

CONHECIMENTO DO DIABÉTICO SOBRE A DOENÇA E A REPERCUSSÃO NO TRATAMENTO

Knowledge of the diabetic patient about the disease and its impact on treatment

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Descrever o conhecimento do paciente diabético sobre a doença, o tratamento e a repercussão na adesão. **Métodos:** Estudo quantitativo tipo transversal, observacional, correlacional, desenvolvido com uma população amostral por conveniência de 133 diabéticos assistidos em um Centro de Saúde na Zona do Grande Porto, Portugal. A hipótese previa que haveria uma relação direta entre o conhecimento acerca da doença e a adesão ao tratamento. **Resultados:** Os diabéticos apresentaram bons conhecimentos sobre a sua doença. Verificou-se que a dimensão na qual estes evidenciaram maiores conhecimentos foi a referente ao “tratamento” (M=0,81). Quanto às dimensões “identidade” e “causas”, os diabéticos apresentaram menos conhecimentos (M=0,51 e M=0,54, respectivamente). A hipótese foi comprovada parcialmente. Embora os resultados indiquem que os conhecimentos e desconhecimentos acerca da diabetes se correlacionam significativamente com alguns comportamentos de auto cuidado, como a adesão ao exercício físico e o teste da glicose, a regressão hierárquica mostrou que somente o conhecimento é preditor nos comportamentos de adesão ao teste à glicose ($sr = 0,31$; $p = 0,026$). Quanto ao efeito do sexo e da idade, verificou-se que as mulheres demonstram maior desconhecimento acerca da diabetes e que as pessoas mais idosas aderem mais à alimentação aconselhada. **Conclusões:** Os profissionais de saúde deverão estar atentos às áreas do conhecimento em que o diabético apresentou ser menos informado, bem como a alguns fatores sócio-demográficos como o sexo e a idade, pois estes poderão influenciar a adesão aos diferentes componentes do tratamento.

Descritores: *Conhecimento; Educação; Diabetes Mellitus; Conduta ao tratamento medicamentoso.*

ABSTRACT

Objective: To describe the knowledge of the diabetic patient about his/her disease, the treatment and the impact on the therapeutic adherence. **Methods:** A qualitative cross-sectional study, with an observational and correlational design, carried out with a convenient sample population of 133 type 2 diabetic patients assisted at a Health Care Centre of Great Porto, Portugal. The hypothesis estimated that there would be a direct relationship between the knowledge about the disease and the adherence to treatment. **Results:** The diabetic patients presented good knowledge about their illness. The dimension in which they showed greater knowledge was that of “treatment” ($M = 0.81$). Regarding the dimensions “identity” and “causes”, the patients showed less knowledge ($M = 0.51$ and $M = 0.54$, respectively). The results partially confirmed the hypothesis. Although the results indicate that the knowledge and non-knowledge about diabetes are significantly correlated with some behaviors of self care (like the adherence to physical exercise and to glucose test), the hierarchical regression showed that knowledge is the only predictor in behaviours of adherence to glucose testing ($sr = 0.31$, $p = 0.026$). Regarding the effect of gender and age, the findings suggest that women show higher non-knowledge about diabetes and the elderly adhere more to diet counselling. **Conclusions:** Health care professionals should be alert to those areas of knowledge where the diabetic patients showed to be less informed, as well as to some socio-demographic factors such as gender and age, for they may influence in the adherence to different components of treatment.

Descriptors: *Knowledge; Education; Diabetes mellitus; Treatment behaviour.*

Maria Rui Miranda Grilo
Correia de Sousa⁽¹⁾
Teresa McIntyre⁽²⁾

1) Escola Superior de Enfermagem do
Porto - Portugal

2) Universidade do Minho - Portugal

Recebido em: 16/01/2008
Revisado em: 21/10/2008
Aceito em: 10/11/2008

INTRODUÇÃO

A diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica e crónica que afecta um grande número de pessoas. Pela sua morbilidade elevada, implica um grande investimento em cuidados de saúde constantes, bem como, mudanças profundas nos estilos de vida.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a principal causa de incapacidade no mundo até 2020 serão as doenças crónicas que, se não forem bem geridas, representarão a maior sobrecarga para os sistemas de saúde. Perante este cenário a OMS, através de políticas de Promoção da Saúde, aconselha a que os países invistam esforços no sentido de controlar esta tendência que, para além de trazer custos económicos e sociais elevados, se reflecte no bem-estar individual, tornando-se num grave problema de saúde pública⁽¹⁾. Em Portugal, o Ministério da Saúde tem vindo a adoptar medidas específicas, inseridas na actualidade do pensamento Europeu e na revolução da política de saúde da OMS, através da criação de um Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Este programa, elaborado de acordo com os objectivos previstos pela declaração de St. Vincent, propõe medidas aos vários níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) e sugere várias estratégias de actuação, uma das quais se refere à necessidade de formação dirigida às pessoas com diabetes⁽²⁾.

