caso dos participantes, o que facilitaria o acesso do paciente ao medicamento, mas não garantindo o seu uso correto.

No que se refere à adesão à dieta, os valores das médias no IAD variaram de 13,88% a 77,84%. Pode-se observar nestes resultados que, para a maioria dos participantes a adesão à dieta ficou abaixo do mínimo recomendado (50% de adesão), com exceção da participante C3 que obteve o maior IAD em todas as sessões de linha de base. Provavelmente, esses valores se devem a vários fatores como orientações, instruções e regras descritas pelos profissionais de saúde incompatíveis com as reais possibilidades desses pacientes, não levando em consideração o baixo nível socioeconômico e de instrução desta população.

Com relação aos resultados do IAD da participante C3, os valores encontrados indicam uma inconsistência entre o que ela relatou e o que ela realmente poderia estar fazendo em relação ao seu comportamento alimentar, pois o valor de seu A1C foi alto (igual a 13%) nesta etapa da pesquisa.

Na condição A, com relação à adesão à atividade física, dois participantes relataram que realizavam atividade física orientada. Na condição B, dois participantes eram sedentários e um realizava atividade de rotina. Na condição C, todos os participantes realizavam apenas atividades de rotina.

Com relação à adesão ao tratamento em diabetes, a literatura é unânime em afirmar que o seguimento do plano alimentar e o da prática de atividades físicas são menos relatados pelos pacientes, comparando-se com a medicação (Pereira et al., 2010).

A Tabela 2 apresenta os dados obtidos por meio dos registros de seguimento da dieta feitos pelos participantes da Condição A nos formulários de automonitorização.

Tabela 2.

Frequência do comportamento alimentar relatados por meio de registros de adesão à dieta pelos participantes da Condição A (n=35)

Refeições	Participantes			Σ
	A1	A2	A3	
Café	35	35	35	105
Lanche 1	0	33	0	33
Almoço	34	35	34	103
Lanche 2	0	35	0	35
Jantar	32	35	34	101
Ceia	0	1	0	1
Extra	0	0	0	0

Observa-se na Tabela 2 que as refeições registradas pelos participantes como aquelas realizadas com mais frequência de acordo com as regras nutricionais foram o

café, o almoço e o jantar. Somente o participante A2 registrou que realizava os lanches, tanto o da manhã quanto o da tarde. Durante a coleta de dados realizada em ambiente domiciliar dos participantes, constatou-se que estes não possuíam um plano alimentar individual que os orientasse em relação à quantidade e à qualidade dos alimentos a serem ingeridos em cada refeição, assim como sobre o fracionamento e os horários das refeições. Provavelmente, a falta de orientações mais objetivas por parte da equipe de saúde que atendia esses pacientes, à época da coleta de dados desta pesquisa, seja uma das razões para a dificuldade em aderir à dieta para o tratamento do diabetes observada nos participantes.

A Tabela 3 apresenta os indicadores emocionais de depressão dos participantes da Condição A obtidos a partir dos registros nos formulários de automonitorização.

Tabela 3.

Frequência de sintomas de depressão relatados por meio de registros do protocolo de enfrentamento de depressão pelos participantes da Condição A (n=35)

Indicadores emocionais relacionados à depressão	Participantes			
	A1	A2	A3	Σ
Muito feliz	0	0	0	0
Feliz	28	28	7	63
Nem Feliz nem triste	7	7	24	38
Triste	0	0	3	3
Muito triste	0	0	1	1

Observa-se na Tabela 3 que a frequência das emoções registradas pelos participantes da Condição A foram “feliz” (participantes A1 e A2) e “nem feliz nem triste” (participante A3). Provavelmente, os participantes devem ter respondido com maior frequência a estes indicadores pela dificuldade de discriminar sentimentos e emoções. Observou-se que ao serem solicitados a descrever seus sentimentos, este

participantes o faziam de uma forma muito geral ou muito vaga, inclusive apresentando contradições (Anexo J).

A Tabela 4 descreve os indicadores emocionais de estresse e de ansiedade registrados pelos participantes da Condição A.

Tabela 4.

Frequência de sintomas de estresse/ansiedade relatados por meio de registros do protocolo de enfrentamento de estresse/ansiedade pelos participantes da Condição A (n=35)

Indicadores emocionais relacionados ao estresse e à ansiedade	Participantes			
	A1	A2	A3	Σ
Problemas com a memória	21	0	14	35
Mal-estar generalizado	0	0	1	1
Mudança de apetite	7	35	5	47
Aparecimento de problemas na pele	28	0	23	51
Cansaço constante	0	35	0	35
Tontura/sensação de estar flutuando	0	0	1	1
Choro frequente	14	0	14	28
Dúvidas quanto a suas próprias capacidades	0	28	0	28
Pensar constantemente em um só assunto	0	0	3	3
Irritabilidade excessiva	0	0	1	1
Diminuição da vontade de fazer sexo	35	0	30	65

Observa-se na Tabela 4 que os sintomas de estresse/ansiedade mais registrados pelo participante A1 foram diminuição da vontade de fazer sexo (n=35), seguido por aparecimento de problemas na pele (n=28) e problemas com a memória (n=21). A participante A2 apresentou mudança de apetite e cansaço constante (n=35) e dúvidas quanto suas próprias capacidades (n=28). Quanto à participante A3, houve uma maior variabilidade no registro dos indicadores, ao ser comparado com os demais participantes

desta condição, sendo que os mais frequentes foram: diminuição da vontade de fazer sexo (n=30), aparecimento de problemas na pele (n=23), seguidos por problemas com a memória e choro frequente (n=14).

Comparando-se esses dados com os da Tabela 3, observa-se incompatibilidade entre os registros dos indicadores de depressão com os de estresse/ansiedade. Por exemplo, o participante A1 registrou alta frequência de estar “feliz” e ao mesmo tempo registrou “choro frequente”. A participante A2 registrou alta frequência de estar feliz e ao mesmo tempo cansaço constante e dúvidas quanto suas próprias capacidades. A participante A3, choro frequente e estar nem feliz nem triste, sendo provavelmente a mais coerente entre os participantes, sugerindo habilidades para discriminação de estados emocionais.

Com base nesses dados, pode-se supor que os participantes apresentaram dificuldades em discriminar seus sentimentos, emoções e reações fisiológicas. Coelho e Amaral (2012) referem essa dificuldade como déficit de treinamento para a discriminação de eventos privados, levando o indivíduo a apresentar dificuldades em observar estímulos e/ou respostas que acontecem no seu próprio organismo. O treino de automonitorização pode ser um bom recurso para instalar estes comportamentos de auto-observação, permitindo análises de contingências pelo próprio paciente acerca da relação entre indicadores emocionais, sintomas da doença e comportamentos de adesão ao tratamento.

A Tabela 5 apresenta as mudanças ocorridas nos indicadores emocionais dos participantes das três condições, comparando-se os resultados obtidos em linha de base com os obtidos ao final da pesquisa.

Observa-se que o participante A1 em linha de base apresentou estresse na fase de resistência com predomínio de sintomas psicológicos; na fase de pós-intervenção não

apresentou estresse. Quanto aos indicadores de depressão, em linha de base apresentou nível leve e na pós-intervenção nível mínimo. Este participante não apresentou ansiedade tanto em linha de base quanto ao final da pesquisa.

Tabela 5.

Mudanças nos indicadores emocionais de estresse, depressão e ansiedade obtidos em linha de base e ao final da pesquisa com os participantes das três condições.

Participantes	Indicadores Emocionais	
	Linha de base	Pós-Intervenção
A1		
Estresse	Resistência/psicológicos	Ausência
Depressão	Leve (13)	Mínimo (8)
Ansiedade	Mínimo (4)	Mínimo (1)
A2		
Estresse	Quase exaustão/físicos	Resistência/físicos
Depressão	Mínimo (5)	Mínimo (9)
Ansiedade	Mínimo (3)	Moderado (29)
A3		
Estresse	Quase exaustão/psicológicos	Ausência
Depressão	Leve (19)	Mínimo (5)
Ansiedade	Mínimo (5)	Mínimo (0)
B1		
Estresse	Ausência	Ausência
Depressão	Mínimo (2)	Leve (12)
Ansiedade	Mínimo (1)	Mínimo (2)
B2		
Estresse	Quase exaustão/físicos	Ausência
Depressão	Moderado (28)	Mínimo (3)
Ansiedade	Grave (33)	Mínimo (0)
B3		
Estresse	Ausência	Ausência
Depressão	Mínimo (11)	Leve (13)
Ansiedade	Mínimo (7)	Mínimo (3)
C1		
Estresse	Exaustão/psicológicos	Quase exaustão/físicos
Depressão	Moderado (22)	Moderado (30)
Ansiedade	Leve (19)	Leve (15)
C2		
Estresse	Quase exaustão/físicos	Exaustão/físicos
Depressão	Moderado (22)	Moderado (35)
Ansiedade	Leve (14)	Moderado (20)
C3		
Estresse	Resistência/psicológicos	Quase exaustão/físicos
Depressão	Grave (45)	Grave (40)
Ansiedade	Leve (14)	Leve (13)

Nota: Escores dos Níveis de Depressão: mínimo: 0-11; leve: 12-19; moderado: 20-35 e grave: 36-63 e Ansiedade: mínimo: 0-10; leve: 11-19; moderado: 20-30 e grave: 31-63.

A participante A2 apresentou em linha de base nível de estresse na fase de quase exaustão com predomínio de sintomas físicos; na pós-intervenção apresentou nível de estresse na fase de resistência ainda com predomínio de sintomas físicos. Em relação à depressão, esta participante apresentou indicadores mínimos na fase de linha de base e na pós-intervenção. Quanto aos indicadores de ansiedade, apresentou piora ao final da pesquisa, ao ser comparado com o resultado em linha de base, pois passou de nível mínimo para moderado, provavelmente este resultado tenha sido alterado por contingências sociais, como ter sofrido a perda de uma pessoa significativa.

Observa-se que os três participantes da Condição A, iniciaram a pesquisa com níveis altos de estresse, mas baixos de depressão e ansiedade. Ao final, dois deles (A1 e A3) melhoraram em relação ao estresse e permaneceram com nível mínimo de depressão e de ansiedade. A terceira participante (A2) reduziu o nível de estresse para uma fase anterior da escala, mas agravou o nível de ansiedade, passando de mínimo para moderado.

Na condição B, os três participantes encerraram a pesquisa com ausência de estresse e nível mínimo de ansiedade. Porém, B3 apresentou aumento discreto em seus níveis de depressão, passando de mínimo para leve ao longo do estudo.

Na condição C, todas as participantes apresentaram níveis elevados de estresse, depressão e ansiedade, tanto em linha de base quanto ao final da pesquisa.

As mudanças observadas nos indicadores emocionais dos participantes das condições A e B provavelmente ocorreram devido estes participantes terem sido acompanhados por um período de cinco semanas, recebendo atenção individual da pesquisadora. Neste período, ficaram expostos a incentivos verbais para prosseguirem aderindo ao tratamento e, no caso dos participantes da Condição A, recebendo

orientações sobre modos de enfrentamento do problema por meio do Treino em análise de contingências.

