



Ana Filipa Domingues Jordão

Influência das Crenças na Medicação no Controlo da Diabetes

Monografia realizada no âmbito da unidade Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, orientada pela Professora Doutora Maria Margarida Castel-Branco Caetano e apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Julho 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Ana Filipa Domingues Jordão

Influência das Crenças na Medicação no Controlo da Diabetes

Monografia realizada no âmbito da unidade Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas,
orientada pela professora Doutora Maria Margarida Castel-Branco Caetano e apresentada à Faculdade de
Farmácia da Universidade de Coimbra

Julho 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Eu, Ana Filipa Domingues Jordão, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2011158507, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo da Monografia apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade de Estágio Curricular.

Mais declaro que este é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na Bibliografia desta Monografia, segundo os critérios bibliográficos legalmente estabelecidos, salvaguardando sempre os Direitos de Autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.

Coimbra, 5 de Julho de 2016.

(Ana Filipa Domingues Jordão)

A Tutora

(Professora Doutora Maria Margarida Castel-Branco Caetano)

A Aluna

(Ana Filipa Domingues Jordão)

AGRADECIMENTOS

Porque este trabalho é o culminar de mais uma etapa da minha vida, quero agradecer a todos os que percorreram este caminho lado a lado comigo, dirigindo um especial agradecimento:

À Professora Doutora Margarida Castel-Branco em primeiro lugar por todos os conhecimentos que me transmitiu ao longo destes últimos cinco anos e por sempre ter partilhado a alegria que sente com a sua profissão, dando-nos esperança num futuro de felicidade. Mas, neste momento, os agradecimentos vão principalmente para a constante disponibilidade, apoio e simpatia demonstrada na elaboração desta monografia, assim como para todas as sugestões e críticas que me sugeriu permitindo-me melhorar este trabalho.

À Professora Doutora Isabel Vitória, à JuniPharma e a todos os profissionais responsáveis pelo avançar deste projeto um muito obrigada pela iniciativa, pela oportunidade de poder integrar no vosso trabalho e por toda a prestabilidade e ajuda disponibilizada sempre que necessitei.

Às minhas colegas Ana Rita Cabral, Ana Filipa Ferreira e Joana Amorim pela ajuda, apoio e pelas palavras amigas disponibilizadas nas 'horas de maior aperto'.

Aos docentes e à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra por todo o saber partilhado que me permite acabar estes cinco anos a sentir-me mais 'rica' e preparada para a nova etapa que aí vem.

Aos meus pais e manos pelo apoio, confiança e amor que sempre depositaram em mim, dando-me força para nunca desistir mesmo quando o trabalho era muito.

Ao meu pai principalmente pela paciência para reler constantemente o trabalho.

À minha mana pelo apoio com o SPSS e com a estatística.

Ao meu mano, ao Eduardo e à Carina pela ajuda com o inglês.

Ao Nelson por ser aquele que atura o meu 'mau feitio' quando o stress acumula, por saber dar os abraços mais reconfortantes e pelas repetidas vezes em que me diz: 'Confia em ti!'.

ÍNDICE

LISTA DE ACRÓNIMOS	1
RESUMO	2
ABSTRACT	3
1. INTRODUÇÃO	4
1.1. Diabetes Mellitus tipo 2.....	5
1.2. Crenças na medicação	5
1.3. Questionário <i>Crenças acerca da Medicação</i>	6
1.4. <i>Health Belief Model</i>	8
1.5. Relação das crenças na medicação com a terapêutica diabética	10
1.6. Relação das crenças na medicação com adesão à terapêutica.....	11
1.7. Relação das crenças na medicação com o controlo da diabetes	13
1.8. Intervenção do farmacêutico junto do doente diabético com vista a um melhor controlo da sua doença	15
2. PROJETO CONHECIMENTOS / CRENÇAS / ADESÃO / CONTROLO DA DIABETES EM DOENTES DE AMBULATÓRIO	16
2.1. Objetivos.....	16
2.2. Metodologia.....	16
2.3. Crenças / Controlo da diabetes em doentes de ambulatório	17
2.4. Resultados.....	19
Caracterização da amostra.....	19
Resultados do inquérito BMQ-específico	19
Distribuição das crenças na medicação pelas variáveis sociodemográficas.....	19
Relação das crenças na medicação com a terapêutica antidiabética.....	20
Influência das crenças na medicação no controlo da diabetes	21
2.5. Discussão	23
3. CONCLUSÃO	27
4. BIBLIOGRAFIA.....	29
5. ANEXOS.....	31