Estas medidas apontam para que o indivíduo seja cada vez mais o gestor da sua própria saúde, tomando decisões de forma autónoma e responsável. Nesta perspectiva, a educação para a saúde (EpS), considerada como uma estratégia básica para a Promoção da saúde, surge como uma actividade intencional que permite que o indivíduo possa adquirir conhecimento de si mesmo e daquilo que o rodeia, podendo exercer mudanças nesse ambiente e na sua própria conduta^(3,4).

Perante uma patologia, o indivíduo tem que aprender determinadas competências que lhe permitam lidar no dia-a-dia com os sintomas e limitações que esta possa causar. Para que tal aconteça, é necessário que possuam o conhecimento correcto acerca da sua saúde e doença, assim como a possibilidade de resolver os problemas quando estão a tentar implementar um comportamento saudável^(1,5).

Na prevenção e educação para a saúde, a OMS contempla o aumento do conhecimento e informação sobre a saúde como uma das cinco áreas de intervenção. O fornecimento de informação é um aspecto considerado básico para que a pessoa tome decisões conscientes sobre a sua saúde, permitindo que esta enfrente as dificuldades e incertezas, e mantenha a sua máxima autonomia face aos técnicos de saúde⁽⁶⁾ e surge como um factor chave para que os pacientes possam participar activamente nas decisões

acerca da sua saúde^(1,7,8). Nesta perspectiva, a educação do diabético é considerada fundamental para a autogestão desta patologia, porque interliga as três componentes base do tratamento da diabetes mellitus (alimentação, exercício físico e medicação)⁽⁹⁻¹²⁾. Pelo facto de ser uma doença que, para ser controlada pode exigir bastantes alterações no estilo de vida, a forma como os doentes são educados a geri-la reflecte-se directamente no tratamento e na prevenção das complicações, pois, é através da educação que o diabético aprende a viver com a sua doença, mantendo um quotidiano compatível com uma boa qualidade de vida⁽¹³⁾.

São vários os trabalhos sobre a importância da educação do paciente na conduta ao tratamento medicamentoso e no controlo metabólico que evidenciaram resultados positivos^(14,15). Alguns dos efeitos da educação terapêutica são a melhoria da eficácia e eficiência do tratamento, a redução dos custos médicos e dos custos indirectos da doença, a melhoria na qualidade de vida e a motivação dos doentes e pessoal de saúde⁽¹⁶⁾. Esta educação do doente, comportando uma filosofia de responsabilidade e autonomia, não é mais do que um processo que capacita a pessoa com diabetes para que tenha o conhecimento e a perícia para lidar com a sua doença no seu dia-a-dia⁽¹⁷⁾.

O investimento na educação do diabético também parece trazer outros benefícios, pois o controlo desta doença, especificamente o controlo da glicemia, reduz significativamente o risco das suas complicações e consequentemente os gastos em saúde^(12,16,18,19).

Neste âmbito, parece ser pertinente apostar em estudos que investiguem de que forma a educação, mais concretamente o conhecimento que o diabético tem acerca da sua doença, pode influenciar em ganhos em saúde.

Assim, este trabalho pretende verificar de que modo os conhecimentos se reflectem na conduta ao tratamento aconselhado. O seu objectivo é descrever o conhecimento do paciente diabético sobre a doença, o tratamento e a repercussão na adesão.

MÉTODOS

Trata-se de um trabalho situado no paradigma quantitativo, transversal, observacional e com desenho correlacional.

Os conhecimentos sobre a doença e as variáveis sócio-demográficas e clínicas são as variáveis independentes e as variáveis dependentes incluem a adesão ao regime terapêutico: dieta (quantidade e tipo), exercício físico, teste à glicose, medicação e a Hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}).

A hipótese em estudo prevê que há uma relação directa entre o conhecimento acerca da doença e a adesão ao tratamento.

A população alvo do estudo compreendeu os pacientes com diabetes mellitus tipo 2 que frequentavam as consultas para diabéticos, numa Unidade de Saúde Familiar da Zona do Grande Porto, Portugal.

Como critérios de inclusão na amostra as pessoas deveriam ter idade igual ou superior a 40 anos, aceitarem participar do estudo, terem diabetes tipo 2 diagnosticada há mais de 12 meses. O período de recolha de dados situou-se entre 2 de maio e 30 de junho de 2002. Optou-se por uma amostra de conveniência uma vez que esta interferia o mínimo possível com a organização e funcionamento das consultas. Dos 226 diabéticos com consultas agendadas nesse período, seleccionaram-se 133 pessoas. Utilizou-se o método de amostragem de conveniência por quotas. Antes de se proceder à recolha de dados, foram tidos em consideração alguns aspectos éticos. Os participantes receberam informação sobre o objectivo do estudo assim como a confidencialidade dos dados, de forma a que a sua colaboração fosse voluntária, fornecendo um consentimento autorizado sobre a sua participação.

Os instrumentos utilizados numa só aplicação eram os questionários: 1) Questionário Sócio-demográfico e Clínico⁽²⁰⁾; 2) Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QCD)⁽²⁰⁾; 3) Cuidados Pessoais com a Diabetes- CPD^(21, 22), descritos a seguir:

1) Questionário Sócio-demográfico e Clínico⁽²⁰⁾: O questionário foi produzido para este estudo e inclui vários itens de formato variável (perguntas fechadas e abertas) sobre as variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação laboral, profissão actual ou anterior, pessoas com quem vive, idade do diagnóstico, dificuldades específicas sentidas com o tratamento, apoio de pessoas significativas, problemas de saúde existentes, familiares com diabetes mellitus e seu parentesco, glicemia em jejum, hemoglobina glicosilada, índice de massa corporal e tensão arterial.

2) Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QCD)⁽²⁰⁾: Esta escala visa identificar os conhecimentos que os doentes possuem sobre a diabetes, tendo sido desenvolvida de modo a contemplar os conteúdos habitualmente transmitidos pelos profissionais de saúde. Para assegurar que este instrumento de medida fosse representativo do domínio a avaliar, foi submetido à análise de peritos (médicos endocrinologistas e enfermeiras), de forma a verificar a sua validade de conteúdo. Apresenta 28 itens, divididos por 7 dimensões: identidade (3 itens), causas (5 itens), duração (4 itens), tratamento (4 itens), limitações (3 itens), controlo (5 itens) e complicações da diabetes (4 itens), com a possibilidade de três tipos de resposta: *verdadeiro*, *falso* ou *não sei*, correspondentes a 3 sub-escalas de conhecimentos (respostas correctas,

respostas incorrectas e incertezas). A pontuação da sub-escala de respostas correctas (conhecimentos acerca da diabetes) é obtida através da adição de todas as respostas no sentido correcto (i.e. indicando conhecimentos adequados sobre a diabetes). A pontuação da sub-escala de respostas incorrectas (mitos ou falsos conceitos) obtém-se adicionando todas as respostas erradas (i.e. indicando conhecimentos errados sobre a diabetes). A soma das respostas incertas (desconhecimento) indica o grau de desconhecimento acerca da doença. Para mais facilmente interpretar os resultados das várias dimensões aconselha-se a utilização da média ponderada (dividindo a média obtida na dimensão pelo seu número de itens). Esta varia entre 0 e 1 e assim, de acordo com a sub-escala, quanto mais o valor da média se aproximar de 1 melhores serão os conhecimentos demonstrados (na sub-escala das respostas correctas), maiores serão os mitos ou falsos conhecimentos (na sub-escala das respostas incorrectas) e maiores serão os desconhecimentos (na sub-escala das incertezas).

3) Cuidados Pessoais com a Diabetes- CPD^(21, 22): É uma escala de auto-relato com um total de 12 itens, que permite medir a frequência das actividades realizadas pelo diabético nas diferentes áreas do seu tratamento: a alimentação, o exercício físico, o teste à glicose e a medicação. Para cada área do regime os itens foram construídos de forma a medir os níveis absolutos do comportamento do autocuidado, mas também a adesão a prescrições individuais, envolvendo a comparação dos comportamentos de autocontrolo com a prescrição percebida. Todas estas actividades se reportam aos últimos 7 dias que precedem o preenchimento da escala, pois devido à variação do comportamento do diabético ao longo do tempo, pretende-se obter uma estimativa estável. Os valores brutos de cada medida são convertidos em pontuações *standard* tendo como média 0 e desvio padrão 1 (notas z), com a finalidade de comparar as diferentes áreas avaliadas, devido à diversidade de escalas utilizadas.

Quanto à aplicação destes questionários à amostra, embora estivesse inicialmente previsto o seu preenchimento pelos próprios diabéticos, no pré-teste verificou-se que tal não seria possível, pois alguns utentes, para além de problemas de alfabetização, referiam dificuldades visuais. Optou-se pelo heteropreenchimento em que os questionários foram preenchidos com a ajuda do investigador num ambiente calmo e de privacidade. Os profissionais de saúde completaram os dados clínicos (controlo metabólico, IMC e TA) em documento próprio e separado.

Os dados finais foram lançados numa base de dados informatizada e processados através do programa de estatística SPSS (*Statistical Program for Social Sciences – versão 11.0*).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando a Tabela I verifica-se que a amostra é maioritariamente feminina. O grupo etário mais representativo nas mulheres é superior a 70 anos (37,8%), com uma média de 64,3 anos (DP= 10,8) enquanto que nos homens a classe que predomina é dos 60 aos 69 anos (39,0%), com uma média de 64,3 anos (DP= 8,8). Relativamente ao estado civil verificamos diferenças significativas entre os sexos ($X^2=17,86$; $p=0,00$), com mais homens casados (91,5%) que mulheres (60,8%). Quanto à escolaridade, existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($t(131)=-4,82$; $p<0,001$), sendo a média no sexo feminino de 2,8 anos (DP= 1,85) e no sexo masculino de 4,2 anos (DP= 1,65). De referir que 24,3% das mulheres e 5,1% dos homens são analfabetos. No que respeita à situação laboral, uma grande percentagem dos indivíduos de ambos os sexos (87,7% nas mulheres e 75,9% nos homens) já não se encontra activa por motivo de reforma, invalidez, desemprego ou outras situações.

