

Automonitorização, qualidade de vida e adesão ao tratamento em Diabetes Tipo 2: relato de caso

Self-monitoring, quality of life and adherence to treatment in Type 2 Diabetes: case report

Luciane Ramos¹, Eleonora Arnaud Pereira Ferreira^{2,3}, Daniela Lopes Gomes^{2,4}

Resumo Objetivo: O presente estudo analisou o efeito de automonitorização com feedback sobre indicadores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em um paciente com diabetes. **Método:** Participou deste estudo um adulto de 57 anos com diabetes Tipo 2. Os instrumentos utilizados foram: Prontuário; Roteiros de entrevista; Inventário de sintomas de estresse de Lipp; Escalas Beck de ansiedade e de depressão; Questionário SF-36. **Resultados:** Ao início do estudo o participante apresentou estresse na fase de resistência, 9,2% de hemoglobina glicada (HbA1c), com baixo índice de adesão à dieta, mas com percepção de boa qualidade de vida. Após intervenção, obteve 6,7% de HbA1c e melhora nos indicadores emocionais. Não ocorreu mudança na adesão à dieta e à atividade física. **Conclusões:** Os resultados sugerem que houve melhora nos indicadores emocionais e no valor de HbA1c mesmo não ocorrendo melhora na adesão à dieta e à prática de atividade física.

Descritores: adesão ao tratamento; automonitorização; diabetes Tipo 2; qualidade de vida; relato de caso.

Summary Purpose: The present study analyzed effect of self-monitoring with feedback on emotional indicators, quality of life and adherence to treatment in a patient with diabetes. **Methods:** A 57 year-old adult participated in this study with Type 2 diabetes. The instruments used were: Medical records, interview scripts, Lipp Stress Symptoms Inventory (LSSI), Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI); and Questionnaire SF-36 were used as data collection. **Results:** Initially, the participant demonstrated stress in the resistance phase, 9,2% of glycated hemoglobin (HbA1c), with low adherence to diet but with perception of good quality of life. After the intervention, the participant demonstrated 6,7% of HbA1c and improvement in the emotional indicators' levels. Neither adherence to diet nor physical activity degrees changed during the study. **Conclusions:** The results suggest improvement in emotional indicators and in HbA1c levels, even though it has not caused improvement in adherence to diet and in physical activity practice.

Keywords: adherence to treatment; self-monitoring; Type 2 diabetes; quality of life; case report.

¹Universidade Federal do Pará, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém, PA, Brasil

²Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil

³Universidade Federal do Pará, Faculdade de Psicologia, Belém, PA, Brasil

⁴Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil.

Fonte de financiamento: Trabalho parcialmente financiado pela CAPES por meio de bolsa de doutorado à primeira autora e pela Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado do Pará (FAPESPA), Processo no 102/2008.

Conflito de interesse: As autoras declaram não haver conflitos de interesse.

Recebido: Maio 23, 2019

Aceito: Agosto 27, 2019

Trabalho realizado na Unidade Básica de Saúde, localizada na cidade de Belém-Pará, Brasil, por meio do programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará.

Introdução

O diabetes mellitus (DM) é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação e/ou secreção de insulina pelo organismo¹. De acordo com a Organização Mundial de Saúde² o diabetes é considerado um problema de saúde pública cuja incidência vem aumentando a cada ano, sendo o DM Tipo 2 (DM2) o que apresenta maior prevalência na população mundial, demandando uma série de cuidados diários por parte do paciente, como o uso de medicação, atividade física regular e adoção de uma alimentação saudável com controle no consumo de carboidratos. Se esses cuidados não forem realizados de modo contínuo e integrados o paciente pode desenvolver, em médio e longo prazo, complicações crônicas como neuropatia, nefropatia e retinopatia¹.

Em razão da complexidade que envolve o tratamento do DM2, fatores relacionados ao próprio paciente (como aspectos emocionais e história de vida) necessitam ser levados em consideração no atendimento a essa população uma vez que são fundamentais ao tratamento e à prevenção das complicações crônicas que a doença desencadeia³⁻⁵. Estudos apontam que pacientes com diagnóstico de doenças crônicas como o DM2 têm maior probabilidade de apresentar formas patológicas de estresse, ansiedade e depressão. Tais estudos sugerem que estes indivíduos, ao serem expostos a situações aversivas, apresentariam dificuldade no manejo da doença, comprometendo a adesão e a qualidade de vida⁵⁻⁹.