LISTA DE ACRÓNIMOS

ADA – *American Diabetes Association*

ADO – Antidiabético Oral

BMQ – *Beliefs about Medicines Questionnaire* – questionário *Crenças acerca da Medicação*

DGS – Direção-Geral da Saúde

DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2

DPP-4 – Dipeptidil peptidase 4

FFUC – Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

GLP-1 – Peptídeo semelhante a glucagon

HbA1c – Hemoglobina glicada

HBM – *Health Belief Model*

MDKT – Questionário *Michigan Diabetes Knowledge Test*

MMAS-8 – Questionário *Morisky Medication Adherence Scale 8-items*

PTGO – Prova de tolerância à glicose oral

SGLT-2 – Co-transportador de sódio e glicose 2

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

RESUMO

Introdução: O envelhecimento da população e as alterações de estilos de vida que a sociedade tem vindo a sofrer levam ao aumento de doenças crónicas, tais como a Diabetes Mellitus tipo 2. Muitas destas doenças vão passando despercebidas devido ao silêncio dos seus sintomas, provocando nos doentes, por vezes, um sentimento de indiferença relativamente a estas. As crenças nos medicamentos que os doentes diabéticos revelam, tanto no sentido da 'necessidade' como da 'preocupação', têm repercussões no controlo da doença, que nem sempre se atinge como seria esperado. **Objetivo:** Inserido num estudo mais alargado para avaliar a influência do conhecimento da diabetes, das crenças na medicação e da adesão à terapêutica por parte de diabéticos tipo 2 no controlo da sua doença, tendo em vista uma otimização da intervenção farmacêutica, o objetivo específico do presente trabalho foi caracterizar as crenças na medicação dos doentes que participaram no estudo e analisar de que modo estas influenciam a adesão à terapêutica e, conseqüentemente, o controlo da diabetes desses mesmos indivíduos. **Metodologia:** Este estudo efetuou-se em farmácias do distrito de Coimbra. Os participantes no estudo foram os indivíduos que entraram nestas farmácias num determinado período a solicitar um antidiabético não-insulínico e que aceitaram participar no projeto. A estes foi solicitado, após assinatura do consentimento informado, o preenchimento de 3 questionários relativos aos conhecimentos da doença, às crenças na medicação (questionário BMQ-específico) e à adesão à terapêutica. Foram-lhes depois medidos os valores de hemoglobina glicada, pressão arterial e perímetro abdominal. Finalmente foi registada informação acerca da sua medicação crónica. **Resultados:** O questionário BMQ-específico revelou que as mulheres diabéticas têm crenças de 'preocupação' relativas à sua medicação mais elevadas que os homens, conduzindo ao aparecimento de crenças menos positivas. Os doentes com adesão à terapêutica elevada apresentam crenças mais positivas quando comparados com os doentes com baixa adesão, obtendo-se diferenciais 'necessidade-preocupação' de $2,91 \pm 5,05$ e $2,08 \pm 5,21$, respetivamente. Não foi encontrada associação entre crenças mais positivas e valores de HbA1c mais baixos. Verificou-se ainda que 23% dos participantes não têm a diabetes controlada. **Conclusão:** As crenças na medicação mais positivas – acreditar na necessidade da medicação e diminuir a importância dada aos aspetos negativos desta – tendem a resultar numa maior adesão à terapêutica, um dos fatores que pode contribuir para um maior controlo da diabetes. **Palavras - chave:** adesão à terapêutica; crenças na medicação; diabetes; hemoglobina glicada.

ABSTRACT

Introduction: The population's aging and alterations in lifestyle that society has been experienced induce the increase of chronic diseases, such as type 2 Diabetes Mellitus. Many of these diseases are going unnoticed due to the silence of their symptoms, which sometimes causes a feeling of indifference concerning these diseases. The beliefs about medicines that diabetics feel, both in the sense of 'necessity' as the 'concern', have repercussions in disease's control, which is not always reached like expected. **Aim:** Inserted in a larger study to evaluate how the type 2 diabetics' knowledge about diabetes, beliefs about medicines and medication adherence influence their disease's control, aiming to optimize the pharmacist's intervention, the specific objective of this monograph was to characterize the beliefs about medicines of the patients who took part in this study and to analyze in which way these beliefs have influence over the medication adherence and, consequently, the diabetes' control of these individuals. **Methodology:** This study took place in pharmacies of the district of Coimbra. The participants in this study were individuals who came to these pharmacies, in a specific time, asking for a non-insulin antidiabetic and accepted to participate in this project. After signing informed consent, they were asked to fill in 3 questionnaires about their knowledge on the disease, beliefs about medicines (BMQ-specific questionnaire) and medication adherence. Then, the values of glycated hemoglobin, blood pressure and abdominal circumference were measured. Finally, the information about their chronic medication was registered. **Results:** The BMQ-specific questionnaire revealed that diabetic women have concern beliefs about their medication higher than men, which leads to the surging of less positive beliefs about medicines. Patients with higher medication adherence show more positive beliefs in comparison to patients with low adherence, obtained 'necessity-concerns' differential of $2,91 \pm 5,05$ and $2,08 \pm 5,21$, respectively. No association was found between more positive beliefs and lower HbA1c values. There are 23% of participants who do not have their diabetes controlled. **Conclusion:** More positive beliefs about medicines – believing in their necessity and decreasing the importance given to their negatives aspects – tend to result in a higher medication adherence, which is one of the factors that can contribute to a better diabetes' control.