No sexo feminino, as profissões semi-qualificadas são as mais referidas, correspondendo a 39,2%, seguidas pelas especializadas não manuais com 33,8% e com 4,1% as especializadas manuais. A percentagem de domésticas (mulheres que se ocupam da lida da sua casa e que não são remuneradas) é de 23,0%. A distribuição dos elementos do sexo masculino em termos profissionais foi idêntica ao sexo feminino. Mais de metade da amostra masculina, 57,6%, agrupa-se também nas profissões semi-qualificadas, 37,3% nas especializadas não manuais e 5,1% nas especializadas manuais.

Relativamente à idade do diagnóstico da diabetes, não se encontram diferenças significativas entre os sexos (mulheres = $53,0 \pm 12,9$ e homens = $56,8 \pm 8,0$) e a idade média do diagnóstico ($t(130) = 1,65$; $p = 0,100$). Quanto ao tempo de doença, nas mulheres a média é de $11,3 \pm 9,57$ anos, enquanto que nos homens a média é de $7,2 \pm 5,57$ anos, encontrando-se significado estatístico ($t(120,8)=3,04$; $p=0,003$). Em termos de apoio de pessoas significativas nos cuidados com a diabetes, a maioria das mulheres (71,6%) refere cuidar da sua patologia sozinha, enquanto que 57,6% dos homens se sentem apoiados pelas esposas.

Quanto aos dados relativos às dificuldades que os doentes têm tido com o tratamento aconselhado para controlar a sua diabetes, nomeadamente com a alimentação, medicação e exercício físico, somente em nível de exercício físico existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ($X^2=4,97$; $p=0,03$): as mulheres referem maiores dificuldades nesta dimensão do regime. Aproximadamente metade da amostra do sexo feminino (51,4%; $n=38$) apresenta dificuldades com o exercício físico, destacando os problemas de mobilização devido

a patologias de vária ordem, como problemas osteoarticulares e insuficiência venosa dos membros inferiores (úlceras venosas, sensação de peso e edemas), o cansaço, a pouca motivação e a falta de tempo/incompatibilidade com o trabalho.

Para o sexo masculino, a alimentação surge como o primeiro factor onde são sentidos mais problemas (39,0%; $n=23$). A dificuldade em mudar hábitos alimentares, a incompatibilidade com o trabalho e utilização de restaurantes, os hábitos alimentares do agregado familiar e algumas limitações económicas também contribuem para essas dificuldades.

Relativamente aos problemas de saúde descritos e sua relação ou não com a diabetes, os que mais afectam os participantes do sexo feminino são os Problemas visuais (71,6%; $n=53$), seguidos pela Diminuição da sensibilidade nos membros inferiores (67,6%; $n=50$) e pela Hipertensão (62,2%; $n=46$). No entanto, um número elevado de mulheres, ou não relaciona estes problemas com a sua diabetes ou não sabe dizer se existe alguma associação. Nos homens, os problemas de saúde mais frequentes também são os Problemas visuais (64,4%; $n=38$), seguidos pela Hipertensão (57,6%; $n=34$) e com iguais valores, a Diminuição da sensibilidade nos membros inferiores e o Colesterol (39,0%; $n=23$). De destacar que a maioria dos homens associa os seus problemas visuais à diabetes, enquanto que nas outras patologias acima referenciadas grande parte deles não sabe ou não as associa.

A existência de familiares com diabetes mellitus é referida por 64,7% ($n=86$) dos diabéticos da amostra.

Utilizando como valores de referência os preconizados nas Normas de Controlo da Diabetes Mellitus Não Insulino-Dependente^(23,24) para o estudo das variáveis de controlo metabólico e para o Índice de Massa Corporal (IMC) e Tensão Arterial (TA), analisando a tabela II encontram-se valores médios de glicemia em jejum em ambos os sexos que ultrapassam largamente o limite aconselhado, sendo portanto considerados valores não desejáveis. Relativamente à hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}), enquanto que os valores médios nas mulheres também são considerados não desejáveis, os valores nos homens ainda se situam dentro do limite, embora já elevados. Os valores médios da TA sistólica e diastólica ainda se encontram dentro dos limites preconizados em ambos os sexos. Quanto ao IMC, as médias apontam para um peso excessivo nas mulheres e nos homens.

Pretende-se identificar quais os conhecimentos reais que os diabéticos possuem assim como o seu desconhecimento (incertezas) nas diferentes dimensões que constituem o QCD. Como a maior parte dos participantes com dúvidas de resposta optaram por assinalar “*não sei*” não são

Tabela I - Distribuição da população diabética pesquisada por sexo, segundo as características sociodemográficas. Porto, Portugal.

| Variáveis | Sexo | | | | χ^2 | P. valor |
|---------------------------------|---------------------|-------------|----------------------|-------------|----------|-------------|
| | Feminino (n= 74) | | Masculino (n= 59) | | | |
| | n | % | n | % | | |
| Idade | | | | | 1,81 | 0,40 |
| 40 a 59 | 23 | 31,1 | 20 | 33,9 | | |
| 60 a 69 | 23 | 31,1 | 23 | 39,0 | | |
| ≥ 70 | 28 | 37,8 | 16 | 27,1 | | |
| Estado civil¹ | | | | | 17,86 | 0,00 |
| Casados | 45 | 60,8 | 54 | 91,5 | | |
| Não casados | 29 | 29,2 | 5 | 8,5 | | |
| Escolaridade | | | | | - | .2 |
| 0-4 anos | 72 | 97,3 | 52 | 88,1 | | |
| ≥ 5 anos | 2 | 2,7 | 7 | 11,9 | | |
| Situação laboral | | | | | 3,10 | 0,10 |
| Activos | 9 | 12,3 | 14 | 24,1 | | |
| Não activos | 64 | 87,7 | 44 | 75,9 | | |