Por sua vez, não foram observadas mudanças nos indicadores emocionais das participantes da condição C, as quais ficaram somente sob o controle da rotina de atendimento da UBS.

A Figura 1 apresenta os valores obtidos para a hemoglobina glicada de cada um dos participantes das três condições, comparando-se linha de base e pós-intervenção.

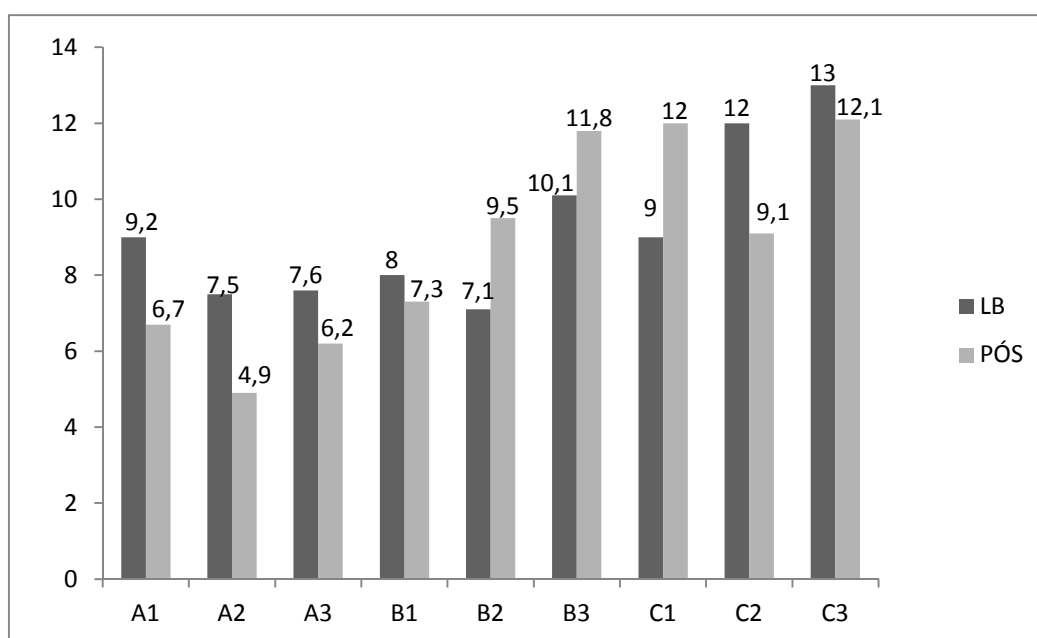


Figura 1. Valores da Hemoglobina glicada obtidos em linha de base e ao final da pesquisa com os participantes das três condições.

Observa-se que, na Condição A, todos os participantes apresentaram diminuição nos valores de A1C ao final da pesquisa, ficando abaixo de 7% e, desse modo, classificados dentro dos limites considerados como adequados para o controle glicêmico segundo a SBD (2011). Nas demais condições, nenhum dos participantes diminuiu o valor de A1C para abaixo de 7%. Embora B1, C2 e C3 tenham reduzido os valores de hemoglobina glicada, esta redução não foi expressiva, pois não alcançou o valor de 7%

recomendado. Observou-se também que, na Condição C todos os participantes mantiveram A1C em níveis elevados. Esses dados sugerem a possibilidade de os participantes da Condição A terem obtido melhor controle glicêmico, ao serem comparados com os participantes das outras duas condições, por terem sido expostos aos efeitos do treino de automonitorização com feedback sobre seus comportamentos de adesão ao tratamento do diabetes e para o controle das emoções.

A Figura 2 apresenta os valores médios obtidos com o cálculo do IAD dos participantes das três condições, em linha de base e ao final da pesquisa.

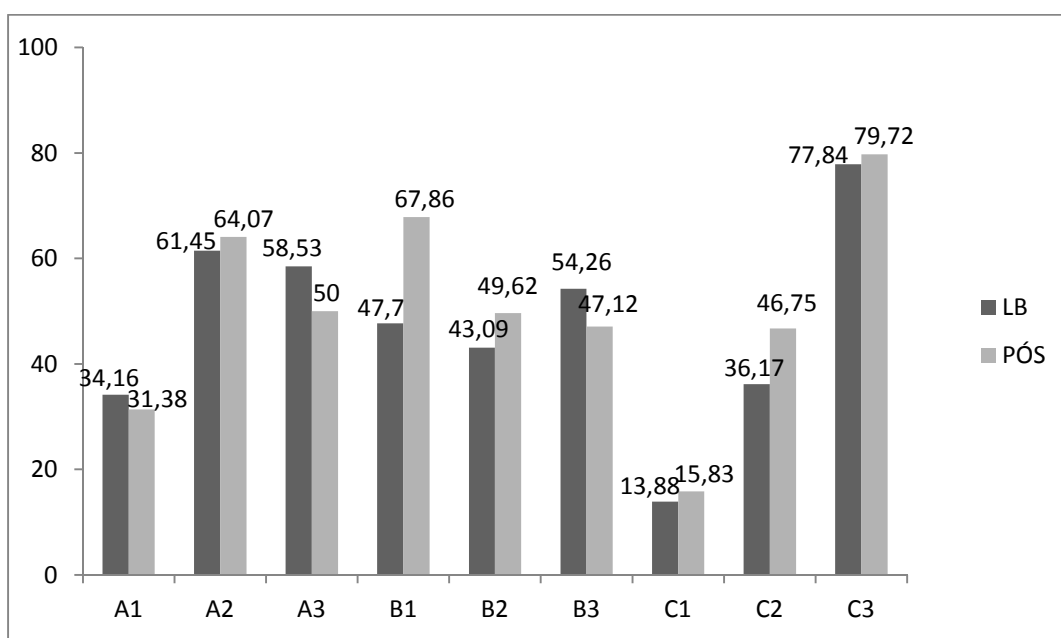


Figura 2. Médias do Índice de Adesão à Dieta (IAD) dos participantes das três condições obtidas em linha de base e após a intervenção.

De maneira geral, pode-se considerar que não houve mudança expressiva nas médias do IAD dos participantes, comparando-se linha de base e pós-intervenção, mesmo entre aqueles que foram submetidos à automonitorização (Condição A) ou ao Recordatório 24 horas (Condição B).

Dos nove participantes, somente um em cada condição (A2, B1 e C3) obteve IAD acima de 50% ao final do estudo, valor considerado como mínimo para obter-se algum efeito sobre o controle glicêmico. A participante C3 foi a que apresentou a média mais satisfatória, tanto em linha de base quanto ao final da pesquisa; mas, seus relatos de adesão à dieta podem ser considerados como incompatíveis com os resultados da A1C (13% e 12,1%), os quais indicaram controle glicêmico inadequado.

Pode-se considerar que não houve mudanças na adesão à medicação nem à atividade física orientada ao final do estudo. Observa-se que apenas o participante B2 passou a relatar atividade física regular orientada após a intervenção.

No caso da medicação, novamente, observa-se não correspondência entre o que os participantes disseram que faziam quanto à adesão ao tratamento e os resultados da A1C, correspondência entre o dizer e o fazer.

A Tabela 6 apresenta os valores correspondentes à percepção de qualidade de vida obtida em linha de base com cada um dos participantes a partir da aplicação do Questionário SF-36.

Tabela 6.

Percepção sobre qualidade de vida pelos participantes das três condições obtida por meio do Questionário SF-36 aplicado em linha de base

Domínios de QV	Condições									
	A			B			C			
	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3	Média
Capacidade Funcional	95%	70%	80%	70%	65%	95%	75%	95%	20%	73,88%
Aspectos Físicos	100%	0%	100%	75%	0%	100%	75%	100%	25%	63,88%
Dor	100%	40%	62%	72%	41%	100%	31%	62%	62%	53,33%
Est. Geral Saúde	92%	22%	62%	67%	20%	52%	75%	60%	55%	56,11%
Vitalidade	100%	70%	50%	65%	40%	60%	65%	45%	30%	58,33%
Aspectos Sociais	100%	75%	75%	75%	50%	87,5%	87,5%	100%	87,5%	90,27%
Aspecto Emocional	100%	100%	0%	100%	66,66%	100%	66,66%	100%	66,66%	77,77%
Saúde Mental	80%	92%	52%	72%	48%	60%	32%	40%	40%	57,33%
Média	95,87%	56,5%	60,12%	74,5%	41,33%	81,81%	63,39%	75,25%	48,27%	-

Com base nos dados apresentados na Tabela 6, considerando-se a média aritmética obtida em cada domínio de qualidade de vida, pode-se observar que aspectos sociais ($M=90,27\%$), aspecto emocional ($M=77,77\%$) e capacidade funcional ($M=73,88\%$) foram os domínios mais bem avaliados pela maioria dos participantes.

Os domínios mais comprometidos foram dor ($M=53,33\%$), estado geral de saúde ($M=56,11\%$), saúde mental ($M=57,33\%$), vitalidade ($M=58,33\%$) e aspectos físicos ($M=63,88\%$).

Dentre os participantes, A1 foi o que apresentou melhor percepção de qualidade de vida em linha de base ($M=95,87\%$), enquanto B2 foi o participante com pior avaliação da qualidade de vida ($M=41,33\%$), seguido de C3 ($M=48,27\%$).

Os dados encontrados neste estudo corroboram resultados encontrados na literatura quanto ao diabetes ser uma condição crônica que afeta a qualidade de vida dos pacientes. Esta condição gera uma percepção negativa da qualidade de vida afetando a maioria dos seus domínios (Cardoso, Valoes, Almeida & Ferrari, 2012).

A Tabela 7 apresenta a percepção de qualidade de vida dos participantes obtida por meio do questionário SF-36 na etapa pós-intervenção.

Tabela 7.

Percepção sobre qualidade de vida pelos participantes das três condições obtidas por meio do Questionário SF-36 aplicado na etapa Pós-intervenção

Domínios de QV	Condições									
	A			B			C			
	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3	Média
Capacidade Funcional	100%	70%	85%	80%	100%:	90%	75%	5%	70%	75%
Aspectos Físicos	100%	0%	100%	50%	100%	25%	100%	0%	25%	55,55%
Dor	100%	10%	74%	100%	72%	72%	72%	20%	72%	65,77%
Est. Geral Saúde	82%	22%	70%	82%	75%	52%	55%	51,5%	67%	61,83%
Vitalidade	75%	50%	65%	50%	55%	75%	55%	75%	55%	61,66%
Aspectos Sociais	100%	25%	62,5%	100%	100%	100%	50%	50%	87,5%	75%
Aspecto Emocional	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	92,44%
Saúde Mental	100%	72%	64%	76%	40%	72%	32%	84%	48%	61,77%
Média	94,62%	43,62%	77,5%	79,75%	80,25	73,2%	54,87%	48,18%	72,43%	-

Fernandes, Vasconcelos e Silva (2009) consideram que os domínios de QV saúde mental e aspecto emocional, ambos obtidos por meio do Questionário SF-36, são avaliados por meio de indicadores emocionais (estresse, ansiedade e depressão) e por alterações comportamentais e bem-estar psicológico. Neste estudo, os resultados dos participantes foram discrepantes visto que alguns apresentaram uma boa percepção de qualidade de vida nestes dois componentes, mas nos níveis de estresse, ansiedade e depressão apresentaram escores elevados. Novamente, pode-se fazer o mesmo comentário sobre a subjetividade inerente à avaliação da qualidade de vida apontada na literatura.