Keywords: beliefs about medicines; diabetes; glycated hemoglobin; medication adherence.

I. INTRODUÇÃO

No âmbito das ciências médicas, ao longo dos tempos, tem-se feito convergir a preocupação cada vez mais para o doente, colocando este no centro de todas as intervenções. Também assim tem acontecido na área farmacêutica, surgindo, aos poucos, o Farmacêutico Clínico. Sendo um campo recente, existe ainda muito a investigar, a melhorar, a praticar, para cada vez mais se garantir uma melhor qualidade de vida ao doente. Dado o farmacêutico, muitas vezes, ser visto como o profissional de saúde mais próximo, mais confiável, de acesso mais fácil e com um papel de destaque na equipa de saúde, ao ser o último profissional a contactar com o doente antes da toma do medicamento, torna-se crucial que a intervenção deste a nível clínico se fortaleça. Assim, o medicamento deixou de ser o centro da atividade do farmacêutico e colocou-se no seu lugar o doente que toma medicamentos, obrigando o farmacêutico a conhecer muito mais para além de todo o processo do medicamento e a colocar-se numa posição de prestação de serviços ao doente, com o objetivo de melhorar os seus resultados clínicos, económicos e humanísticos através da utilização de medicamentos. Pretende-se lutar para atingir um uso cada vez mais correto, racional e económico do medicamento por parte do doente para seu próprio benefício¹.

Estas mudanças de paradigma foram necessárias também devido ao aumento da prevalência de doenças crónicas a nível mundial. Apesar da evolução científica ter permitido a descoberta de tratamentos e medicamentos cada vez mais eficazes e seguros, permitindo controlar muitas doenças crónicas e melhorar a qualidade de vida dos doentes, nem sempre se atingem os resultados pretendidos, o que leva a que se coloque a questão: *Porquê?* A verdade é que muitos fatores estão envolvidos e, aos poucos, seria benéfico ir descobrindo e eliminando cada um destes fatores negativos para se poder tirar mais partido das tecnologias médicas já existentes.

Uma das principais causas para o subcontrolo das doenças crónicas é a fraca adesão à terapêutica. Por sua vez, uma das possíveis causas da falta de adesão são as crenças negativas na medicação que cada doente experimenta, crenças estas que poderão ser influenciadas pelo conhecimento acerca da medicação de cada indivíduo². Toda esta dinâmica advém da visão pessoal de saúde e doença de cada doente. No caso da diabetes, irá levar a uma representação pessoal da doença pelos doentes diabéticos e, consoante esta representação particular, variará o modo como cada doente lida com a doença³. O presente trabalho surge no âmbito desta problemática e pretende aprofundar a influência que as crenças na medicação têm no controlo de doenças crónicas, mais especificamente da diabetes tipo 2.

1.1. Diabetes Mellitus tipo 2

A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) inicia-se geralmente após os 40 anos de idade, embora possa ocorrer em idades mais jovens, muitas vezes associada à obesidade, e a sua prevalência tem aumentado principalmente devido às alterações que a sociedade tem vindo a sofrer ao longo dos tempos. Este tipo de diabetes associa-se a uma produção insuficiente de insulina ou à incapacidade da insulina atuar corretamente no organismo⁴.