A American Diabetes Association³ recomenda que fatores psicossociais sejam incorporados na avaliação dos cuidados médicos e de manejo do diabetes. A avaliação e o acompanhamento do bem-estar emocional do paciente devem ser considerados como parte do tratamento uma vez que a má administração de problemas emocionais dificultaria o autocuidado e a qualidade de vida do paciente. Gusmai *et al.*⁷ apontam que a qualidade de vida está relacionada ao cumprimento das orientações para o tratamento do diabetes, sugerindo que fatores psicossociais precisam ser levados em consideração pelos profissionais de saúde para uma melhor adesão ao tratamento pelo paciente.

A adesão ao tratamento, segundo a Organização Mundial de Saúde¹⁰, pode ser definida como o quanto o comportamento do paciente corresponde às recomendações dos profissionais de saúde. No caso do tratamento do diabetes, uma das maneiras de avaliar a adesão ao tratamento é a partir de medidas bioquímicas, dentre as quais se destaca a hemoglobina glicada (HbA1c). Esta medida é considerada uma das mais confiáveis, porque avalia a média ponderada global dos índices glicêmicos dos últimos três meses. Em adultos, valores iguais ou inferiores a 7% são considerados como indicadores de bom controle glicêmico de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes¹. Além dos indicadores bioquímicos, pode-se utilizar também o autorrelato do paciente, como, por exemplo, solicitar a descrição dos alimentos ingeridos em determinado intervalo de tempo para avaliar a adesão à dieta prescrita. Entretanto, o relato verbal do paciente nem sempre pode ser considerado uma medida confiável uma vez que o mesmo pode estar mais sob o controle de suas consequências imediatas (*e.g.* ser exposto à punição por parte do médico por não ter seguido as orientações prescritas) do que da ocorrência do comportamento que deveria ser relatado¹¹. Contudo, resultados mais fidedignos podem ser esperados quando é solicitado ao paciente que relate comportamentos específicos, como a descrição do comportamento alimentar nas últimas 24 horas por meio de recordatório.^{12, 13}

Estudos têm analisado o uso de tecnologias comportamentais na promoção da adesão ao tratamento. Em se tratando de doenças crônicas, o treino de automonitorização tem sido um bom recurso para instalar comportamentos de auto-observação, permitindo análises de contingências pelo próprio paciente acerca da relação entre sintomas da doença, estados emocionais e comportamentos de adesão ao tratamento¹²⁻¹⁴. Automonitorização corresponde ao comportamento de observar e registrar, sistematicamente, a ocorrência de determinado comportamento pelo próprio indivíduo¹⁵, o que poderia, por exemplo, auxiliá-lo a discriminar os contextos em que segue ou não as orientações propostas pelo profissional de saúde.

Este estudo objetivou verificar os efeitos de um treino de automonitorização com feedback sobre indicadores emocionais (estresse, ansiedade e depressão), domínios de qualidade de vida e comportamentos de adesão ao tratamento (quanto à dieta, uso de medicação e prática de atividade física) a partir do relato de caso de um paciente adulto com DM2.

Método

O estudo se caracteriza como experimento de caso único, com delineamento quanti-qualitativo.

Participante

João (nome fictício) tinha 57 anos de idade e ensino fundamental incompleto. Era separado, autônomo (motorista), com classificação econômica D de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa¹⁶. Tinha dois filhos (um adulto e uma adolescente) e morava sozinho. Foi selecionado porque estava dentro dos critérios de inclusão e de exclusão definidos para o estudo.

Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram: (a) ter mais de dois anos de diagnóstico de DM2, estar em acompanhamento ambulatorial há mais de um ano, ter dificuldades de adesão ao tratamento segundo registros feitos em prontuário, ter exame de laboratório indicando valor de HbA1c sugerindo descontrole glicêmico. Foram considerados critérios de exclusão: não apresentar resultado de hemoglobina glicada sugerindo controle adequado do diabetes (isto é, com índice menor que 7%); apresentar sequelas neurológicas (como retinopatia, neuropatia ou amputação); e, que estivesse fazendo uso de medicação prescrito para controle de transtornos psiquiátricos e/ou realizando intervenção psicológica. (Projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética sob o Protocolo No. 024/2011-NMT).