A Análise do Comportamento considera o comportamento como resultado da interação entre o organismo e seu ambiente. Desse modo, é importante identificar as características do ambiente do indivíduo e a função que o comportamento exerce neste ambiente. A partir do enfoque da análise do comportamento, é necessário considerar-se as individualidades de cada participante com o objetivo de identificar as variáveis das quais o comportamento de adesão ao tratamento é função. Desse modo, a seguir será apresentado o histórico de cada participante (estudo de caso), complementado pela análise dos efeitos da intervenção a partir dos relatos obtidos durante as entrevistas.

Estudos de Caso

Condição A: Automonitorização

Participante A1

Características sociodemográficas

Sexo masculino, 57 anos de idade, separado, dois filhos, Ensino fundamental incompleto, autônomo (motorista), classificação econômica D, mora sozinho, com sobrepeso, hipertensão arterial e oito anos de diagnóstico do diabetes. Apresentava valor de hemoglobina glicada (A1C) de 9,2% ao início do estudo.

Contingências relacionadas à adesão ao tratamento

Durante a coleta de dados, o participante relatou “estar muito estressado” e o motivo principal seria a falta de oportunidade de um trabalho fixo (uma vez que realizava atividades esporádicas como motorista) e também em razão de ainda não ter conseguido sua aposentadoria.

A1 admitiu que tomava corretamente a medicação para controle do diabetes para evitar “levar broncas” da enfermeira da UBS. Entretanto, relatou que não conseguia realizar seu tratamento de forma correta, pois sua vida financeira ainda não estava estruturada, e que não tinha tempo e nem dinheiro para se alimentar de forma adequada.

Concomitante a esses fatores, A1 apresentava dificuldades com relação aos horários das refeições e à qualidade dos alimentos que ingeria. Relatou que em algumas situações alimentava-se fora de sua residência, em locais onde as pessoas “não se preocupavam em fazer uma alimentação saudável”, isto é, sem excesso de sal e gordura. Declarou estar ciente de que não deveria ingerir tais alimentos em razão das recomendações dos profissionais da unidade de saúde, mas que “não tinha outra alternativa”.

Observou-se pelos relatos deste participante que ele desconhecia as justificativas para o seguimento correto de um plano alimentar adequado para o controle do diabetes. Por exemplo, descreveu que caso ele fizesse as seis refeições diárias, incluindo os lanches conforme estava descrito no plano alimentar, ele iria aumentar de peso e o seu tratamento seria prejudicado. Observa-se neste caso que seu comportamento alimentar ficava sob o controle da autorregra “se eu comer seis vezes ao dia, vou ganhar peso e aumentar minha glicemia”, indicando desconhecimento acerca das vantagens do fracionamento das refeições e da importância do controle da qualidade e da quantidade do alimento.

Em outras situações, como A1 morava sozinho, precisava preparar sua própria alimentação, e, segundo ele, como não sabia cozinhar, geralmente preparava alimentos muito calóricos e não saudáveis. Também relatou não fazer os lanches entre as principais refeições recomendados pelos profissionais da UBS.

Quanto à atividade física, A1 relatou “não ter tempo” para a realização de caminhadas ou qualquer outro tipo de atividade física regular. Mas afirmou que sempre caminhava muito para chegar ao trabalho e que, quando precisava sair para qualquer compromisso, evitava tomar condução, preferindo andar a pé até o local de destino.

Análise dos efeitos da intervenção

Comparando-se os resultados de linha de base com os resultados obtidos ao final do estudo, A1 apresentou mudanças significativas. Com relação à hemoglobina glicada, houve uma diminuição nos níveis de 9,2% para 6,7%, alcançando parâmetros normais conforme preconizados pela SBD (2011), mesmo mantendo IADs baixos ao início (34,16%) e ao final (31,38%) da pesquisa.

Quanto aos indicadores emocionais, houve também mudança com relação aos níveis de estresse: de presença de estresse na fase de resistência na linha de base para

ausência pós-intervenção. Na reavaliação de sintomas de depressão houve mudança de leve para mínimo, indicando ausência de depressão ao final da intervenção. Em relação à qualidade de vida, os resultados indicaram que este participante se percebia como tendo boa qualidade de vida (95,87% ao início e 94,62% ao final), a despeito das dificuldades para adesão ao tratamento do diabetes.

Participante A2

Características sociodemográficas

Sexo feminino, 54 anos, casada, Ensino fundamental incompleto, empregada doméstica, classificação econômica D, com sobrepeso, hipertensão e doze anos de diagnóstico do diabetes. Apresentava valor de hemoglobina glicada (A1C) de 7,5% ao início de estudo.

Contingências relacionadas à adesão ao tratamento

Durante a pesquisa, esta participante relatou “sentir muito cansaço e dores nas pernas”. Para ela, o motivo principal dessas queixas era o diabetes. Afirmou que havia momentos em que não podia se locomover, até mesmo para se alimentar, já que ficava sozinha em casa boa parte do tempo.

A participante descreveu que, por conta do cansaço e das dores nas pernas, apresentava muitas dificuldades em exercer as atividades domésticas diárias, seja no trabalho ou em casa. Concomitante a esses fatores, relatava sentir muita fome o que a deixava “muito angustiada”, porque se preocupava em cumprir as orientações dos profissionais de saúde, mas ao mesmo tempo se sentia mal, relatando sentir “tontura, mal-estar e suor frio”.

Outro aspecto relevante, apontado pela participante durante as entrevistas iniciais, se refere às contingências familiares a que ela estava exposta e que a deixavam “muito triste”. Uma delas era a ausência do esposo que morava em outra cidade por

motivos de trabalho. Outra se referia a conflitos no relacionamento familiar gerados por um dos filhos. Além disso, se queixava de que os filhos não cooperavam com a divisão nas tarefas domésticas.

Com relação à atividade física, A2 relatava que fazia exercícios durante trinta minutos, duas vezes na semana. Segundo ela, esta atividade era reforçadora, tanto do ponto de vista da saúde quanto das relações sociais, pois neste local tinha um círculo de amizade. Desse modo, o comportamento de fazer atividade física era mantido por contingências sociais reforçadoras além da busca pelo bem-estar físico. A2 relatou que identificava frequentemente que quando fazia atividade física suas dores e cansaço diminuía.

Análise dos efeitos da intervenção

A participante A2 apresentou redução nos valores de hemoglobina glicada ao final do estudo, passando de 7,5% para 4,9%. Seus IADs permaneceram semelhantes ao início (61,45%) e ao final (64,07%) da pesquisa, o mesmo ocorrendo com seus relatos de adesão à medicação e à atividade física orientada, sugerindo que o uso do treino de automonitorização pode não ter influenciado em seu comportamento de adesão ao tratamento, provavelmente já instalado antes da pesquisa.

Quanto aos indicadores emocionais, ocorreu mudança em seus níveis de estresse, os quais reduziram de quase exaustão com predomínio de sintomas físicos para a fase de resistência, permanecendo o predomínio de sintomas físicos. Entretanto, os indicadores de ansiedade aumentaram de mínimo para moderado. Quanto à depressão, os valores permaneceram semelhantes, indicando nível mínimo. Sua percepção de qualidade de vida diminuiu ao final do estudo passando de 56,5% para 43,62% no escore geral.

Podemos considerar com relação a esses dados que, mesmo a participante apresentando algum comprometimento emocional, ela apresentava comportamentos de autocuidado com relação ao diabetes. Provavelmente, este comportamento de adesão estivesse presente por esquiva de consequências aversivas (como as dores no corpo) que o diabetes acarreta ao longo dos anos quando o paciente não tem um bom controle glicêmico. Em relação à atividade física, A2 relatou identificar as consequências positivas decorrentes das caminhadas, como reforço social e redução de sintomas.

Participante A3

Características sociodemográficas

Sexo feminino, 56 anos, casada, dois filhos e cursando o Ensino médio, empregada doméstica, mora com esposo e um filho, classificação econômica C1, com dez anos de diagnóstico do diabetes e valores de hemoglobina glicada (A1C) 7,6%.

Contingências relacionadas à adesão ao tratamento

Esta participante relatava estar muito preocupada com problemas familiares. Suas preocupações constantes eram com relação aos filhos, pois, segundo ela, mesmo eles sendo adultos, ainda eram motivos de preocupação. Por exemplo, a filha mais velha da participante era casada e atuava como missionária em um país distante, desse modo, o motivo de sua preocupação eram as constantes guerras civis que ocorriam naquele lugar, pois ela temia pela segurança da filha. Outra preocupação de A3 era com relação ao filho mais novo, que segundo ela era “desajuizado”, pois abandonara a religião da família para dedicar-se à carreira de músico. A3 não conseguia compreender, mas aceitava tal situação para evitar conflitos com o filho.

Um padrão comportamental que A3 relatava sobre o filho músico era que este saía de casa e não avisava para onde ia, nem quando voltaria. Apesar de terem muitos

atritos, A3 relatou que chegou a deixar de reclamar, mas que sempre se preocupava com o filho, chegando a passar noites sem dormir, temendo que alguma coisa acontecesse a ele.

Em algumas situações, A3 relatou que sua vida acadêmica também a preocupava, principalmente em períodos de avaliações, chegando a pensar que não conseguiria concluir o ano letivo. Suas maiores dificuldades eram com relação às tarefas extraclasse solicitadas pelos professores. Para A3, suas dificuldades acadêmicas estavam sempre relacionadas à sua idade.

Com relação ao tratamento do diabetes, A3 relatou que passou a não ter muito apetite depois do diagnóstico. Para ela, comer não era reforçador desde que descobriu que tinha diabetes, pois tudo passou a ser proibido e ela não podia comer como antes. Como os dois participantes anteriores, A3 também relatou que não fazia os lanches entre as principais refeições.

Esta participante também relatou que não fazia os lanches entre as principais refeições e que não seguia plenamente as orientações da nutricionista porque acreditava que eram muito restritivas e que, se seguisse estas orientações, apresentaria sintomas de hipoglicemia (autorregra).

Esta participante relatou ainda que sentia muita fraqueza, suor frio e sensação de desmaio, principalmente quando fazia atividade física. Mesmo assim, relatava que fazia regularmente atividade física cinco vezes por semana. Ela descrevia sempre que não seguia rigorosamente as instruções dos profissionais de saúde, pois temia que esses sintomas se agravassem. Em uma situação, A3 contou que relatou o mal estar para a médica e foi orientada a chupar uma bala caso viesse a sentir os sintomas desagradáveis durante a caminhada. Ela relatou não ter compreendido esta orientação, pois, “como uma pessoa com diabetes poderia chupar uma bala que é doce?”.