Dada a prevalência da DM2 e o seu aumento gradual que se tem verificado é importante atuar tanto na prevenção como na progressão da doença, sendo um dos campos da atuação a terapêutica medicamentosa. A manutenção dos valores de glicémia dentro dos padrões de referência e o controlo dos fatores de risco associados à doença possibilitam a diminuição da gravidade da doença em pessoas que sofrem de DM2, e a falta de autocuidados – onde se insere a adesão à terapêutica – é a maior barreira para que isto se possa traduzir, na realidade, em melhores *outcomes* (resultados em saúde) clínicos⁵. Sabendo que as medidas de autocuidados essenciais para otimizar o controlo da diabetes são a implementação de uma dieta saudável, a prática regular de exercício físico adequado, a monitorização da glicémia e o uso crónico dos medicamentos⁶, um dos aspetos importantes a estudar é o das crenças na medicação construídas por cada doente. De facto, essas crenças irão, indiretamente, influenciar vários pontos do tratamento da doença. Em que medida estas crenças influenciam o controlo da diabetes, mais concretamente da DM2? A resposta a esta questão ajudará a melhorar os aspetos negativos e a reforçar os aspetos positivos, com vista a um melhor controlo desta doença crónica e, por conseguinte, a uma melhor qualidade de vida dos doentes que dela padecem.

1.2. Crenças na medicação

As ‘crenças na medicação’ referem-se a tudo aquilo que um indivíduo acredita sobre a implementação de uma terapêutica medicamentosa que pressupõe a prevenção ou tratamento de uma determinada doença. Dado que estas crenças influenciarão o comportamento de cada indivíduo de modo diferente, o seu estudo torna-se imperativo para entender as razões que levam às falhas dos tratamentos e, por conseguinte, ao não controlo das doenças, de modo a também perceber onde é necessário atuar e de que forma⁷. Assim, as crenças e perceções do doente são uma matéria que dizem respeito ao indivíduo e devem ser avaliadas como parte de ações educativas relacionadas com a adesão à terapêutica ou em programas de intervenção⁸.

De um modo geral, as crenças na medicação podem dividir-se recorrendo a dois

termos generalistas: ‘necessidade’ e ‘preocupação’. O primeiro relaciona-se com a necessidade que cada indivíduo atribui à medicação ou outros comportamentos indicados no tratamento do problema de saúde que possui. O segundo termo refere-se aos sentimentos negativos sobre a medicação que cada doente experimenta, relacionados com efeitos secundários, risco de dependência da medicação, toxicidade ao fim de longo tempo de uso e efeitos negativos possíveis aquando da retirada da medicação. A interação entre estes dois níveis de crenças de cada indivíduo vai influenciar o seu comportamento perante a terapêutica que lhe é proposta. Um instrumento utilizado para medir de forma prática estas crenças e retirar conclusões a partir dos resultados obtidos é o questionário *Beliefs about Medicines Questionnaire* – questionário *Crenças acerca da Medicação* (BMQ)⁷.

1.3. Questionário *Crenças acerca da Medicação*

O BMQ é um instrumento flexível que permite avaliar de forma sistemática as crenças dos indivíduos sobre a sua medicação. Este questionário tem como objetivo principal fornecer uma medida prática das crenças comuns sobre medicação, mas também permite estudar a natureza destas crenças, como estas se distribuem entre diferentes populações e perceber as relações existentes entre crenças sobre tratamentos, crenças sobre doenças e adesão à terapêutica.

A versão final do BMQ original inclui duas secções principais: a secção geral e a secção específica. Foi a partir desta última secção que se adotou o BMQ para a língua portuguesa⁷. Enquanto a secção geral estuda as crenças na medicação no seu todo, referindo-se mais especificamente às crenças sobre os efeitos nocivos dos medicamentos no geral e ao uso excessivo destes³, a parte específica foca-se nas crenças do doente acerca da medicação prescrita particularmente para dada condição⁹. Na secção geral, quanto maior for o resultado obtido para a subescala dos efeitos nocivos mais negativa é a visão do doente acerca da medicação, tendo tendência para considerar a medicação como perigosa e aditiva. Na subescala do uso excessivo, quanto maior o resultado obtido mais negativamente é vista, pelo doente, a prescrição da medicação, assim como maiores são as crenças acerca do uso excessivo de medicamentos imposto pelos médicos¹⁰. Por outro lado, a parte específica permite tomar conhecimento das crenças individuais sobre a necessidade pessoal da medicação *versus* a preocupação inerente da ocorrência de efeitos adversos com esta mesma medicação, que permite também aferir quanto à possibilidade de não adesão, principalmente importante para o caso de doenças crónicas como a diabetes.