Ambiente de coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada nas dependências de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em uma capital da região Norte do Brasil, na qual funciona o Programa Hiperdia, e na residência do participante. O participante era acompanhado na UBS por uma equipe multiprofissional formada por médico, enfermeiro, nutricionista e técnico de enfermagem em consultas agendadas a cada mês de acordo com a evolução clínica.

Instrumentos

- (a) Prontuário do Participante. Documento sob a responsabilidade da UBS no qual estão registradas as informações clínicas e de acompanhamento do participante ao longo dos atendimentos realizados com a equipe multiprofissional.
- (b) Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL). Elaborado por Lipp¹⁷, 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 em sintomas percebidos pelo indivíduo nas últimas 24 horas, na última semana e no último mês. O ISSL foi utilizado neste estudo exclusivamente como instrumento de pesquisa, respaldado no Artigo 2o §1 da Resolução 009/2018 do Conselho Federal de Psicologia (CFP).¹⁸
- (c) Escalas Beck. Conjunto de quatro inventários utilizados como medida de auto avaliação de depressão, ansiedade, desesperança e tentativa de suicídio, validado para a população brasileira por Cunha¹⁹. Nesta pesquisa foram utilizados os inventários de ansiedade (BAI) e de depressão (BDI), exclusivamente como instrumentos de pesquisa com respaldo no Artigo 2o §1 da Resolução 009/2018 do Conselho Federal de Psicologia (CFP).¹⁸
- (d) Questionário SF-36 - Pesquisa em saúde. Instrumento traduzido e validado de acordo com o International Quality of Life Assessment Project (IQOLA). É um questionário com 36 itens, que envolve 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 estado²⁰.
- (e) Recordatório 24 horas (R24h). Roteiro elaborado com o objetivo de se fazer o levantamento da ocorrência dos comportamentos referentes à ingestão de alimentos, uso de medicamentos e prática de atividade física emitidos pelo paciente no período de 24 horas anterior a entrevista, levando-se em consideração as recomendações dos profissionais de saúde²¹.
- (f) Protocolo de automonitorização de sintomas de estresse. Formulário produzido para este estudo e adaptado de Lipp¹⁷ com o objetivo de obter-se o registro diário feito pelo participante referente a

sintomas de estresse 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. Formulário produzido 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. 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) Roteiro de entrevista para treino em análise de contingências. Produzido 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, dando feedback aos registros e relatos de comportamentos de adesão ao tratamento. Por meio deste roteiro, pede-se ao informante a descrição dos contextos em que ocorreram os comportamentos assinalados nos formulários de automonitorização.
- (j) Roteiro de Entrevista Final. 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 análise do prontuário para a identificação dos critérios de inclusão, o participante foi convidado por meio de telefonema realizado pela pesquisadora. Obtida a assinatura do termo de consentimento, o participante foi submetido individualmente à coleta de dados para a avaliação inicial e levantamento da linha de base dos comportamentos que sofreriam intervenção. Nesta etapa, foram aplicados o Inventário de depressão de Beck (BDI), o Inventário de Stress de Lipp (ISSL), o Inventário de ansiedade de Beck (BAI), o Questionário SF-36 e o Recordatório 24 horas (R24h), nesta ordem. Em três entrevistas subsequentes, gravadas em áudio com a devida autorização do participante, foi aplicado somente o R24h com intervalos de uma semana.

Na última entrevista de linha de base, após a aplicação do R24h, 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, gravadas em áudio, com intervalos de uma semana. Nestas, foram aplicados os Protocolos de automonitorização (de estresse/ansiedade, de sintomas de depressão e de adesão ao tratamento) seguidos do R24h.

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 senhor preencher durante a próxima semana. Nele 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 senhor marque com um X na coluna do dia correspondente quando apresentar algum desses sintomas. Por exemplo, se o senhor tiver dificuldades com a memória na quarta-feira, marque com um X neste quadrado aqui. O senhor 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 próxima semana e marcar com um X as emoções sentidas em cada dia da semana”. 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 julgou 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 treino em análise de contingências. Durante a realização das entrevistas de intervenção, a pesquisadora fornecia feedback, na forma de elogios e gestos de aprovação, aos registros e relatos do participante que fossem considerados como consistentes com as instruções prescritas para o tratamento do DM2. No caso de registros e relatos que não coincidiam com as instruções, a pesquisadora elogiava o participante por relatar tais comportamentos durante a entrevista, enfatizando a importância do relato fidedigno e incentivava-o a relatar suas dificuldades aos profissionais que o acompanhavam na UBS.