Análise dos efeitos da intervenção

Ao final da pesquisa, o valor da hemoglobina glicada de A3 reduziu de 7,6% para 6,2%. Seus IADs permaneceram semelhantes (58,53% e 50%), assim como seus relatos de adesão à medicação e à atividade física orientada.

Por sua vez, os indicadores emocionais apresentaram melhora ao final do estudo. O estresse reduziu de quase exaustão com predomínio de sintomas psicológicos para ausência. A depressão diminuiu de leve para mínimo e a ansiedade foi classificada como mínima, mas com ausência de sintomas de acordo com a avaliação da participante. O mesmo ocorreu com sua percepção de qualidade de vida, cujo escore geral aumentou de 60,12% ao início da pesquisa para 77,5% ao final.

Avaliando as contingências às quais a participante estava submetida, observou-se que, apesar dos problemas familiares, A3 não deixava de se cuidar, tomando os remédios e seguindo as orientações sobre atividade física regular. Segundo ela, fazer as atividades físicas eram contingências reforçadoras para se esquivar das situações aversivas presentes no ambiente familiar, além de trazerem benefícios para sua saúde.

Condição B: Recordatório 24 horas

Participante B1

Características sociodemográficas

Sexo masculino, 57 anos, viúvo, dois filhos, Ensino fundamental completo, agente prisional, mora sozinho, classificação econômica C2, com três anos de diagnóstico do diabetes. Apresentou valores de hemoglobina glicada (A1C) de 8%.

Contingências relacionadas à adesão ao tratamento

No início da pesquisa, este participante estava passando por algumas contingências aversivas em sua vida: havia perdido a esposa há quatro meses, vítima de

câncer, e ao início das entrevistas havia recebido a notícia do falecimento de um irmão, vítima de complicações crônicas do diabetes. Outras variáveis que segundo ele o deixavam muito irritado eram os conflitos que tinha com seu único filho.

O participante relatava que, em razão da morte da esposa, ocorreram mudanças bruscas em sua vida. Segundo ele, passou a se cuidar, desde preparar as próprias refeições, lavar suas roupas e limpar a casa, até cuidar da sua saúde. Ele relatava sempre que sua esposa era uma grande companheira de muitos anos, então aquela perda para ele “era irreparável”.

Por outro lado, após a morte da esposa e do irmão, o participante B1 aumentou seus contatos sociais com o restante da família, indo esporadicamente passar os domingos na casa de uma irmã, o que para ele era muito reforçador. Também relatou que o falecimento do irmão em decorrência de complicações crônicas do diabetes provocou maior frequência de comportamentos de adesão ao tratamento. Isto provavelmente ocorreu como esquiva das consequências aversivas observadas no caso do irmão.

Análise dos efeitos da intervenção

O participante B1 apresentou ligeira redução em seus níveis de hemoglobina glicada, reduzindo de 8% para 7,3%, ainda permanecendo com valor considerado como de risco para o controle do diabetes.

Seus IADs melhoraram, subindo de 47,7% para 67,86% ao final do estudo. Não foram observadas mudanças em seus relatos de adesão à medicação, mantendo-se em 100%, nem em relação ao sedentarismo. Quanto aos indicadores emocionais, observou-se elevação no nível de depressão, que passou de mínimo para leve. Os níveis de ansiedade (mínimo) e de estresse (ausência) permaneceram iguais. Sua percepção de

qualidade de vida também se manteve estável (74,5% e 79,75%), sendo considerada como boa pelo participante.

Observa-se que B1, participante com o menor tempo de diagnóstico de diabetes (3 anos), apesar das perdas afetivas recentes, apresentava comportamentos de autocuidado com sua saúde, especialmente como esquiva de consequências aversivas a partir do modelo observado no irmão que faleceu em decorrência de complicações do diabetes mal controlado. Entretanto, chama-se atenção para o agravamento de seu nível de depressão observado ao final do estudo, o que futuramente pode dificultar sua adesão ao tratamento.

Participante B2

Características sociodemográficas

Sexo masculino, 47 anos, casado, Ensino médio completo, eletricista, mora com a esposa e um sobrinho, classificação econômica C1, com sobrepeso, hipertensão arterial e quatro anos de diagnóstico do diabetes. Apresentou valores de hemoglobina glicada (A1C) de 7,1%.

Contingências relacionadas à adesão ao tratamento

O participante B2 descrevia “sentir-se muito mal, irritado e preocupado com seus problemas”. O motivo principal de suas queixas eram os problemas financeiros. Ele relatava que frequentemente pensava em como iria pagar suas contas com o salário ganho no final de mês e isso o deixava muito aborrecido, chegando a entrar em conflitos com familiares e colegas de trabalho.

Durante as entrevistas o participante relatava que era tabagista e fumava com muita frequência durante o dia (chegando a 20 cigarros). Para ele, este comportamento

diminuía sua constante ansiedade e o deixava ficar mais tranquilo, apesar de ter informações sobre os prejuízos que o tabagismo poderia trazer para sua saúde.

Análise dos efeitos da intervenção

Com relação aos valores de hemoglobina glicada, houve um aumento ao final do estudo, passando de 7,1% para 9,5%, ultrapassando os parâmetros recomendados pela SBD (2011).

Seus IADs permaneceram com valores abaixo do recomendável (43,09% e 49,62%). Seus indicadores emocionais melhoraram ao final do estudo, pois, o estresse reduziu de quase exaustão para ausência, a depressão de moderada para mínima e a ansiedade de grave para mínima. Por sua vez, sua percepção de qualidade de vida aumentou significativamente, subindo de 41,33% ao início do estudo para 80,25% ao final.

Ao final da pesquisa, B2 relatou que havia eliminado o hábito de fumar e havia iniciado atividade física orientada, afirmando que esta decisão trouxe muitos benefícios para sua saúde, desde sentir-se menos cansado até apresentar menos irritabilidade.

Participante B3

Características sociodemográficas

Sexo feminino, 58 anos, separada, Ensino médio incompleto, do lar, classificação econômica C1, com dez anos de diagnóstico do diabetes e valores de hemoglobina glicada (A1C) 10,1%.

Contingências relacionadas à adesão ao tratamento

A participante B3 relatou estar “muito estressada e aborrecida” com problemas familiares. O motivo constante destes aborrecimentos era a presença do ex-marido em sua casa. Segundo a participante, o ex-marido “não conseguia viver independentemente dela”, visto que ele ainda se comportava como se fossem casados, como, por exemplo,

levando suas roupas para ela lavar e dormindo em sua casa. Mas, de acordo com a participante, eles não tinham mais vida conjugal.

A participante também relatou que se sentia muito aborrecida com as atitudes do filho mais velho. Segundo ela, o filho seguia o modelo inadequado do comportamento do pai; e, em outras ocasiões, se sentia preocupada com ele pelo fato de ele não ter conseguido um emprego.

Diante dessa contingência, B3 não conseguia resolver o problema, pois “sentia pena do ex-marido” e não gostaria de tomar uma atitude drástica com relação ao comportamento dele. Além disso, tinha receio de tomar providências quanto ao filho por “medo de sua reação, já que este era muito agressivo”.

A participante relatou que se sentia preocupada sobre como essa situação poderia afetar a filha adolescente, uma vez que tanto o pai, quanto o irmão davam ordens à adolescente e esta era obrigada a cumprir, de modo submisso diante da agressividade do pai e do irmão.

B3 relatava durante as entrevistas que “quando sentia raiva, tinha a impressão que iria explodir”. Neste momento, era possível observar que esta participante discriminava que suas reações emocionais poderiam afetar sua saúde, pois ela observava que sua pressão arterial aumentava e outros sintomas como dor de cabeça, dor no estômago e insônia eram frequentes.

Com relação ao diabetes, B3 relatava que fazia de tudo para controlar sua glicemia, citando como exemplo evitar frituras, doces e refrigerantes, mas, mesmo com tanto esforço, não conseguia alcançar tal objetivo. Quanto à atividade física, B3 relatava que fazia caminhada todos os dias quando precisava ir à feira (atividade de rotina) ou quando saía para levar a filha para a aula de educação física.

Análise dos efeitos da intervenção

Comparando-se os resultados de linha de base com os resultados obtidos após a intervenção, observa-se que com relação à hemoglobina glicada houve aumento nos valores, subindo de 9,7% para 11,8%, indicando dificuldade no controle da glicemia conforme a SBD (2011).

Seus IADs mantiveram-se baixos (54,26% e 47,12%) ao final do estudo. Quanto aos indicadores emocionais, foram mantidas as avaliações do estresse (ausência) e da ansiedade (mínima), e houve discreto aumento nos sintomas de depressão (de mínimo para leve). Embora tenha ocorrido uma discreta diminuição no escore geral da percepção de B3 acerca de sua qualidade de vida (de 81,81% para 73,2%), tal resultado ainda indica que esta participante avaliava como boa a sua qualidade de vida.

Condição C: Rotina

Participante C1

Características sociodemográficas

Participante do sexo feminino, 59 anos, casada, ensino médio incompleto, empregada doméstica, classificação econômica C1, com sete anos de diagnóstico do diabetes. Apresentava valor de hemoglobina glicada (A1C) de 9%.

Contingências relacionadas à adesão ao tratamento

C1 relatou ficar “muito preocupada, aborrecida e estressada” com determinadas contingências em seu ambiente familiar. O quanto o diabetes compromete o funcionamento familiar. A preocupação maior era a situação de dois netos os quais havia criado como filhos, recaindo sobre ela toda a responsabilidade com eles, e este problema era contínuo e “sem solução”.

Outro problema que enfrentava era relacionado à sua situação de moradia. De acordo com seus relatos, sua família nuclear adquiriu uma casa na propriedade da família de origem e esta situação favorecia a ocorrência de muitos conflitos.

Em relação à adesão ao tratamento, C1 admitiu que quando estava muito preocupada com seus problemas familiares, “esquecia” de tomar os medicamentos para controle do diabetes.

Análise dos efeitos da intervenção

Ao final da pesquisa, observou-se que o valor da hemoglobina glicada de C1 aumentou de 9% para 12%, permanecendo acima do valor recomendado pela SBD (2011). Seus IADs foram os mais baixos dentre todos os participantes, tanto ao início (13,88%) quanto ao final (15,88%) da pesquisa. Seus indicadores emocionais permaneceram alterados: estresse em quase exaustão, depressão moderada e ansiedade leve, resultados semelhantes aos obtidos ao início do estudo. Quanto à percepção sobre sua qualidade de vida, C1 apresentou diminuição de 63,39% para 54,87% no escore geral.

Participante C2

Características sociodemográficas

Sexo feminino, 47 anos, casada, dois filhos adultos, Ensino médio incompleto, doméstica, mora com os filhos e o companheiro, classificação econômica C1, com sobrepeso e doze anos de diagnóstico do diabetes. Apresentava como comorbidade hipertensão arterial e valores de hemoglobina glicada (A1C) 12%.

Contingências relacionadas à adesão ao tratamento

C2 relatou estar muito preocupada com sua condição financeira, pois havia sido despedida de seu trabalho no serviço público e desde que aconteceu este fato não conseguiu arrumar outro emprego. O fato de depender financeiramente de seus filhos e de seu companheiro a deixava “muito chateada e impotente” porque sempre foi independente financeiramente.