1. Incluem-se na categoria casados todas as pessoas que estejam a viver em união de facto (viver junto sem estarem casados). X²: Teste do Qui Quadrado; 2. Não se realizaram as análises do qui-quadrado devido à existência de células com menos de 5 de sujeitos

Tabela II - Distribuição na população diabética da média (M) e desvio padrão (DP), pesquisada por sexo, segundo as características clínicas. Porto, Portugal.

| Variáveis clínicas | M (DP) | | t | p |
|---|----------------|----------------|-------|------|
| | Feminino | Masculino | | |
| Glicemia em jejum (mg/dl) | 178,48 (82,06) | 174,84 (59,58) | 0,28 | 0,77 |
| Hemoglobina glicosilada (HbA _{1c} - %) | 7,89 (2,08) | 7,34 (1,78) | 1,57 | 0,11 |
| TA sistólica (mmHg) ¹ | 147,45 (16,72) | 148,71 (19,39) | -0,40 | 0,68 |
| TA diastólica (mmHg) | 81,48 (8,90) | 81,64 (9,10) | -0,10 | 0,91 |
| IMC (Kg/m ²) ² | 28,71 (3,61) | 28,26 (3,23) | 0,73 | 0,46 |

1. Tensão Arterial; 2. Índice de Massa Corporal; t: Teste t de Student

apresentados os falsos conhecimentos (ou mitos) visto terem uma baixa frequência de resposta.

Através do resultado das médias ponderadas apresentados na Tabela III verifica-se que os diabéticos possuem conhecimentos razoáveis ou bons nas várias dimensões avaliadas. O tratamento é a área onde os diabéticos demonstram maiores conhecimentos (Média ponderada = 0,81). As causas (Média ponderada = 0,54) e a identidade (Média ponderada = 0,51) são as dimensões em que os diabéticos evidenciam menores conhecimentos.

Relativamente ao desconhecimento (ou incertezas) os resultados encontrados confirmam os dados anteriormente referidos, pois são a sua antítese nas dimensões onde os

conhecimentos são maiores e menores, isto é, os aspectos relacionados com a identidade da doença são aqueles onde os diabéticos referem maiores dúvidas (Média ponderada = 0,37), contrariamente aos conhecimentos sobre o tratamento, em que não se verificam muitas incertezas (Média ponderada = 0,07).

Utilizando o coeficiente de correlação de Pearson e a análise da regressão hierárquica para verificar a relação entre os conhecimentos e a adesão, os resultados apresentados na Tabela IV indicam que os conhecimentos acerca da diabetes se correlacionam significativa e positivamente com a adesão ao exercício físico e com o teste à glicose, embora a associação seja mais elevada neste

Tabela III - Distribuição na população diabética, da média (M) e desvio padrão (DP), do Conhecimento e Desconhecimento de Diabetes nas diferentes dimensões do QCD (N=133). Porto, Portugal.

| Dimensões | Conhecimento de diabetes | | Desconhecimento de diabetes | |
|------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------|
| | M (DP) | Média ponderada | M (DP) | Média ponderada |
| Identidade (3 itens) | 1,54 (0,88) | 0,51 | 1,11 (0,82) | 0,37 |
| Causas (5 itens) | 2,72 (1,43) | 0,54 | 1,48(1,39) | 0,29 |
| Duração (4 itens) | 2,96 (1,22) | 0,74 | 0,60 (0,99) | 0,15 |
| Tratamento (4 itens) | 3,24 (0,77) | 0,81 | 0,30 (0,66) | 0,07 |
| Limitações (3 itens) | 2,06 (0,85) | 0,68 | 0,33 (0,61) | 0,11 |
| Controlo (5 itens) | 3,57 (1,10) | 0,71 | 1,18 (1,10) | 0,23 |
| Complicações (4 itens) | 2,91 (1,00) | 0,72 | 0,67 (0,93) | 0,16 |

1. Tensão Arterial; 2. Índice de Massa Corporal; t: Teste t de Student

Tabela IV - Distribuição dos diabéticos, segundo as Correlações de Pearson entre o Conhecimento (Sub-escalas Conhecimentos e Desconhecimento) e os Cuidados Pessoais com a Diabetes e a Hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}). (N=133). Porto, Portugal.

| Sub-escalas | Dieta quantidade | Dieta tipo | Exercício físico | Teste à glicose | Medicação | HbA _{1c} |
|--------------------|---------------------|---------------|---------------------|--------------------|-----------|-------------------|
| 1. Conhecimentos | 0,120 | 0,068 | 0,264** | 0,389** | 0,042 | 0,077 |
| 2. Desconhecimento | -0,151 | -0,091 | -0,216* | -0,287* | -0,053 | -0,114 |