Na etapa de encerramento, foi realizada mais uma visita domiciliar utilizando-se o Roteiro de entrevista final. Após 30 dias, foi realizada uma entrevista de Follow-up, aplicando-se o R24h com o objetivo de verificar se houve a manutenção dos comportamentos de adesão. Após uma semana, foram reaplicados o ISSL, o BDI, o BAI, o Questionário de Saúde SF-36 e o R24h. Por fim, fez-se nova análise do prontuário para a atualização dos valores de hemoglobina glicada do participante.

Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados por grupos de variáveis. Os dados sobre indicadores emocionais e domínios de qualidade de vida foram avaliados de acordo com as normas de cada instrumento, considerando-se valores pré e pós-intervenção. O controle glicêmico foi avaliado por meio de dois valores de HbA1c retirados do prontuário do participante, coletados 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 R24h. A adesão à dieta foi analisada de acordo com a fórmula do Índice de Adesão à Dieta (IAD) proposta por Gomes et al.¹³, tomando como referência o modelo de plano alimentar sugerido pela Sociedade Brasileira de Diabetes¹ e disponibilizado por uma nutricionista com história de atendimento a adultos com DM2, por meio da seguinte fórmula: a) IAD por refeição = Número de itens da dieta recomendados x número de itens da dieta ingeridos corretamente / Número de itens da dieta recomendados + Número de itens da dieta excedentes b) IAD diário = Soma dos IADs das seis refeições diárias / 6¹ c) IAD total = Soma dos IADs / número de registros alimentares. Para as análises, contou-se com a supervisão de outra nutricionista especializada no atendimento a adultos com diabetes.

Resultados

Avaliação inicial

Ao início do estudo, João apresentava sobrepeso e hipertensão arterial, estava com oito anos de diagnóstico de DM2 e obteve 9,2% como valor de HbA1c. Quanto aos indicadores emocionais, o participante apresentou estresse na fase de resistência com predomínio de sintomas psicológicos, depressão em nível leve e ausência de ansiedade. O escore médio obtido no Questionário SF-36 foi de 95,87% indicando percepção de boa qualidade de vida.

Durante a entrevista inicial, João relatou “estar muito estressado” e o motivo principal desse estado emocional seria a falta de oportunidade de um trabalho fixo (uma vez que realizava atividades esporádicas como motorista) e em razão de ainda não ter conseguido sua aposentadoria.

João relatou que tomava corretamente sua medicação para controle do diabetes a fim de evitar “levar broncas” da enfermeira da UBS. Entretanto, relatou que não conseguia realizar seu tratamento de forma correta, especialmente em relação à dieta, pois sua vida financeira ainda não estava estruturada, e não tinha tempo e nem dinheiro para se alimentar de forma adequada. Concomitante a esses fatores, apresentava dificuldades quanto aos horários de suas refeições e à qualidade dos alimentos que ingeria. Relatou que em algumas ocasiões alimentava-se fora de sua residência, em locais onde “as pessoas não se preocupavam em oferecer uma alimentação saudável”, isto é, com redução na quantidade de sal e gordura por exemplo. Declarou estar ciente de que não deveria ingerir tais alimentos em razão das recomendações dos profissionais da UBS, mas que “não tinha alternativa”.

Observou-se pelos relatos que ele desconhecía as justificativas para o seguimento correto de um plano alimentar adequado para o controle do diabetes. Por exemplo, João descreveu que, caso fizesse seis

refeições diárias, incluindo os lanches conforme estava descrito no plano alimentar, aumentaria de peso e o seu tratamento seria prejudicado. Desse modo, não seguia a recomendação dos profissionais da UBS para fazer lanches entre as principais refeições. Observa-se que seu comportamento alimentar ficava sob o controle da regra “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 dos alimentos que compõem o plano alimentar. Em outras situações, como morava sozinho, precisava preparar suas próprias refeições, e, segundo ele, como não sabia cozinhar, geralmente preparava alimentos muito calóricos e não saudáveis, como enlatados e embutidos.

Quanto à atividade física, João 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.

Intervenção

A Figura 1 apresenta os dados obtidos por meio do cálculo do Índice de Adesão à Dieta (IAD) a partir dos registros feitos pelo participante nos formulários de automonitorização e dos relatos obtidos por meio dos R24h.