Outras razões de suas queixas eram os conflitos com os filhos e o companheiro, pois, segundo ela, não havia diálogo entre eles e às vezes precisava intervir nas brigas que aconteciam frequentemente.

A participante relatava também que não se dava bem com o namorado da filha e nem com a namorada do filho, mas que “aturava-os” para evitar conflitos entre eles e “para preservar a harmonia em seu lar”.

Em razão de sua vida conturbada e preocupações constantes, C2 relatou que não estava dando a atenção que deveria dar à sua saúde e que já havia um bom tempo que não fazia controle do diabetes. Ela descrevia “que sabia que seu diabetes estava alto por causa dos sintomas de formigamento frequente”. Segundo ela, assim que tivesse um tempo iria marcar uma consulta na UBS para continuar a fazer o tratamento.

Análise dos efeitos da intervenção

Ao final da pesquisa, a participante C2 apresentou ligeira redução no valor da hemoglobina glicada, de 12% para 9,1%, mas ainda indicando dificuldade no controle da glicemia. Seus IADs obtiveram aumento, mas mantiveram-se baixos tanto no início (36,17%) quanto ao final (46,75%). Seus indicadores emocionais pioraram, ficando o estresse na fase de exaustão com predomínio de sintomas físicos, e depressão,

ansiedade em nível moderado. O mesmo ocorreu com sua percepção de qualidade de vida, cujo escore total reduziu de 75,25% para 48,18%.

Provavelmente, C2 apresentou estes resultados pela razão de ter sido hospitalizada, estar ao final da pesquisa sob cuidados médicos, e por ter apresentado as complicações crônicas do diabetes, fato que a levou a fazer fisioterapia por estar impossibilitada de locomover-se.

Participante C3

Características sociodemográficas

Sexo feminino, 55 anos, solteira, Ensino fundamental incompleto, doméstica, classificação econômica C1, com sobrepeso e dezessete anos de diagnóstico do diabetes. Apresentava valor de hemoglobina glicada (A1C) igual a 13%.

Contingências relacionadas à adesão ao tratamento

Esta participante, assim como os demais, relatou estar “muito estressada e aborrecida” com problemas financeiros e com conflitos gerados em seu ambiente familiar. Relatou ainda que não tinha apoio da família para seu tratamento, pois se sentia mal frequentemente e não havia ninguém para ajudá-la. A participante apresentava déficits em assertividade e dificuldades em dizer não para os outros.

A participante queixava-se que sempre sentia dores nas pernas, cansaço constante e problemas de visão. Segundo ela, apesar desses sintomas, precisava trabalhar para garantir o sustento da família. Para a participante, estavam claros que esses sintomas eram decorrentes do mau controle do diabetes.

A participante também se queixava do comportamento dos filhos que não contribuíam com as despesas de casa e muitas vezes a aborreciam demais em razão de brigas frequentes. C3 relatou que, muitas vezes ficava em dúvida se abandonava sua

casa e deixava os filhos resolverem seus próprios problemas, já que segundo ela “eram todos adultos e tinham condições de viverem independentemente”. Em outras situações, desejava mandá-los embora de sua casa. Então, este dilema a deixava “muito triste, angustiada e às vezes aborrecida” porque não conseguia tomar qualquer decisão que a fizesse sair desta situação.

Análise dos efeitos da intervenção

Os valores de hemoglobina glicada de C3 permaneceram altos durante o estudo (13% e 12,1%), indicando pouco controle do diabetes. Entretanto, como já apresentado, seus IADs foram os mais elevados dentre todos os participantes do estudo (77,84% e 79,72%). Por sua vez, os indicadores emocionais permaneceram alterados, com estresse na fase de quase exaustão com predomínio de sintomas físicos, depressão em nível grave e ansiedade leve. Por outro lado, sua percepção de qualidade de vida apresentou melhora passando de 48,27% para 72,43%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi comparar os efeitos de três procedimentos de intervenção (treino de automonitorização com feedback, uso de recordatório 24 horas e rotina do tratamento) sobre indicadores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em nove adultos com diagnóstico de diabetes Tipo 2.

Os resultados mostraram que seis participantes apresentaram níveis elevados de estresse, depressão e percepção negativa de sua qualidade de vida, quatro apresentaram níveis elevados de ansiedade em linha de base. Outras variáveis foram verificadas, como o baixo índice de adesão à dieta ($M=47,45$; amplitude de 13,88% a 77,84%) e altos valores de hemoglobina glicada ($M=9,3\%$; amplitude de 7,1% a 13%).

Ao longo do estudo foi observado que ocorreram mudanças nos indicadores emocionais e nos valores de hemoglobina glicada dos três participantes da Condição A (A1, A2 e A3), os quais foram submetidos ao treino de automonitorização com feedback. Em relação à percepção de qualidade de vida, na Condição A, a participante A3 apresentou mudança após a intervenção. Algumas considerações a respeito da presença de indicadores emocionais devem ser observadas no estudo, como a fase do desenvolvimento pela qual os participantes se encontravam como a preparação para a aposentadoria, mudança no estilo de vida, alteração na composição familiar, perdas e diminuição do desempenho. Provavelmente, a presença de alguns indicadores demonstrados durante o estudo se deva a presença desses fatores intrínsecos ao processo de desenvolvimento do indivíduo.

Nas demais condições, observou-se diminuição nos valores de hemoglobina glicada em B1 e mudança na percepção da qualidade de vida em B1, B2 e C3. Observou-se que não ocorreram mudanças na adesão à dieta e à atividade física (com exceção do participante B2), independentemente da condição à qual o participante foi submetido.

Esses dados sugerem que o procedimento de automonitorização com feedback favoreceu a mudança de indicadores emocionais, valores de hemoglobina glicada e da percepção de qualidade de vida, mas não produziu efeito sobre a adesão à dieta e à prática de atividade física regular. Os participantes da Condição C (submetidos à rotina do tratamento) foram os que apresentaram os resultados menos expressivos.

Em relação à dieta, destaca-se que neste quesito os participantes relataram que não haviam recebido orientações nutricionais individualizadas, nem recebido um plano alimentar impresso com instruções quanto ao planejamento alimentar. Desse modo, a

análise da adesão à dieta pelos participantes ficou prejudicada, pois foi utilizado um protocolo mais geral para comparação. Neste contexto, os profissionais de saúde precisam compreender a influência de variáveis culturais na determinação de alguns comportamentos.

Os resultados destacam a importância de se utilizar múltiplas medidas de adesão ao tratamento, como foi o caso deste estudo. A comparação entre o relato do participante e os valores de hemoglobina glicada permitiu inferir que, no caso da medicação os relatos poderiam não ser fidedignos, pois havia incompatibilidade entre o que o participante relatava sobre o uso contínuo e correto do medicamento e os altos valores de A1C. Por sua vez, observou-se também que, quanto à dieta, os relatos dos participantes foram, em sua maioria, característicos de não seguimento da dieta, coincidindo com a medida bioquímica. Esses dados sugerem que há evidências de não correspondência entre o relato de adesão e o seu não seguimento.

Os resultados sugerem que alguns participantes, mesmo estando sob o controle de contingências aversivas - como perda de pessoas significativas da família, condições econômicas adversas - apresentavam relatos de comportamento de adesão. O participante B1 apresentou tais características ao longo do estudo.

Este estudo revelou que um conjunto de variáveis interfere nas dificuldades do indivíduo com diabetes em aderir às prescrições dos profissionais de saúde. Dentre elas, destaca-se a falta de uma sistematização no atendimento oferecido pela UBS aos participantes, visto que as metas do tratamento não estavam claras para esta amostra. Observou-se que os participantes desconheciam o significado dos valores da hemoglobina glicada, não planejavam as refeições de modo a controlar a ingestão de carboidratos, nem administravam sua rotina de modo a seguir o tratamento sem prejudicar a qualidade de vida.

Outra variável importante a ser considerada era a estrutura organizacional do programa Hiperdia oferecido pela UBS na qual os participantes estavam inscritos. Durante a coleta de dados, tomou-se conhecimento de que esta unidade de saúde se encontrava em processo de reestruturação, com vistas a se tornar uma unidade de referência especializada, e que o referido programa provavelmente seria transferido daquela unidade para outra que ainda não havia sido organizada o que provavelmente interferia na qualidade dos atendimentos aos pacientes com diabetes e hipertensão.

Outras variáveis relevantes identificadas ao longo do estudo se referem às contingências ambientais às quais os participantes estavam expostos. A maioria destas se reportava a conflitos no relacionamento familiar, associados a dificuldades no controle das emoções e ao abandono do tratamento. Os efeitos observados com os participantes da Condição A (treino de automonitorização com feedback) sugerem a importância de se inserir a avaliação de indicadores emocionais e de qualidade de vida no protocolo de assistência a adultos com diabetes Tipo 2, como prevenção a dificuldades na adesão ao tratamento como recomendado pela ADA e SBD. O protocolo também poderia inserir o treino de habilidades sociais com vistas a promover um melhor enfrentamento de contingências aversivas as quais os pacientes estivessem expostos como os conflitos familiares, dando-se ênfase na importância do suporte social para a resolução de problemas financeiros como foi o caso da população pesquisada.

Os resultados sugerem que também houve divergência entre os indicadores emocionais e a avaliação subjetiva da qualidade de vida pelos participantes. Observaram-se altos escores nos domínios aspectos emocionais e de saúde mental indicando uma avaliação positiva da qualidade de vida pelos participantes, mesmo com níveis elevados nos indicadores emocionais de estresse, ansiedade e depressão. Neste contexto, destaca-se a importância de análises funcionais individualizadas a fim de se

identificar as variáveis de instalação e de manutenção do comportamento de adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

- Alves, B.A., & Calixto, A.A.T.F. (2012). Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde no interior paulista. *Journal of Health Science Institution*, 30, 255-260.
- American Diabetes Association [ADA] (2013). Standards of medical care in diabetes-2013. *Diabetes Care*, 36(Supplement1), January, S11-S61.
- Antônio, P. (2010). A psicologia e a doença crônica: intervenção em grupo de diabetes mellitus. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11, 15-27.
- Ataíde, M. B. C., & Damasceno, M. M. C. (2006). Fatores que interferem na adesão ao autocuidado em diabetes. *Revista de Enfermagem, UERJ*, 14, 518-23.
- Banaco, R.A. (1997). Autorregras e patologia comportamental. In D.R. Zamignani (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: A aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos*. (pp. 80-88). São Paulo: ARBytes.
- Bohm, C. H., & Gimenes, L.S. (2008). Automonitoramento como técnica terapêutica e de avaliação comportamental. *Revista Psicolog*, 1, 88-100.
- Cardoso, G.M, Valoes, L.M.A, Almeida O.A.E., & Ferrari, C.K.B (2012). Qualidade de vida na percepção da gravidade da doença em portadores de diabetes mellitus. *Enfermagem em foco*, 3, 143-146.