*p<0,05; **p<0,01

Tabela V - Resultados significativos da regressão hierárquica para a influência da variável Conhecimentos na variável Teste à glicose (N= 133). Porto, Portugal.

| Resultados/Preditor Teste à glicose | R ² Change | F Change | p | Beta | t | p | sr |
|--|--------------------------|-------------|-------|------|------|-------|------|
| Bloco 1: | ns | | | | | | |
| - Idade | | | | | | | |
| - Sexo | | | | | | | |
| Bloco 2: | 0,16 | 5,06 | 0,010 | | | | |
| - Conhecimentos | | | | 0,71 | 2,30 | 0,026 | 0,31 |
| - Desconhecimento | | | | - | - | - | - |

R²=0,19; R² corrigido=0,12; - R²: Teste de Regressão Hierárquica: coeficiente de determinação; F: F de ANOVA; sr: correlação parcial; t: Teste t de Student.

último. Assim, maiores conhecimentos acerca da doença relacionam-se com maior adesão ao exercício físico e ao teste à glicose. O desconhecimento acerca da doença, correlaciona-se negativamente com as mesmas sub-escalas, sugerindo baixa adesão ao tratamento em termos de exercício e pesquisa de glicemia/glicosúria. Não se verificam correlações significativas entre os conhecimentos e desconhecimentos, a dieta, a medicação e os valores de hemoglobina glicosilada.

Os dados encontrados parecem comprovar em parte a hipótese, indicando uma associação significativa entre os conhecimentos e a adesão terapêutica.

De forma a determinar a percentagem de variância explicada pelos conhecimentos na adesão ao regime terapêutico realizaram-se regressões hierárquicas incluindo como variáveis preditoras (independentes) o sexo e a idade no 1.º bloco, e os conhecimentos e desconhecimentos sobre a diabetes, no 2.º bloco. As sub-escalas do questionário “Cuidados Pessoais com a Diabetes” (dieta quantidade, dieta tipo, exercício físico, teste à glicose e medicação), assim como a hemoglobina glicosilada, foram consideradas como variáveis de resultado (dependentes).

Os resultados da regressão hierárquica para a influência da variável conhecimentos na variável dieta (quantidade e

tipo) não foram significativos. Somente a variável idade aparece como preditora da adesão à dieta quantidade ($F = 4,07$; $p = 0,019$) e à dieta tipo ($F = 4,80$; $p = 0,010$). O bloco 1 explica 6% da variância na dieta quantidade e na dieta tipo, com a contribuição única da idade que apresenta correlações parciais respectivamente de 0,24 e 0,26. Deste modo, quanto maior a idade maior a adesão à dieta.

Quanto à influência da variável conhecimentos na variável teste à glicose os resultados apresentados na Tabela V demonstram que esta explica 16% da variância no teste à glicose. No entanto são os conhecimentos acerca da doença e não o desconhecimento, que se correlacionam significativamente (variância única) com o teste à glicose, tendo uma correlação parcial de 0,31. Quanto maiores os conhecimentos sobre a diabetes, maior a monitorização dos valores de açúcar no organismo.

Relativamente às variáveis de resultado medicação, exercício físico e hemoglobina glicosilada as variáveis dos conhecimentos não foram preditoras da adesão.

Confirma-se assim que os conhecimentos são preditores significativos de um dos vários componentes da adesão terapêutica, explicando variâncias significativas no teste à glicose.

Para analisar a relação entre as variáveis sócio-demográficas (idade, sexo e estado civil), as variáveis clínicas (tempo de doença e gravidade de doença), os conhecimentos e cuidados pessoais com a diabetes recorremos a análises exploratórias (*Manovas*) que demonstraram que somente o efeito do sexo é significativo para o conjunto das duas sub-escalas do questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QCD) ($F = 3,58$; $p = 0,031$). Analisando os resultados univariados no QCD, estes só foram significativos para a sub-escala do desconhecimento ($F = 6,31$; $p = 0,013$). As mulheres demonstram maior desconhecimento acerca da diabetes ($M = 7,55$) do que os homens ($M = 4,29$).

Quanto ao efeito da idade este só foi significativo para o conjunto das quatro sub-escalas dos CPD ($F = 2,53$; $p = 0,004$). Não foram encontrados efeitos de interacção significativos. Os resultados univariados foram significativos para as sub-escalas dieta quantidade ($F = 6,80$; $p = 0,001$) e para a dieta tipo ($F = 4,72$; $p = 0,008$). Verifica-se que relativamente à dieta quantidade, os diabéticos mais idosos (66 a 75 anos) aderem mais à dieta prescrita ($M = 8,29$) do que os mais jovens (40 e 55 anos - $M = 4,61$; 56 a 65 anos - $M = 5,17$). Na dieta tipo os mais idosos (76 a 86 anos) também aderem mais ($M = 13,50$) do que os diabéticos mais jovens (40 a 55 anos - $M = 8,71$; 56 a 65 anos - $M = 11,06$).

Passando a discutir os resultados verificou-se que o grupo evidencia bons conhecimentos sobre a doença tal como outros estudos o têm demonstrado^(25,26). Os níveis de conhecimentos são mais elevados nas dimensões

tratamento, duração e controlo da doença. Pelo contrário, os diabéticos evidenciam mais desconhecimento nas dimensões identidade e causas da doença.