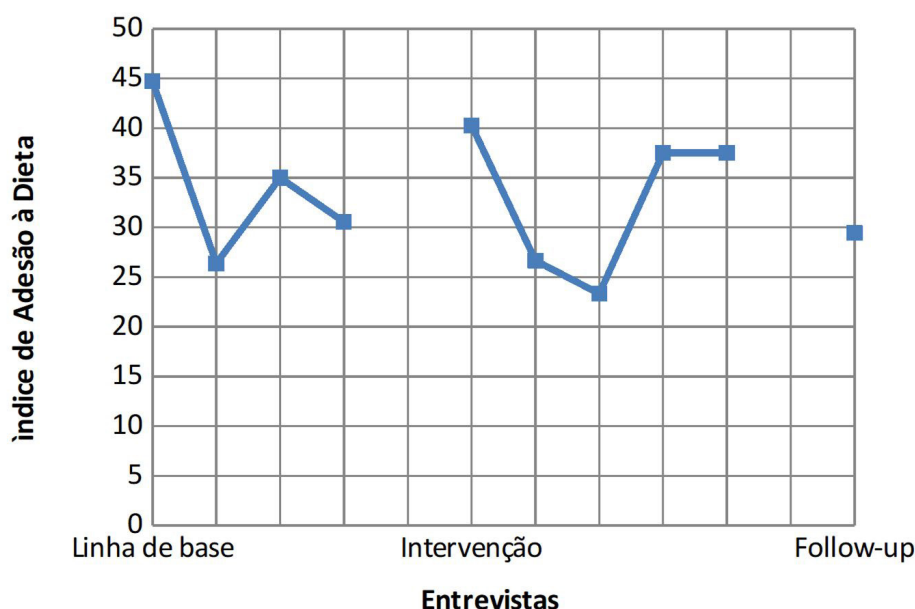


Figura 1. Índice de Adesão à Dieta obtido por João durante Linha de base, Intervenção e Follow-up.

Observa-se que o participante apresentou baixa adesão às regras nutricionais em todas as etapas do estudo, com valores de IAD sempre abaixo de 50%. Em Linha de base, a média ficou em 34,16%; na fase de Intervenção a média foi de 33,05%; e na fase de Follow-up este valor diminuiu para 29,44%. Estes resultados ocorreram principalmente devido ao participante não realizar as seis refeições diárias, omitindo os lanches, e se alimentando em horários irregulares com alimentos de alto valor calórico e em quantidades consideradas excessivas. O participante manteve seu padrão alimentar mesmo após a intervenção, com a mesma justificativa apresentada na avaliação inicial, isto é, relatando que incluir lanches na dieta aumentaria o seu peso e tornaria mais grave sua condição de saúde.

Quanto à adesão à medicação, apesar de o participante ter afirmado em todos os encontros da avaliação inicial que fazia uso correto da medicação, observou-se que a medida de HbA1c indicava descontrole glicêmico (9,2%). Esta discrepância sugere que os relatos de adesão à medicação poderiam não ser fidedignos, com o participante superestimando sua adesão neste quesito ao início do estudo. Após intervenção, ao ser questionado sobre facilidades e dificuldades para o seguimento das orientações sobre uso de medicamentos, o participante admitiu a irregularidade de sua adesão, atribuindo ao horário de trabalho o “esquecimento” dos horários em que deveria tomar o medicamento.

Com relação à adesão à atividade física, o participante permaneceu relatando que não realizava atividade física orientada, mesmo após a intervenção, alegando falta de tempo em decorrência de sua ocupação laboral. Entretanto, observou-se nos relatos que João passou a identificar que as caminhadas que realizava em sua rotina poderiam trazer algum benefício à sua saúde.

Em relação ao controle das emoções, na avaliação inicial João não considerava a possibilidade de os estados emocionais terem relação com seu tratamento. Após a intervenção, relatou que passou a considerar a importância de estar bem, a despeito de ter diagnóstico de DM2 ou mesmo para auxiliar no tratamento.

Na Tabela 1 estão os resultados obtidos por João no ISSL, BAI, BDI e Questionário SF-36 assim como os valores de HbA1c obtidos ao início e ao final da pesquisa.