- Carvalho, N. S., Ribeiro, P. R., Ribeiro, M., Nunes, M. P. T., Cukier, A., & Stelmach, R. (2007). Asma e doença pulmonar obstrutiva crônica: uma comparação entre variáveis de ansiedade e depressão. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33,1-6.
- Chaves, E. C., & Cade, N. V. (2004). Efeitos da ansiedade sobre a pressão arterial em mulheres com hipertensão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 162-167.
- Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF – 36 (Brasil SF – 36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39, 143-150.
- Cortazar-Palapa, J., Riveros, R.A. & Sánchez-Sosa, J.J. (2004). Herramientas para latoma de decisiones en terapia cognitivo-conductual en escenarios médicos: el uso del sistema de autorregistro. Ponencia presentada en el XII Congreso Mexicano de Psicología, Guanajuato, México.
- Coelho, C. R., & Amaral, V.L.A.R. (2008). Análise de contingências de um portador de diabetes mellitus tipo 2: estudo de caso. *Psico-USF*, 13, 243-251.
- Coelho, C. R., & Amaral, V. L. A. R. (2012). Análise dos comportamentos de adesão ao tratamento em portadores de diabetes mellitus tipo 2. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 15, 4-15.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. Tradução de Jurema Alcides Cunha. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fernandes, I.I.B., Vasconcelos, K.C., & Silva, L.L.L. (2009). *Análise da qualidade de vida segundo o questionário SF-36 nos funcionários da gerência de assistência*

nutricional (GAN) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Trabalho de Conclusão de Curso. Belém: Universidade da Amazônia.

Ferreira, E. A. P. & Fernandes, A. L. (2009). Treino em Auto-Observação e Adesão à Dieta em Adulto com Diabetes Tipo 2, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25, 629-636.

Ferreira, E. A. P. (2001). *Adesão ao tratamento em portadores de diabetes: efeitos de um treino em análise de contingências sobre o comportamento de autocuidado*. Tese de Doutorado. Brasília: Universidade de Brasília.

Ferreira C.L.R.A., & Ferreira, M.G. (2009). Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde - análise a partir do Hiperdia. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 53-61.

Georgiades, A., Zucker, N., Friedman, K. E., Mosunic, C. J., Applegate, K., Lane, J. D.,... Surwit, R.S. (2007). Changes in depressive symptoms and glycemic control in diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 69, 235-241.

Giacomozzi A.R., Vindas A.P., da Silva Junior A.A.,... Bordini C.A., Buonanotte C.F., Roesler C.A., Moreira Filho P.F.(2012). Consenso Latino-Americano para as Diretrizes de Tratamento da Migrânea Crônica. *Headache Medicine*, 3, 150-61.

Gimenes H. T., Zanetti, M. L., & Haas, V.J. (2009). Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17, [online]. Disponível em www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_08.pdf

Gomes, D. L. (2010). Efeitos da automonitoração sobre comportamento de adesão a dois tipos de regras nutricionais em adultos com diabetes Tipo 2. Dissertação de Mestrado. Belém: Universidade Federal do Pará.

- Groff, D. P., Simões, P.W.T., & Fagundes, A.L.S.C. (2011). Adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos tipo II usuários da estratégia saúde da família situada no bairro Metrópol de Criciúma, SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 40, 43-48.
- Holmes, T.H.; Rahe, R.K. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-221.
- Lipp, M. E. N (2000). *Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ludwig, M.W.B, Bortolon, C., Bortoline, M., Feoli, A.M., Macagnan, F. E., & Oliveira, M. S. (2012). Ansiedade, depressão e estresse em pacientes com síndrome metabólica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64, 31-46.
- Malerbi, F. E. K. (2000) Adesão ao tratamento. In R.R. Kerbauy (Org). *Sobre comportamento e cognição: Conceitos, pesquisas e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico*. Santo André: ESETec Associados.
- Malerbi, F. E. K. (2001). Estratégias para aumentar a adesão em pacientes com diabetes. In H. J. Guilhardi, M. B. B. P., Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a Variabilidade* (pp. 257-268). Santo André: ESETec.
- Matos, M. A. (1999). Análise funcional do comportamento. *Estudos de Psicologia Campinas*, 16, 8-18.
- Meyer, S.B. (2005). Regras e autorregras no laboratório e na clínica controle. In J. Abreu-Rodrigues & R.M. Ribeiro (Orgs.), *Análise do comportamento: pesquisa, teoria e aplicação*. Porto Alegre: ARTMED.
- Moos, R., Cronkite, R., Billings, A. y Finney, J. (1986). Health and Daily Living Form Manual Social Ecology Laboratory, Department of Psychiatry and Behavioral

Science. Palo Alto, CA: Veterans Administration and Stanford University Medical Center.

Moraes, A. B. A., Rolim, G. S., & Costa Junior, A.L. (2009). O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental, *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11, 329-345.

Morais, G.F.C., Soares, M. J. G.O., Costa, M.M.L., & Santos, I.B.C. (2009). O diabético diante do tratamento, fatores de risco e complicações crônicas. *Revista de Enfermagem*, 17, 240-245.

Moreira, R. O., Papelbaum, M., Appolinario, J.C., Matos, A.G., Coutinho, W.F., Meirelles, R.M.R., Ellinger V.C.M., & Zagury, L. (2003). Diabetes Mellitus e depressão: Uma revisão sistemática. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*, 47, 19-29.

Oliveira, A.R., & Sales, C.A.C. (2005). Ansiedade e depressão em clientes com hipertensão e diabetes atendidos por uma equipe de saúde da família. *Saúde Coletiva*, 2, 53-56.

Oliveira, L. C. C., Ferreira, E. A. P., & Casseb, M. S. (2005). Os efeitos do uso de registro de automonitoração sobre a modelagem de comportamentos alimentares adequados em paciente com risco de desenvolver diabetes. Disponível em www.cultura.ufpa.br/rcientifica/melhores_trabs_05/ed_06_lcco.pdf

Otero, L.M., Zanetti, M.L., & Teixeira, C.R.S (2007). Características sociodemográficas e clínicas de portadores de diabetes em um serviço de atenção básica à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, [online] set-out (número especial). Disponível em www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_08.pdf

- Peixoto, R.M., Rodrigues P.R., Chevtchouk L., Resende D.F., & Jurno M.E. (2012). Comparação da percepção da qualidade de vida entre migrançosos, diabéticos e voluntários sadios através do Brazilian SF-36. *Headache Medicine*, 3, 26-35.
- Pereira, G.F.S, Barboza, G.P., & Miyar, L.O. (2010). Características do tratamento medicamentoso de pacientes diabéticos de uma Unidade Básica de Saúde. *Revista Ciência e Saúde*, 3, 35-44.
- Ramos, L., & Ferreira, E.A.P.F. (2011). Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes Tipo 2. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 21, 867-877.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F. L., & Sánchez-Sosa J. J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabeticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 445–462.
- Riveros, A., Sánchez-Sosa, J. J., & Groves, M. (2004). *Inventario de calidad de vida y salud*. In CaVisa: México Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rodríguez, A., Delgado-Cohen, H., Reviriego, J., & Serrano-Ríos, M.(2011). Risk factors associated with metabolic syndrome in type 2 diabetes mellitus patients according to WHO, Third Report National Cholesterol Education Program, and International Diabetes Federation definitions. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 4, 1-4.
- Santos, F.S., Oliveira, K.R., & Colet, C.F. (2010). Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de diabetes mellitus atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ijuí/RS: Um estudo exploratório, *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 31, 223-227.

- Santos-Filho, C. V., Rodrigues, W. H. C., & Santos R. B. (2008). Papéis de autocuidado – Subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes mellitus. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 12, 125–129.
- Silva, I., Pais-Ribeiro J., & Cardoso H. (2004). Dificuldades em perceber o lado positivo da vida? Stress em doentes diabéticos com e sem complicações crónicas da doença. *Avaliação Psicológica*, 3, 597-605.
- Silva, I. Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Contributo para a adaptação da Life Events Survey (LES) à população diabética portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21, 49-60.
- Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD] (2009). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Disponível em http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf.
- Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD] (2011). *Algoritmo para o tratamento do diabetes tipo 2*. Posicionamento oficial SBD nº 3, Atualização 2011.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, A., & Lushene, R.E. (1970). *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Surwit, R.S., Tilburg M.A.L.V., Zucker N., McCaskill C.C., Parekh, P., Feinglos M.N., Edwards C.L., Williams, P., & Lane, J.D. (2002). Stress management improves long-term glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 25, 30-34.
- World Health Organization [WHO] (2011). Diabetes. *Fact sheet*, 312 January. Disponível em www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/
- World Health Organization [WHO] (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Disponível em http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en

ANEXOS

ANEXO A:VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA - SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim, dificuldade muito	Sim, dificuldade um pouco	Não, não dificuldade de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) dar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO B: RECORDATÓRIO DAS 24 HORAS ANTERIORES À ENTREVISTA

NOME: _____ DATA: ____/____/____

Dieta

Refeições	Alimento	Quantidade	Hora
Café			
Lanche1			
Almoço			
Lanche2			
Jantar			
Ceia			
Extra			

Medicação:

	Tipo	Horário	Dosagem
Medicação			

Atividade Física:

Atividade física	Caminhada (30 minutos)	Outro tipo de atividade física
Horário		

ANEXO C: PROTOCOLO DE AUTOMONITORAÇÃO DE SINTOMAS DE ESTRESSE/ANSIEDADE

NOME: _____ DATA: ____/____/____

No quadro abaixo, marque com um **X** os sintomas emocionais que você apresentar nos próximos dias.

Registro diário							
Dias da semana							
Sintomas							
Problemas com a memória							
Mal-estar generalizado							
Mudança de apetite							
Aparecimento de problemas na pele							
Pressão alta							
Cansaço constante							
Tontura/sensação de estar flutuando							
Choro frequente							
Dúvida quanto a suas próprias capacidades							
Pensar constantemente em um só assunto							
Irritabilidade excessiva							
Diminuição da vontade de fazer sexo							

ANEXO D: PROTOCOLO DE AUTOMONITORAÇÃO DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO

NOME: _____ DATA: ____/____/____

No quadro abaixo, marque com um **X** as faces que demonstrarem as emoções sentidas por você nos próximos dias.

Dias de registro							
Dias da semana Expressão das emoções							
 Muito feliz							
 Feliz							
 Nem nem feliz nem triste							
 Triste							
 Muito triste							

ANEXO E: PROTOCOLO DE ADESÃO AO TRATAMENTO

Nome: _____ Data: ____/____/____

No quadro abaixo, marque com um **X** somente nos dias em que você julga que fez suas refeições, tomou seus remédios e fez atividade física de acordo com as orientações dos profissionais da UBS.

Protocolo de adesão à dieta

Dias de registro							
Dias da semana Refeições							
Café							
Lanche 1							
Almoço							
Lanche 2							
Jantar							
Ceia							
Extra							

Protocolo de adesão à medicação

Dias de registro							
Dias da semana Medicação							
Tipo							
Horário							

Protocolo de adesão à atividade física

Dias de registro							
Dias da semana Medicação							
Caminhada (30 min)							
Outro tipo de atividade física							

ANEXO F: ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA TREINO EM ANÁLISE DE CONTINGÊNCIAS

NOME: _____ DATA: ____/____/____

ADESÃO À DIETA:

- 1) Em sua opinião, considerando o que você registrou no Protocolo, o que você acha que está de acordo com as regras de adesão à dieta?
- 2) O que você acha que facilitou sua adesão à alimentação de acordo com as recomendações da nutricionista?
- 3) O que você acha que dificultou sua adesão?