A hipótese inicial foi confirmada parcialmente, pois os conhecimentos e desconhecimentos correlacionaram-se com a adesão ao exercício físico e com a monitorização do açúcar no organismo. A prática de exercício físico tem demonstrado bons resultados a nível metabólico, pois contribui para o controlo glicémico através de uma diminuição directa dos valores de glicose no sangue, produz um aumento da sensibilidade à insulina e reduz o risco de patologia cardiovascular (por diminuição dos níveis lipídicos e da tensão arterial)⁽²⁷⁾. Embora a maioria dos diabéticos da amostra saiba que é importante fazer caminhadas para controlar a sua doença, muitos deles referem dificuldades em realizá-las devido a hábitos de sedentarismo e a problemas de saúde. É importante que os técnicos de saúde possuam a habilidade de ajustar o exercício às condições dos seus doentes, não se limitando somente a enfatizar a importância da prática de actividade física regular.

Os conhecimentos acerca da doença só foram preditores para a adesão ao teste à glicose. A falta de contributo único dos conhecimentos e desconhecimentos para o exercício físico e do desconhecimento para a adesão ao teste à glicose tem, provavelmente, relação com a elevada correlação existente entre as duas sub-escalas (conhecimento e desconhecimento) que tendem a anular-se estatisticamente.

Reconhecendo a importância da monitorização da glicemia/glicosúria no controlo da diabetes, habitualmente os diabéticos tipo 1 recorrem mais à sua utilização, visto a dose de insulina a administrar depender dos valores encontrados. Na diabetes mellitus tipo 2 esta prática não é tão corrente, não existindo consenso quanto à frequência do teste⁽²⁸⁾, e por vezes este é realizado unicamente durante a consulta médica ou de enfermagem, ou em casos pontuais em que o diabético, porque não se sente bem, decide recorrer aos serviços farmacêuticos para o realizar. Apesar dos aparelhos de medição ou as fitas de teste à urina estarem cada vez mais ao alcance dos doentes, e a sua leitura tenha sido mais simplificada, numa população pouco alfabetizada e idosa estas habilidades tornam-se algo complexas e portanto pouco desejáveis pelos doentes. Embora os conhecimentos não garantam a mudança de comportamentos nos doentes diabéticos, são sem dúvida um importante contributo para facilitar o processo de participação e adesão ao tratamento^(25,29).

Os profissionais de saúde, para além de enfatizar a realização do teste de glicemia em situações que prevejam alterações nos níveis de açúcar (e.g. na mudança de terapêutica), devem fornecer perícias que permitam ao doente realizar o teste no seu domicílio, bem como ensinar

a interpretar os resultados obtidos de modo a que este se sinta envolvido e responsável no seu tratamento. Os conhecimentos acerca da doença e seu tratamento, darão um contributo para que o diabético compreenda a importância da sua realização e deste modo adira mais. Face a diabéticos com baixo nível de escolaridade, idade avançada ou outras situações específicas, o educador deverá envolver os familiares que apoiam o doente.

Em termos do género, este parece influenciar o nível dos conhecimentos sobre a diabetes. Os homens demonstram menos desconhecimento sobre a diabetes do que as mulheres. Este facto poderá estar relacionado com as médias de escolaridade, que são significativamente superiores no sexo masculino.

CONCLUSÕES

Este trabalho tinha como finalidade descrever o conhecimento do paciente diabético sobre a doença, o tratamento e a repercussão na adesão. Os resultados apontam para uma associação entre este e os vários componentes do autocuidado, confirmando-se a sua importância como preditor na conduta ao tratamento aconselhado. Este estudo indica ainda que os conhecimentos acerca da doença devem ser tidos em consideração no desenho de estratégias de educação para a saúde, visto a amostra apresentar maioritariamente marcadores clínicos (glicemia em jejum e hemoglobina glicosilada) com valores superiores aos aconselhados. Os conhecimentos sobre a diabetes parecem ser particularmente importantes na adesão ao teste de glicose, sugerindo que o educador esteja atento a determinadas áreas (áreas alvo) aquando da transmissão de conhecimentos. A equipa de saúde deverá continuar a investir na educação de forma a promover a adopção de comportamentos saudáveis na população.