Tabela 1. Indicadores emocionais de estresse, depressão, ansiedade e qualidade de vida e valores de HbA1c obtidos na avaliação inicial e após intervenção

	Avaliação inicial	Após intervenção
Indicadores emocionais		
Estresse	Resistência (13 pts)	Ausência
Depressão	Leve (13 pts)	Mínima (8pts)
Ansiedade	Mínima (4pts)	Mínima (1pt)
Qualidade de vida		
Capacidade funcional	95%	100%
Aspectos físicos	100%	100%
Dor	100%	100%
Estado Geral de Saúde	92%	82%
Vitalidade	100%	75%
Aspectos sociais	100%	100%
Aspectos emocionais	100%	100%
Saúde mental	80%	100%
Média	95,8%	94,6%
HbA1c	9,2%	6,7%

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Quanto aos indicadores emocionais, houve redução nos níveis de estresse (de presença de estresse na fase de resistência para ausência de estresse), de depressão (de leve para mínima) e de ansiedade (que permaneceu mínima, mas com menor pontuação). Quanto aos indicadores de qualidade de vida, pode-se observar que João manteve uma boa percepção de qualidade de vida, tanto na avaliação inicial quanto após a intervenção, com exceção dos fatores Estado geral de saúde (que diminuiu de 92% para 82%) e Vitalidade (com redução de 100% para 75%).

Quanto à hemoglobina glicada, houve diminuição dos níveis glicêmicos de 9,2% para 6,7%, alcançando parâmetros normais conforme preconizados pela Sociedade Brasileira de Diabetes¹, mesmo mantendo IADs baixos ao início (34,16%) e ao final (29,44%) da pesquisa.

Discussão

Ao início do estudo, João relatou fazer uso correto da medicação indicada para o tratamento do DM2; entretanto, o resultado do exame de HbA1c sugeria baixo controle glicêmico (9,2%). A divergência observada nesses resultados confirma dados da literatura quanto à dificuldade de adesão à medicação no tratamento do diabetes⁴. Mesmo sendo o tratamento medicamentoso para o DM2 considerado como de fácil administração por requerer a ingestão de comprimidos orais poucas vezes ao dia, é possível identificar dificuldades quando são utilizadas medidas mais objetivas e diretas, como os exames laboratoriais e perguntas específicas sobre adesão²², e não somente por meio do relato livre feito pelo paciente.

Ao longo do estudo observou-se que não ocorreram mudanças na adesão à dieta nem à atividade física orientada. No que se refere à adesão à dieta, os valores das médias no IAD do participante foram baixos tanto no início (34,16%) quanto no final (29,44%) do estudo. Pode-se considerar que a adesão à dieta do participante ficou aquém do mínimo recomendado para observar benefícios (isto é, valores iguais ou acima de 50%), como sugerido por Gomes et al.¹³.

Quanto à atividade física não houve nenhuma mudança em relação a uma prática regular e orientada no repertório comportamental de João, visto que o mesmo argumentava que não tinha tempo para tal atividade. O fato de caminhar até o trabalho já era considerado por ele como uma atividade física suficiente em sua rotina. Embora estas caminhadas possam trazer mais benefícios ao serem comparadas com o sedentarismo, não são consideradas suficientes para auxiliar no controle da glicemia, principalmente por não serem realizadas regularmente¹. Uma revisão sistemática apontou para o impacto no controle glicêmico em longo prazo a partir da adoção de um estilo de vida fisicamente ativo, porém destacou a necessidade de estudos que avaliem diferentes estratégias de mudança de comportamento sedentário²³.

Estudos têm apontado o uso de automonitorização como recurso para instalação e/ou manutenção de comportamentos importantes para o enfrentamento de condições adversas no tratamento do DM2^{12,14}. No presente estudo, durante o período de cinco semanas consecutivas, o participante ficou exposto a incentivos verbais para prosseguir aderindo ao tratamento, com feedback e análises das contingências relatadas a partir do preenchimento dos formulários de automonitorização. Esta atenção individualizada, direcionada aos relatos do participante, podem ter auxiliado na instalação de comportamentos de auto-observação e de identificação de variáveis que dificultavam ou que favoreciam o seguimento das orientações do tratamento. Entretanto, não foram suficientes para promover uma melhor adesão pelo participante. Por outro lado, observou-se estabilidade na avaliação que o participante fez acerca de sua qualidade de vida e melhora nos estados de estresse, depressão e de ansiedade.