Na adaptação para a língua portuguesa utilizou-se apenas a parte do BMQ-específico com um total de onze itens, divididos em duas escalas: uma de ‘necessidades’, com cinco

questões, e outra de ‘preocupações’, que engloba seis itens. Para cada questão pode-se obter uma pontuação de 1 a 5, em que 1 significa que se está fortemente em desacordo e 5 que se está fortemente de acordo. Assim, enquanto que na escala de ‘necessidade’ pode obter-se uma pontuação de 5 a 25 pontos, na escala de ‘preocupação’ podem atingir-se pontuações de 6 a 30 pontos. Quanto maior for a pontuação obtida maior será a crença. Com estas pontuações diferenciadas consoante a subescala em questão pode obter-se um valor para o diferencial ‘necessidade-preocupação’ que, para além de fornecer uma medida das crenças na medicação do doente em estudo, permite tirar conclusões quanto à atual ou provável futura adesão ou não adesão do indivíduo à terapêutica. Assim pode obter-se, a partir do valor deste diferencial, uma medida da provável adesão à terapêutica, sendo, então, o BMQ-específico uma ferramenta que também permite relacionar as crenças na medicação com a adesão, possibilitando um estudo mais abrangente da relação do indivíduo com a sua medicação⁷.

Visto que a implementação correta da terapêutica é crucial para controlar a doença e para permitir o aumento da qualidade de vida, a adesão à terapêutica associada às crenças na medicação torna-se um ponto obrigatório a estudar quando se pretende investigar a forma como as crenças na medicação influenciam o controlo da diabetes. Assim, as funcionalidades apresentadas pelo BMQ são essenciais para o desenvolvimento do presente trabalho.

Este questionário foi validado especificamente para doentes diabéticos tipo 2 por Pereira e colaboradores (2013)³, tanto a parte geral (parte 1) como a parte específica (parte 2). Na validação conclui-se que para a parte 1 a melhor solução seria incluir apenas um fator, ou seja, discorda-se da versão original que dividia esta parte em duas subescalas – uso excessivo e efeitos nocivos – passando a falar-se da parte 1 como um todo. Na análise da parte 2, os resultados revelaram que o ideal seria incluir dois fatores tal como sugerido pela versão original, dividindo-se no estudo das crenças de ‘necessidade’ e das crenças de ‘preocupação’. Verifica-se também, no mesmo estudo, que tanto as crenças gerais como a subescala da ‘necessidade’ das crenças específicas se relacionam com a adesão em diabéticos; porém, neste estudo, o mesmo não se verifica para a subescala da ‘preocupação’ quanto às crenças específicas. Contudo, no geral conclui-se que existe uma relação entre as crenças na medicação medidas pelo BMQ e a adesão à medicação para indivíduos que sofrem de DM2, apontando as crenças dos doentes como um dos fatores que determinam a adesão à terapêutica. Assim, as crenças gerais sobre a medicação relacionam-se negativamente com a adesão à medicação, pois quanto mais os doentes acreditam na toxicidade dos medicamentos que lhe são indicados e no uso excessivo destes, menos tendência têm a respeitar as indicações de toma fornecidas pelo médico. Por sua vez, as crenças de ‘necessidade’ relacionam-se positivamente com a adesão à terapêutica dado que, se a perceção de necessidade da

medicação for elevada, esta pode superar os medos da ocorrência de efeitos laterais da medicação e facilitar a adesão. Chegou-se também à conclusão que as mulheres diabéticas possuem mais crenças tanto de ‘necessidade’ como de ‘preocupação’, o que indica que este grupo apresenta maiores necessidades de avaliação a nível das crenças, sendo importante que os profissionais de saúde tenham estes dados em conta de modo a saber como devem abordar cada doente e onde devem incidir com maior profundidade.

Os resultados desta avaliação demonstram que o Questionário *Crenças acerca da Medicação* na versão portuguesa, com algumas alterações na parte das crenças gerais relativamente à versão original, possui todas as características para poder ser utilizado em diabéticos tipo 2³. Neste trabalho utilizaremos a versão portuguesa do BMQ-específico de Salgado e colaboradores (2013) (Anexo I)⁷.

1.4. Health Belief Model

Todos os doentes desenvolvem diversas crenças relacionadas com a sua medicação. Para estudar mais aprofundadamente este tema tem sido desenvolvida uma grande variedade de modelos psicológicos para identificar crenças que podem estar relacionadas com o seguimento da terapêutica e que podem ser utilizadas para explicar variações que, por vezes, ocorrem na toma da medicação. Um destes modelos é o *Health Belief Model (HBM)*⁵.

O HBM foi criado por Rosenstock em 1966¹¹. De um modo geral, este modelo descreve como as crenças de um doente podem afetar o comportamento adotado por este para prevenir um *outcome* negativo ou tratar um problema de saúde já existente¹². Este comportamento tanto pode ser a adesão à medicação prescrita pelo médico como a adoção de qualquer outro método desejável na prevenção ou tratamento de problemas de saúde.