ADESÃO À MEDICAÇÃO:

- 1) Em sua opinião, considerando o que você registrou no Protocolo, o que você acha que está de acordo com as orientações prescritas pelo médico com relação a sua medicação?
- 2) O que você acha que facilitou sua adesão à medicação de forma adequada?
- 3) O que você acha que dificultou sua adesão?

ADESÃO À ATIVIDADE FÍSICA:

- 1) Em sua opinião, considerando o que você registrou no Protocolo, o que você acha que está de acordo com as orientações prescritas pela equipe de saúde referente à atividade física?
- 2) O que você acha que facilitou sua adesão à atividade física?
- 3) O que você acha que dificultou sua adesão?

ENFRENTAMENTO DO ESTRESSE:

- 1) Em sua opinião, o que você acha que acontece em sua vida que faz você se sentir estressado?
- 2) O que você faz diante desta situação?
- 3) Quando você se comporta desta maneira, o que acontece?
- 4) Você acha que esta situação interfere no seu tratamento?
- 5) De que forma essa situação interfere no seu tratamento?
- 6) O que você acha que pode fazer para controlar (ou resolver) este problema?

Antecedentes	Comportamento	Consequentes

ENFRENTAMENTO DA ANSIEDADE:

- 1) Em sua opinião, o que você acha que acontece em sua vida que faz você se sentir ansioso?
- 2) O que você faz diante desta situação?
- 3) Quando você se comporta desta maneira, o que acontece?
- 4) Você acha que esta situação interfere no seu tratamento?
- 5) De que forma essa situação interfere no seu tratamento?

ANEXO G: ROTEIRO DE ENTREVISTA FINAL

NOME: _____ DATA: ____/____/____

Nesta entrevista de encerramento, conversaremos sobre as mudanças ocorridas na sua vida durante a participação na pesquisa.

- 1) Como você avalia sua participação nesta pesquisa?
- 2) O que mudou em seu dia-a-dia, desde o momento que começou a fazer parte da pesquisa?
- 3) As pessoas com as quais você convive observaram mudanças em sua vida?
- 4) Como você avalia a sua adesão ao seu tratamento após esta intervenção?
- 5) Entre as orientações que você recebeu, qual ou quais você tem seguido regularmente, sem apresentar maiores dificuldades?
- 6) O que você observa que não mudou em sua vida após ter entrado na pesquisa?
- 7) O que você aprendeu durante a pesquisa ajudou você a se sentir melhor?
- 8) Quais ganhos você avalia que obteve com esta intervenção?

Agora, observe os resultados que foram obtidos com a sua participação na pesquisa:

Variáveis	Antes	Depois
Controle do diabetes	Hemoglobina glicada	
Adesão ao tratamento	IAD (dieta)	
	Medicação	
	Atividade Física	
Fatores emocionais	Estresse	
	Ansiedade	
	Depressão	
Qualidade de vida	Capacidade funcional	
	Aspectos físicos	
	Dor	
	Estado geral de saúde	
	Vitalidade	
	Aspectos sociais	
	Aspecto emocional	
	Saúde mental	

ANEXO H: PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO CEP



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

PARECER DE ÉTICA DE PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. **Protocolo:** Nº024/2011-CEP/NMT
2. **Projeto de Pesquisa:** FATORES EMOCIONAIS, QUALIDADE DE VIDA E ADESAO AO TRATAMENTO EM ADULTOS COM DIABETES TIPO 2
3. **Pesquisador Responsável:** Luciane Ramos.
4. **Instituição / Unidade:** UFPA-NTPC/PPGTPC.
5. **Data de Entrada:** 10.06.2011.
6. **Data do Parecer:** 28.06.2011.

PARECER

O Comitê de Ética em Pesquisa do NMT/UFPA apreciou o protocolo em tela durante a reunião realizada no dia 28.06.2011. Considerando que foram atendidas as exigências da Resolução 196/96-CNS/MS, manifestou-se pela aprovação do parecer do relator.

Parecer: **APROVADO**

Belém, 28 de junho de 2011.


Prof. Dr. Hellen Thais Fuzii
Coordenadora do CEP-NMT/UFPA.
Hellen Thais Fuzii
Coordenadora do Comitê de Ética

ANEXO I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes Tipo 2

Senhor(a) _____

Você está convidado(a) a participar de um estudo que pretende verificar os efeitos de um programa de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento em indivíduos com diabetes Tipo 2. Sua participação se dará por meio de entrevistas em seu domicílio, em horários previamente combinados. Gostaria de ressaltar que os riscos são mínimos ou quase inexistentes. Os resultados da pesquisa serão confidenciais e sua identidade será preservada. Será utilizado um código para a identificação de cada participante da pesquisa, somente divulgado em eventos científicos ou submetido à publicação, em revista científica, mantidas as condições de sigilo. Espera-se que esta pesquisa possa beneficiá-lo(a) de alguma maneira, considerando que se pretende desenvolver intervenções que visem uma melhor maneira de lidar com situações que dificultem a sua adesão ao tratamento.

A instituição autorizou a realização da pesquisa e está ciente de sua participação. Nesse sentido, solicitamos sua colaboração. Você tem todo o direito de não aceitar e, em qualquer momento da pesquisa, poderá interromper sua participação, sem qualquer problema ou retaliação ou represália, devendo somente avisar a pesquisadora da sua desistência.

Pesquisadora responsável: Luciane Ramos

Registro no Conselho Regional de Psicologia: 010/1150

Endereço: Rua Augusto Corrêa, 01 – Campus Universitário do Guamá, Belém, Pará, Brasil - CEP 66.075.110 Fones 3201-7662(91) /3201-8476

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, e que me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre o conteúdo da mesma, assim como os seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da presente pesquisa.

Belém, _____ de _____ de 2011.

Assinatura do (a) paciente

Comitê de Ética do Núcleo de Medicina Tropical: NMT/UFGA
Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92. Umarizal. Fone: (91)3241-9864

ANEXO J: RESULTADOS DO TREINO EM ANÁLISE DE CONTINGÊNCIAS

Os participantes da Condição A foram submetidos ao treino de análise de contingência com o objetivo de instalar comportamentos de auto-observação e de discriminação das contingências relacionadas à adesão à medicação, atividade física, dieta, controle de estresse/ansiedade e depressão, a partir do fornecimento de feedback aos relatos que coincidissem com os comportamentos prescritos para o tratamento do diabetes Tipo 2. A seguir estão descritas as análises às quais os participantes desta condição estavam expostos ao longo da coleta de dados.

Participante A1

Adesão à dieta:

Pesquisadora: *Em sua opinião, considerando o que você registrou no Protocolo, o que você acha que está de acordo com as regras de adesão à dieta?*

Participante A1: *Não sigo corretamente meu tratamento.*

Pesquisadora: *O que você acha que facilitou sua adesão à alimentação de acordo com as recomendações da nutricionista?*

Participante A1: *A necessidade de ficar bom, diminuir de peso e me sentir melhor.*

Pesquisadora: *O que você acha que dificultou sua adesão?*

Participante A1: *O que dificulta é o trabalho. Os meus horários de trabalho dificultam os horários de comer, a quantidade e o tipo de alimento. Tenho dificuldades quanto ao horário, horário para comer corretamente e quantidade. Tenho comido pouco.*

Adesão à medicação

Pesquisadora: *Em sua opinião, considerando o que você registrou no Protocolo, o que você acha que está de acordo com as orientações prescritas pelo médico com relação a sua medicação?*

Participante A1: *Eu tomar o medicamento.*

Pesquisadora: *O que você acha que facilitou sua adesão à medicação de forma adequada?*

Participante A1: *Não sei responder.*

Pesquisadora: *O que você acha que dificultou sua adesão?*

Participante A1: *O trabalho dificulta, esqueço de tomar o remédio e com isso não controlo a enfermidade.*

Adesão à atividade física

Pesquisadora: *Em sua opinião, considerando o que você registrou no Protocolo, o que você acha que está de acordo com as orientações prescritas pela equipe de saúde referente à atividade física?*

Participante A1: *Não faço atividade física.*

Pesquisadora: *O que você acha que facilitou sua adesão à atividade física?*

Participante A1 não respondeu a esta pergunta em razão de ter relatado anteriormente que não fazia atividade física.

Pesquisadora: *O que você acha que dificultou sua adesão?*

Participante A1: *O trabalho, não tenho tempo pra essas coisas.*

Enfrentamento do Estresse/ansiedade

Pesquisadora: *Em sua opinião, o que você acha que acontece em sua vida que faz você se sentir estressado?*

Participante A1: *Esqueço frequentemente das coisas: celular, objetos, chave de fenda* (referindo-se a sintomas de problemas com a memória). *Choro com bastante frequência me emociono com as coisas facilmente* (referindo-se a sintomas de choro frequente). *Diminuiu muito a vontade de fazer sexo, eu acho que é a idade, com o tempo deixei de fazer as coisas que fazia, acho que é devido à idade, antes tinha comportamentos de ir às festas, beber, fumar, namorar* (referindo-se a sintomas de diminuição da vontade de fazer sexo). *Sinto irritação na pele devido a problemas no trabalho como vestir roupa molhada, vestir roupa com insetos, barata. Meu amigo que faleceu, amigo que não via há 1 ano e meio. Vivo estressado e aborrecido.*

Pesquisadora: *O que você faz diante desta situação?*

A1 não soube responder.

Pesquisadora: *Quando você se comporta desta maneira, o que acontece?*

A1 não soube responder.

Pesquisadora: *Você acha que esta situação interfere no seu tratamento?*

Participante A1: *Acho que não interfere no meu tratamento porque sempre fui assim.*

Pesquisadora: *De que forma essa situação interfere no seu tratamento?*

A1 não respondeu.

Pesquisadora: *O que você acha que pode fazer para controlar (ou resolver) este problema?*

A1 não respondeu.

Enfrentamento da depressão

Pesquisadora: *Em sua opinião, o que você acha que acontece em sua vida que faz você se sentir triste, infeliz?*

Participante A1: *Sempre me sinto feliz* (o participante relata o sentimento e ao mesmo tempo fica cabisbaixo). *As situações do dia, ter uma família/filhos, ter casa, ter uma profissão e ter amigos. É, sou feliz porque tenho meus filhos, família. E só o fato de acordar vivo, já me sinto feliz.*

Pesquisadora: *O que você faz diante desta situação?*

Participante A1: *Não sei explicar.*

Pesquisadora: *Quando você se comporta desta maneira, o que acontece?*

Participante A1: *Não sei explicar.*

Pesquisadora: *Você acha que esta situação interfere no seu tratamento?*

Participante A1: *Acho que não interfere não.*

Pesquisadora: *De que forma essa situação interfere no seu tratamento?*

A1 não respondeu.