Segundo Lipp¹⁷, embora o indivíduo apresente desgaste emocional e mesmo outros sintomas, nas fases iniciais de estresse ainda é possível apresentar um regular funcionamento em seu ambiente social. Esta característica foi observada no participante ao longo da pesquisa, pois, mesmo apresentando estresse em fase de resistência e com oito anos de DM2, ele conseguia fazer suas atividades rotineiras de forma regular. Tais características podem estar relacionadas ao próprio enfrentamento da condição clínica, devido às lentas alterações no curso da doença, características do DM2. O treino de automonitorização também pode ter sido um bom recurso para instalar comportamentos de auto-observação de estados emocionais, permitindo análises de contingências acerca da relação entre indicadores emocionais, sintomas da doença e comportamentos de adesão ao tratamento, como observado nos relatos do participante ao final do estudo.

Os resultados também destacam a importância de se utilizar múltiplas medidas de adesão ao tratamento como foi o caso deste estudo e que já havia sido sugerido em estudos anteriores^{10,12}. 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 HbA1c. Por sua vez, observou-se também que, quanto à dieta, os relatos de João foram, em sua maioria, característicos de não seguimento da dieta, coincidindo com a medida bioquímica. Por outro lado, tais resultados ressaltam a importância do seguimento em conjunto das regras do tratamento para que o objetivo de controle glicêmico seja alcançado, enfatizando a complexidade do tratamento¹.

Considerações finais

Este relato de caso apontou que um conjunto de variáveis interfere nas dificuldades do indivíduo com DM2 em aderir às prescrições dos profissionais de saúde. Dentre elas, destaca-se a falta de uma sistematização no atendimento oferecido pela UBS aos usuários do Hiperdia, visto que as metas do tratamento não estavam claras para o participante. Observou-se que João desconhecia o significado dos valores de HbA1c, não planejava as refeições de modo a controlar a ingestão de carboidratos, nem administrava sua rotina de modo a incluir atividades físicas regulares. Nesta perspectiva é de extrema importância que os profissionais de saúde estabeleçam uma comunicação eficiente com o paciente acerca da doença e do monitoramento dos sintomas para uma melhor adesão ao tratamento.

Por outro lado, os resultados sugerem a importância de se inserir a avaliação de indicadores emocionais e de qualidade de vida no protocolo de assistência a adultos com DM2, como prevenção a dificuldades na

adesão ao tratamento. Esta avaliação pode auxiliar a equipe de saúde a ter uma melhor compreensão das contingências às quais os pacientes estão expostos para o seguimento do tratamento, permitindo um maior suporte ao planejamento das ações de intervenção, como foi observado no caso estudado.

O estudo via relato de caso pretendeu verificar os efeitos do treino de automonitorização com feedback sobre indicadores emocionais (estresse, ansiedade e depressão), domínios de qualidade de vida e comportamentos de adesão ao tratamento em paciente adulto com DM2. Os resultados sugerem que indivíduos com DM2 poderiam se beneficiar com a utilização de formulários de automonitorização na rotina de atendimento, confirmando estudos realizados sobre a eficácia de intervenções comportamentais com vistas à melhora na adesão ao tratamento e na qualidade de vida.

Esse relato de caso aponta como limitação o tamanho da amostra estudada e a necessidade da aplicação dessas intervenções com maior número de participantes com objetivo de verificar se existem diferenças estatisticamente significativas em indivíduos com DM2 de diferentes faixas etárias, nível socioeconômico e de escolaridade.