Embora já se tenham verificado novas versões deste modelo, estas continuam a focar-se no modelo original. Neste descrevem-se quatro variáveis que, ao serem estudadas para cada indivíduo, permitem prever o comportamento que este irá desenvolver. Estas variáveis são suscetibilidade, severidade, benefícios e barreiras. A ‘suscetibilidade’ refere-se a saber se um dado indivíduo acredita ou não ser vulnerável a dado *outcome* negativo; a ‘severidade’ reporta à gravidade que cada doente atribui a dado *outcome* negativo; os ‘benefícios’ são aquilo que cada pessoa acredita conseguir alcançar ao adotar o comportamento pretendido; as ‘barreiras’ definem tudo o que cada indivíduo considera como sendo um impedimento para adotar o comportamento desejado¹¹. Alguns estudos referem mais duas variáveis importantes: a ‘autoeficácia’, que se refere a uma medida da confiança que o doente tem em si próprio para agir conforme o comportamento pretendido, e ‘sugestões para ação’, que se referem a alvos ambientais ou teóricos que levam o doente a realizar o comportamento pretendido⁸.

Perante esta abordagem ao HBM entende-se que o desejável para cada doente e, preferencialmente, para cada diabético, é que este acredite que é suscetível à doença, que compreenda o seu risco e que, entendendo que esta condição é grave para a sua vida, siga comportamentos de saúde positivos, tais como comportamentos de autocuidados essenciais no controlo da diabetes. Dado o aumento da prevalência da diabetes e a necessidade, para a qualidade de vida dos doentes e para as autoridades de saúde, de prevenção das complicações da doença, é essencial promover os autocuidados sobre diabetes através de treino e sensibilização dos doentes e da sua família. Vários estudos têm sido realizados para perceber como atuar a este nível. Alguns destes utilizam o HBM para prever, em cada diabético, a prática de autocuidados^{6,8}. Apesar das dúvidas que se têm colocado perante os estudos efetuados com o HBM, é consensual que um indivíduo adota dado comportamento através duma análise custo-benefício, onde os benefícios entendidos por cada um são balanceados contra os custos percebidos por ele próprio, em que estes benefícios e custos se referem a crenças individuais, incluindo as crenças na medicação¹². Tem-se verificado que a adesão a comportamentos de autocuidados é proporcional à perceção de crenças de saúde, ou seja, à medida que aumenta a força das crenças positivas, isto é, da perceção da necessidade que o próprio tem da implementação de dado comportamento, a adoção destes comportamentos de autocuidados cresce na mesma proporção. Esta relação ocorre mais fortemente para as crenças quanto à suscetibilidade, aos benefícios e à autoeficácia. Com as barreiras percebidas por cada doente ocorre o inverso, levando à diminuição de implementação dos autocuidados^{6,8}.

Dehghani-Tafti e colaboradores (2015) realizaram um estudo transversal a 110 doentes diabéticos que são acompanhados nos cuidados primários numa cidade do Irão, concluindo-se que o estudo das barreiras e da suscetibilidade percebida pelo doente auxiliam na previsão dos comportamentos de autocuidado, contrariamente ao estudo dos benefícios percebidos e da severidade que demonstraram serem preditores mais fracos. No entanto, a autoeficácia mostrou ser o preditor mais forte. Será então importante, em futuras ações educativas, o foco a nível da autoeficácia do doente para favorecer a implementação de comportamentos positivos⁶.

Outro estudo transversal, de Alatawi e colaboradores (2015), realizado numa farmácia comunitária na Arábia Saudita envolvendo 220 doentes com DM2, teve como objetivo testar o HBM como preditor da adesão à terapêutica por estes. Apesar da elevada perceção dos benefícios reportada pelos doentes verificou-se ainda uma baixa consciência para a suscetibilidade a complicações, elevadas barreiras e pouca perceção da severidade da DM2 e o balanço de tudo isto nem sempre é favorável. Deve-se aumentar a consciência das complicações, dos riscos da doença e também da autoeficácia pois tem-se verificado que este

ponto é fulcral para o doente ter uma maior perceção de todo o HBM, o que pode auxiliar no controlo da doença⁸.

Apesar de pequenas diferenças entre os estudos analisados, ambos demonstram que programas de educação aos doentes que sofrem de DM2 baseados no HBM podem ter um impacto positivo nos *outcomes* ao permitirem aumentar a perceção da importância dos autocuidados necessários, adaptando estes programas a cada indivíduo^{6,8}.