Pesquisadora: *O que você acha que pode fazer para controlar (ou resolver) este problema?*

Participante A1: *Não sei. Sou uma pessoa tranquila.*

Participante A2

Adesão à dieta:

Pesquisadora: *Em sua opinião, considerando o que você registrou no Protocolo, o que você acha que está de acordo com as regras de adesão à dieta?*

Participante A2: *Minha alimentação. Procuro fazer direito.*

Pesquisadora: *O que você acha que facilitou sua adesão à alimentação de acordo com as recomendações da nutricionista?*

Participante A2: *Estou conseguindo tomar o café no horário.*

Pesquisadora: *O que você acha que dificultou sua adesão?*

Participante A2: *O lanche era muito difícil de fazer. Não comer salada* (Nesta entrevista, A2 havia esquecido de fazer os registros porque “esqueceu devido à morte de uma amiga, mas mesmo assim fez as refeições”).

Adesão à medicação

Pesquisadora: *Em sua opinião, considerando o que você registrou no Protocolo, o que você acha que está de acordo com as orientações prescritas pelo médico com relação a sua medicação?*

Participante A2: *Tomar o remédio. Não esqueço.*

Pesquisadora: *O que você acha que facilitou sua adesão à medicação de forma adequada?*

Participante A2: *Facilita em termos de baixar mais o açúcar, a glicose.*

Pesquisadora: *O que você acha que dificultou sua adesão?*

Participante A2: *As pílulas pequeninas, tomo com água; mas a maior não consigo. Ontem não tomei remédio à noite* (referindo-se à dificuldade em tomar a medicação metformina por causa do tamanho do comprimido). *Continuo tomando os remédios do mesmo jeito. A pílula maior, tomo com Danone ou fruta, durante o almoço e jantar com comida. Ontem, só tomei no café da manhã. O resto eu esqueci.*

Adesão à atividade física

Pesquisadora: *Em sua opinião, considerando o que você registrou no Protocolo, o que você acha que está de acordo com as orientações prescritas pela equipe de saúde referente à atividade física?*

Participante A2: *A atividade está de férias e por esse motivo não fiz atividade física.*

Pesquisadora: *O que você acha que facilitou sua adesão à atividade física?*

Participante A2: *Eu me sentir bem.*

Pesquisadora: *O que você acha que dificultou sua adesão?*

Participante A2: *Não acho que dificultou, continua a mesma. Também cozinhei, limpei a casa, lavei a louça e roupa. Não fiz atividades rotineiras, mas fiz minha atividade física, porque quando não faço caminhada, as dores aumentam ainda mais, a perna fica dura, incha.*

Enfrentamento do Estresse/ansiedade

Pesquisadora: *Em sua opinião, o que você acha que acontece em sua vida que faz você se sentir estressado?*

Participante A2: *Comi mais, tive cansaço constante. Mudança de apetite para comer mais. Não consegui fazer as tarefas todas do dia a dia e me senti triste por conta disso. Tive mudança de apetite para comer mais e outros para comer menos. Senti muita fome, cansaço constante, mas não sei a razão. Não consegui fazer nada. Tentei segurar o máximo para não comer e tenho que deitar e levantar as pernas para diminuir o cansaço. Senti menos fome e mais fome, cansaço constante, não consegui fazer as atividades rotineiras. Mas não consigo saber quais as razões.*

Pesquisadora: *O que você faz diante desta situação?*

Participante A2: *Como, porque não aguento. Não sei explicar o porquê.*

Pesquisadora: *Quando você se comporta desta maneira, o que acontece?*

Participante A2: *Fico triste, não sei explicar o porquê.*

Pesquisadora: *Você acha que esta situação interfere no seu tratamento?*

Participante A2: *Não interfere não. Não deixo de fazer as coisas, mas, não sei explicar nesta parte aí.*

Pesquisadora: *De que forma essa situação interfere no seu tratamento?*

Participante A2: *Às vezes interfere porque não sinto vontade de ir ao médico.*

Pesquisadora: *O que você acha que pode fazer para controlar (ou resolver) este problema?*

Participante A2: *Não consigo explicar.*

Enfrentamento da depressão

Pesquisadora: *Em sua opinião, o que você acha que acontece em sua vida que faz você se sentir triste, infeliz?*

Participante A2: *Reuni com as amigas, na terça, e o esposo veio passar o final de ano. Me senti feliz de estar viva. Não procurar ficar triste, porque hoje me levantei (A2 chorou neste momento durante a entrevista). Me senti feliz por acordar, ser útil em alguma coisa, cuidar da minha mãe. Mas pouco; não é do jeito que gostaria (referindo-se a cuidar da mãe idosa que também tem diabetes). Me senti triste por causa da situação do meu filho.*

Pesquisadora: *O que você faz diante desta situação?*

Participante A2: *Nada. Deixo as coisas como estão até melhorarem.*

Pesquisadora: *Quando você se comporta desta maneira, o que acontece?*

Participante A2: *As coisas ficam melhores.*

Pesquisadora: *Você acha que esta situação interfere no seu tratamento?*

Participante A2: *Não.*

Pesquisadora: *De que forma essa situação interfere no seu tratamento?*

Participante A2: *Não interfere, não.*

Pesquisadora: *O que você acha que pode fazer para controlar (ou resolver) este problema?*

Participante A2: *Ah, eu não sei.*

Participante A3

Adesão à dieta:

Pesquisadora: *Em sua opinião, considerando o que você registrou no Protocolo, o que você acha que está de acordo com as regras de adesão à dieta?*

Participante A3: *Não tinha saúde e agora não posso comer. Não fiz o lanche da tarde, não tomei o lanche porque sai.*

Pesquisadora: *O que você acha que facilitou sua adesão à alimentação de acordo com as recomendações da nutricionista?*

Participante A3: *A alimentação eu até me acostumei, porque gosto de fazer do meu jeito.*

Pesquisadora: *O que você acha que dificultou sua adesão?*

Participante A3: *O trabalho, o tempo corrido. Acho mais difícil seguir a alimentação. A nutricionista mandou tirar a gema do ovo, mas eu como tudo. A gente exagera um pouco, come mais dias. O pão, claro, é pra tirar o miolo (refere-se à retirada do pão da dieta, e as orientações da nutricionista de que, quando comesse o pão deveria tirar a massa).*

Adesão à medicação

Pesquisadora: *Em sua opinião, considerando o que você registrou no Protocolo, o que você acha que está de acordo com as orientações prescritas pelo médico com relação a sua medicação?*

Participante A3: *Porque já é costume, é um hábito.*

Pesquisadora: *O que você acha que facilitou sua adesão à medicação de forma adequada?*

Participante A3: *Eu acho que a medicação é mais fácil de fazer.*

Pesquisadora: *O que você acha que dificultou sua adesão?*

Participante A3: *No momento, não estou tomando a medicação porque estou me sentindo mal, sinto suor frio (relatando queixas de possível hipoglicemia).*

Adesão à atividade física

Pesquisadora: *Em sua opinião, considerando o que você registrou no Protocolo, o que você acha que está de acordo com as orientações prescritas pela equipe de saúde referente à atividade física?*

Participante A3: *Fazer todos os dias caminhada. E eu faço!*

Pesquisadora: *O que você acha que facilitou sua adesão à atividade física?*

Participante A3: *Pro bem da saúde, os benefícios para a saúde não vejo dificuldade.*

Pesquisadora: *O que você acha que dificultou sua adesão?*

Participante A3: *Não fiz caminhada na quarta porque fui ao médico e quinta porque acordei tarde, sábado e domingo não faço caminhadas. Faço caminhada de segunda à sexta. Faço caminhada de 40 minutos. É para o meu bem. Só não vou quando o tempo tá chuvoso.*

Enfrentamento do Estresse/ansiedade

Pesquisadora: *Em sua opinião, o que você acha que acontece em sua vida que faz você se sentir estressado?*

Participante A3: *Tenho me sentido muito irritada, mas não sei dizer por que sinto isso. Suei demais, tive tontura leve, não senti vontade de comer. Depois senti vontade de comer mais. Tive aparecimento de alergia. Acho que é porque me preocupo demais, me preocupo com tudo. Acho que é devido às atividades rotineiras, porque não consigo comer antes de terminar as tarefas. Senti mudança de apetite para comer menos, acho normal, acho que merendei muito. Preocupação com minha filha que estava demorando a ligar. Não senti vontade de fazer sexo, mas não houve nenhum conflito. Nesta semana não me senti estressada e ansiosa. Não me considero uma pessoa estressada. Senti*

menos vontade em razão do cansaço (referindo-se à diminuição da vontade fazer sexo).

Esqueci de buscar o resultado do exame.

Pesquisadora: *O que você faz diante desta situação?*

Participante A3: *Continuo fazendo as coisas para não ficar parada, sempre procuro fazer alguma coisa.*

Pesquisadora: *Quando você se comporta desta maneira, o que acontece?*

Participante A3: *Não consigo relacionar uma coisa com a outra.*

Pesquisadora: *Você acha que esta situação interfere no seu tratamento?*

Participante A3: *Acho que interfere no meu tratamento.*

Pesquisadora: *De que forma essa situação interfere no seu tratamento?*

Participante A3: *Porque não melhora a saúde da gente, acho que contribui.*

Pesquisadora: *O que você acha que pode fazer para controlar (ou resolver) este problema?*

Participante A3: *Não sei, não.*

Enfrentamento da depressão

Pesquisadora: *Em sua opinião, o que você acha que acontece em sua vida que faz você se sentir triste, infeliz?*

Participante A3: *Não consigo identificar porque fiquei alegre. Segunda, fiquei feliz porque ganhei um celular e também fiquei triste porque ele não funcionou. Fiquei triste porque foi um presente significativo que ganhei da minha filha que mora fora do país (referindo-se a um presente que ganhou da filha). Fiquei feliz porque me sai bem na matéria de literatura. Não aconteceu nada demais, por isso que não me senti nem feliz nem triste. Senti feliz com relação às disciplinas na escola e porque recebi a ligação de minha filha. Me senti feliz em razão das notas. Não aconteceu nada que mudasse a rotina.*

Pesquisadora: *O que você faz diante desta situação?*

Participante A3: *Aí é que eu faço as coisas mesmo, não deixo de caminhar, de fazer meu tratamento. Se eu deixar é pior.*

Pesquisadora: *Quando você se comporta desta maneira, o que acontece?*

Participante A3: *Tudo fica difícil, as coisas aqui em casa.*

Pesquisadora: *Você acha que esta situação interfere no seu tratamento?*

Participante A3: *Acho que não.*

Pesquisadora: *De que forma essa situação interfere no seu tratamento?*

Participante A3: *Não interfere.*

Pesquisadora: *O que você acha que pode fazer para controlar (ou resolver) este problema?*

Participante A3: *Não sei não.*

Ao final de cada relato a pesquisadora fazia um recorte de um comportamento do participante e ensinava-o a fazer análise funcional, relacionando cada comportamento com seus antecedentes e consequentes.

Foi observado que todos os participantes apresentavam dificuldades de discriminar sentimentos e emoções e dificuldades em relacionar os comportamentos de adesão ao contexto ambiental.