Referências

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes: 2017-2018. São Paulo: Clannad; 2018.
2. World Health Organization. Global report on diabetes. Geneva: WHO; 2016 [citado em 2018 fev 02]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf?sequence=1
3. American Diabetes Association. Lifestyle management: standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*. 2019;42(1 Suppl):S46-60. <http://dx.doi.org/10.2337/dc19-S005>. PMID:30559231.
4. Bernini LS, Barrile SR, Mangili AF, Arca EA, Correr R, Ximenes MA, et al. O impacto do diabetes mellitus na qualidade de vida de pacientes da Unidade Básica de Saúde. *Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional*. 2017;25(3):533-41. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO0899>.
5. Silva SA, Alves SHS. Conhecimento do diabetes tipo 2 e relação com o comportamento de adesão ao tratamento. *Estud Interdiscip Psicol*. 2018;9(2):39-57. <http://dx.doi.org/10.5433/2236-6407.2016v9n1p39>.
6. Khandelia V, Kumar V, Garg A. Depression and anxiety in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Annals Indian Psychiatry*. 2018;2(2):115-9. http://dx.doi.org/10.4103/aip.aip_12_18.
7. Gusmai LF, Novato TS, Nogueira LS. A influência da qualidade de vida na adesão ao tratamento do paciente diabético: revisão sistemática. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(5):839-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000500019>. PMID:26516756.
8. Lee YS, Jung WM, Jang H, Kim S, Chung SY, Chae Y. The dynamic relationship between emotional and physical states: an observational study of personal health records. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017;13:411-9. <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S120995>. PMID:28223814.
9. Shofany C. Quality of life among chronic disease patients. *Nurse Care Open Access J*. 2017;4(2):385-94. <http://dx.doi.org/10.15406/ncoaj.2017.04.00103>.
10. World Health Organization. Adherence to long- term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003 [citado em 2019 mar 06]. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
11. Malerbi FEK. Estratégias para aumentar a adesão em pacientes com diabetes. In: Guilhardi HJ, Madi MBPP, Queiroz PP, Scoz MC, organization. *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade*. Santo André: ESETec; 2001. p. 257-268.
12. Casseb MS, Ferreira EAP. Treino em automonitorização e comportamentos de prevenção de diabetes Tipo 2. *Estud Psicol*. 2012;29(1):135-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2012000100015>.
13. Gomes DL, Ferreira EAP, Souza CMC. Automonitoramento e adesão a dois tipos de regras nutricionais em adultos com diabetes Tipo 2. *Acta Comport*. 2012;20(3):327-42.
14. Ramos L, Ferreira EAP, Najjar ECA. Efeitos de automonitorização sobre indicadores emocionais e adesão ao tratamento do diabetes. *Psicol Saude Doencas*. 2014;15(3):567-85. <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150302>.
15. Bohm CH, Gimenes LS. Automonitoramento como técnica terapêutica e de avaliação comportamental. *Rev Psicol*. 2008;1(1):88-100.
16. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil [Internet]. São Paulo: ABEP; 2016 [citado em 2019 fev 22]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
17. Lipp MEN. Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
18. Conselho Federal de Psicologia. Resolução nº 009, de 25 de abril de 2018. Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI e revoga as Resoluções nº 002/2003, nº 006/2004 e nº 005/2012 e Notas Técnicas nº 01/2017 e 02/2017 [Internet], Brasília, DF; 25 abr 2018 [citado em 2019 jun 16]. Disponível em: <http://satepsi.cfp.org.br/legislacao.cfm>

19. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. Tradução de Jurema Alcides Cunha. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
20. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol. 1999;39(3):143-50.
21. Fisberg RM, Marchioni DML, Colucci ACA. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. Arq Bras Endocrinol Metab. 2009;53(5):617-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302009000500014>.
22. Baldoni NR, Oliveira REM, Franco LJ, Fabbro ALD. Adesão ao tratamento farmacológico de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde. 2016;7(4):15-19.
23. Craddock KA, ÓLaighin G, Finucane FM, Gainforth HL, Quinlan LR, Ginis KAM. Behaviour change techniques targeting both diet and physical activity in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. Int J Behav Nutr Phys Act. 2017;14(1):18. <http://dx.doi.org/10.1186/s12966-016-0436-0>. PMID:28178985.

Autor correspondente

Luciane Ramos
Cidade Nova IV, WE 41, 162, Coqueiro
CEP 67133-240, Ananindeua, PA, Brasil
Tel: (91) 99205-8203/98199-2109
E-mail: luciane.ramos1@gmail.com

Informação sobre os autores

LR é Psicóloga e Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento pela Universidade Federal do Pará (UFPA). EAPF é Psicóloga; Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília (UNB); docente no Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará (UFPA). DLG é Nutricionista; Mestre em Teoria e Pesquisa do Comportamento pela Universidade Federal do Pará; Doutora em Nutrição Humana pela Universidade de Brasília (UNB); docente da Universidade Federal do Pará (UFPA) e Orientadora no Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento da Universidade Federal do Pará (UFPA).

Contribuição dos autores

LR, EAPF e DLG foram responsáveis pela elaboração do projeto, pela coleta e análise dos dados, pela revisão da literatura e redação final do artigo. Este estudo faz parte da tese de doutorado de LR, sob orientação de EAPF e co-orientação de DLG.