Manuscrito baseado na Dissertação “Estudo dos Conhecimentos e Representações de Doença Associados à Adesão Terapêutica nos Diabéticos Tipo 2,” apresentada na Universidade do Minho, em 2004, 178 páginas.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório mundial [acesso em 2002 Out 11]. Disponível em: <http://www.who.int/chronic-conditions>
2. Ministério da Saúde (PT). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Circular Normativa N.º23/DSCS de 14/11/07. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2007.
3. Costa M, López E. Educación para la salud. Una Estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Ediciones Pirámide; 1998. p.27-58.
4. González MI. La Educabilidad de la salud. Tiene importancia la educación para la salud en nuestra sociedad. In: González MI, editores. La Educación para la salud del siglo XXI. España: Ediciones Díaz de Santos; 1998. p.21-9.
5. Sarafino EP. Health Psychology. Biopsychosocial interactions. 4th ed. New York: John Wiley & Sons; 2002.
6. Paúl C, Fonseca AM. Psicossociologia da saúde. Lisboa: Climepsi; 2001.
7. Golin CE, DiMatteo MR, Gelberg L. The Role of patient participation in the doctor visit: implications for adherence to diabetes care. *Diabetes Care*. 1996;9(10):1153-4.
8. Ponte C, Fernandes V, Gurgel M, Veras V, Quidute A, Montenegro R, et al. Projeto sala de espera: uma proposta para a educação em diabetes. *Rev Bras Promoção Saúde [periódico na Internet]*. 2006. [acesso em 2008 Out 27];19(4):197-202. Disponível em: <http://www.unifor.br/rbps>.
9. Anderson RM, Funnell MM, Butler PM, Arnold MS, Fitzgerald JT, Feste CC. Patient Empowerment. Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 1995;18(7):943-9.
10. Correia L. Compensação na diabetes tipo 2. *Diabetes Viver Equil*. 1999;10:6.
11. Cox DJ, Gonder-Frederick L, Saunders T. Diabetes. Clinical Issues and Management. In: Sweet JJ, Rosensky RH, Toivan SM, editors. *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings*. New York: Plenum Press; 1991. p. 473-95.
12. Gagliardino JJ, Etchegoyen G. A Model educational program for people with type 2 diabetes. A Cooperative Latin American Implementation Study. *Diabetes Care*. 2001;24(6):1001-7.
13. Graça S. A Diabetes, a educação e a comunidade. *Diabetes Viver Equil*. 2001;20:4-5.
14. Brown SA. Effects of educational interventions in diabetes care: a meta-analysis of findings. *Nursing Research*. 1988;37:223-30.
15. Garcia R; Suárez R. Resultados de la estrategia cubana en diabetes tras 25 años de experiencia. *Rev Cubana*

- Salud Pública [periódico na Internet] 2007. [acesso em 2008 Nov 2];33(2). Disponível em: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_serial&pid=0864-3466&lng=&nrm=iso.
16. Boavida J. É Necessário integrar: as pessoas doentes no controle e gestão da sua própria doença. *Diabetes Viver Equil.* 2001;21:10-1.
 17. American Diabetes Association. Third-party reimbursement for diabetes care, self-management education, and supplies (position statement). *Diabetes Care.* 2002;25 Suppl 1: S134-5.
 18. American Diabetes Association. Third-party reimbursement for diabetes care, self-management education, and supplies. *Diabetes Care.* 2003;26 Suppl 1: S143-4.
 19. Gray A, Raikou M, McGuire A, Fenn P, Stevens R, Cull C, et al. Relação de custo-efectividade de um programa de controlo intensivo da glicemia em doentes com diabetes tipo 2: análise económica associada a ensaio aleatorizado e controlado (UKPDS 41). *Br Med J.* 2001;10:165-72.
 20. Sousa M. Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2 [tese]. Braga: Universidade do Minho; 2003.
 21. Toobert D, Glasgow R. Assessing diabetes self-management: the summary of diabetes self-care activities questionnaire. In: Bradley C, editors. *Handbook of Psychology and Diabetes.* Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 1994. p.351-75.
 22. Correia MJ. Investigação dos Hábitos de saúde, Comportamentos de Risco e Adesão Terapêutica numa População Diabética Adulta [tese]. Braga: Universidade do Minho; 2003.
 23. Grupo Europeu de Consenso para a Diabetes Mellitus Não- Insulino- Dependente. Normas para o controle da Diabetes Mellitus Não- Insulino- Dependente: rastreio, diagnóstico, monitorização, educação, tratamento, autocontrolo. 2ª ed. Portugal: Bayer-Portugal; 1993.
 24. Duarte R. Autovigilância e métodos de avaliação do controle metabólico do diabético. In: Duarte R, André O, Caldeira J, Lisboa P, Parreira J, Sagreira L, coordenadores. *Diabetologia Clinica . 3ª ed.* Porto: Lidel, Edições técnicas; 2002. p.57-77.
 25. Chan YM, Molassiotis A. The Relationship between diabetes knowledge and compliance among Chinese with non-insulin dependent diabetes mellitus in Hong Kong. *J Adv Nurs.* 1999;30(2):431-48.
 26. Coates VE, Boore JR. The Influence of psychological factors on the self-management of insulin-dependent diabetes mellitus. *J Adv Nurs.* 1998; 27:528-37.
 27. Hamduy O, Goodyear L, Horton E. Diet and exercise in type 2 diabetes mellitus. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North Americ.* 2201;30(4):883-907.
 28. American Diabetes Association. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus (Position Statement). *Diabetes Care.* 2002a; 25 Suppl 1:S33-49.
 29. Cameron C. Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. *J Adv Nurs.*1996;24:244-50

Endereço paras correspondência:

Maria Rui Miranda Grilo Correia de Sousa
 Rua Padre António Vieira, 101/A 2
 Miramar
 4405-679 - Vila Nova de Gaia - Portugal
 E-mail: mariarui@esenf.pt