Após esta breve abordagem ao HBM é fácil compreender qual o principal objetivo aquando da implementação deste modelo: procurar identificar as razões que levam à falha da adoção de medidas de saúde preventivas e de tratamento, tendo em vista focar todos os esforços para melhorar a saúde pública onde é efetivamente necessário atuar. Pode-se, pois, afirmar que o HBM apoia o desenvolvimento de intervenções de saúde mais adequadas à sociedade real e a cada doente em particular⁶.

1.5. Relação das crenças na medicação com a terapêutica diabética

Como os doentes tomam decisões separadas para cada medicamento tendo em conta a perceção individual que cada indivíduo cria de cada medicamento quanto à sua importância, à sua efetividade, à segurança e quanto aos benefícios que dele esperam, poderão então apresentar também crenças distintas para cada medicamento ou cada comportamento de autocuidado incluídos na terapêutica diabética que lhes é sugerida³.

A principal crença negativa associada à medicação envolvida na terapêutica da DM2 são os efeitos laterais. A metformina é o fármaco de primeira linha para o tratamento da DM2 e é muito associada a problemas gastrointestinais. Para contornar a crença que se associa a este efeito desfavorável, os profissionais de saúde, onde se inclui o farmacêutico, devem informar os doentes acerca dos efeitos laterais que ocorrem normalmente durante os primeiros dias de toma da metformina, quando se aumenta a dose ou quando há a toma de doses elevadas deste medicamento. Por sua vez, no caso dos insulinossecretores, os doentes associam a sua toma à ocorrência de hipoglicémia, criando crenças de que a medicação é muito potente ou está a ser prescrita numa dose bastante elevada. Deve-se tentar criar uma crença em torno desta problemática de modo a balancear o risco de hipoglicémia com os benefícios a curto e longo prazo, o que se tem mostrado relevante para aumentar as taxas de adesão¹³.

Num estudo exploratório desenvolvido por Farmer e colaboradores (2005), realizado entre 121 doentes diabéticos tipo 2 com idade igual ou superior a 40 anos registados em vários locais de cuidados primários de Buckinghamshire, verificou-se que, apesar dos diferentes mecanismos de ação e dos efeitos adversos distintos entre a metformina e as sulfonilureias, a força das crenças individuais acerca dos efeitos laterais destes dois tipos de

fármacos é semelhante, não se encontrando diferenças significativas entre elas⁵.

Portanto, as crenças dos diabéticos associadas a cada medicamento parecem apresentar forças semelhantes, não parecendo então haver variações importantes no que toca a adesão à terapêutica e ao controlo da diabetes consoante a terapêutica antidiabética instituída.

1.6. Relação das crenças na medicação com adesão à terapêutica

Pode-se definir ‘adesão à terapêutica’ como a medida em que o comportamento do doente, seja a toma da medicação, a implementação de uma dieta ou de mudança de hábitos de vida, coincide com a informação cedida pelo profissional de saúde¹⁴. Portanto, quando um doente não segue o proposto por um profissional de saúde, está a ser um não aderente.

Os fatores que influenciam a adesão ou não adesão à terapêutica podem ser vários, onde se incluem os recursos financeiros do doente, os conhecimentos que este possui, as suas atitudes e crenças, as suas perceções, as suas expectativas e muito mais. As crenças são, pois, um dos fatores que influenciam o doente a ser aderente ou não aderente e estas parecem ser mais relevantes do que fatores sociodemográficos (como, por exemplo, o suporte familiar) ou clínicos (tais como os conhecimentos acerca da doença em questão)⁷. As crenças que influenciam neste ponto podem relacionar-se com o tratamento em si, com a doença e com os sistemas de saúde disponíveis para o doente em particular, entre outras hipóteses¹².

A não adesão leva a *outcomes* mais negativos e ao aumento dos custos de saúde inerentes a um controlo mais deficiente da doença, o que se torna de grande impacto em doenças crónicas como a hipertensão, a asma e onde se insere, também, a diabetes.

Sucintamente, a adesão à terapêutica pode ser intencional ou não intencional, estando relacionada com as crenças na medicação a adesão intencional, pois são as perceções individuais, a motivação, as crenças que levam à decisão se o próprio irá aderir ou não ao que lhe é proposto⁷.

O BMQ-específico insere-se neste ponto ao permitir relacionar estas variáveis: as crenças, a adesão à terapêutica e, conseqüentemente, o controlo da doença em questão. Esta relação pode-se obter de forma prática ao calcular o diferencial ‘necessidade-preocupação’, do seguinte modo:

Resultado da subescala da necessidade do BMQ – Resultado da subescala da preocupação do BMQ

Sabe-se que quanto maior for o resultado obtido para a ‘necessidade’ maior será a perceção que o doente tem de necessitar da terapêutica instituída, o que leva a um efeito positivo sobre a adesão à terapêutica, promovendo-a; por outro lado, sabe-se que quanto

maior for o resultado obtido para a 'preocupação', maior será a preocupação, o receio sentido pelo doente sobre o que lhe foi proposto, interagindo assim de forma negativa com a adesão. Compreende-se, pois, que quanto maior for o valor do resultado da 'necessidade' comparativamente com o obtido para a 'preocupação', maior será a probabilidade de o doente ser aderente. Ou seja, quanto maior for o valor obtido para o diferencial 'necessidade-preocupação', mais probabilidades existem de o doente vir a aderir à terapêutica e, assim, as crenças influenciarem positivamente o controlo da doença, considerando benéfica e apropriada a terapêutica instituída^{7,12}.

Este questionário e os resultados que se podem obter a partir dele ilustra como uma análise benefício-custo realizada por um indivíduo nas suas decisões, onde engloba as suas crenças e perceções, se relaciona com a adesão à terapêutica, tal como referido no HBM e já mencionado anteriormente.

Assim, quem acredita que a terapêutica instituída é necessária para a sua saúde atual e futura é mais aderente. No entanto, doentes com crenças muito fortes de preocupação, como quem acredita que a medicação leva a fortes efeitos adversos, são geralmente fortes candidatos a não aderentes. Conclui-se, então, que as crenças individuais são cruciais para o modo como um doente implementa uma terapêutica, seja esta medicamentosa ou comportamental¹².

A fraca adesão é frequente em adultos com terapias crónicas, incluindo adultos que utilizam antidiabéticos orais (ADO). Nestes doentes diabéticos tem-se verificado que a fraca adesão é a maior barreira para o controlo metabólico da DM2, leva ao aumento das complicações da diabetes, aumenta o número de hospitalizações e leva a um número mais elevado de custos em cuidados de saúde¹³. Tem-se verificado que o controlo da glicémia tem sido limitado pelas taxas de adesão ao tratamento abaixo do adequado⁸. Esta taxa adequada não é o 100% de adesão como inicialmente se poderia pensar, pois apesar de ser terapêuticamente ideal nem sempre se torna prático, considerando-se como satisfatória uma taxa de 80% em muitas doenças crónicas⁸. Contudo, têm-se alcançado taxas de não adesão à medicação oral entre diabéticos que vão dos 13 aos 64%³.

Num estudo de Sweileh e colaboradores (2014) realizado numa clínica de cuidados primários numa cidade da Palestina, com 405 doentes diagnosticados com DM2 há pelo menos um ano, teve-se como objetivo avaliar a associação entre crenças na medicação (BMQ), conhecimentos que os doentes têm da diabetes (questionário *Michigan Diabetes Knowledge Test* – MDKT) e fatores demográficos e clínicos com a adesão à medicação (MMAS-8) apresentada pelos indivíduos em estudo. Apenas 57,3% eram aderentes. As seguintes variáveis demonstraram ser significativas para a ponderação entre aderir ou não aderir às terapêuticas atribuídas: presença de doença crónica, conhecimento da diabetes, número total de

medicamentos crónicos, crenças específicas para a medicação antidiabética quanto à 'preocupação', crenças específicas quanto à 'necessidade', crenças gerais quanto aos efeitos nocivos da medicação. Apesar da importância de fatores como o número total de medicamentos e o apoio familiar na determinação do nível de adesão, estes fatores deixaram de ser significativos na presença de fatores relacionados com as crenças na medicação. Neste estudo, os doentes acreditavam que a sua medicação era necessária para o controlo da doença, contudo apresentavam ainda preocupações quanto à terapêutica, o que levou a uma taxa de adesão inferior à esperada (51% dos doentes que consideravam a sua medicação perigosa e nociva eram não aderentes). Verificou-se uma grande influência tanto do conhecimento da doença como das crenças nesta decisão racional e pessoal realizada pelo doente no momento de escolher entre ser aderente ou não aderente às terapêuticas antidiabéticas que lhe são propostas¹⁰.

Nos diabéticos, a baixa adesão parece relacionar-se significativamente tanto com as crenças sobre aumento de peso que muitos doentes associam à insulina e aos ADO como com as alterações da rotina diária que se tornam uma barreira à toma normal da medicação⁵. Parece ser, então, fulcral contrariar as crenças negativas acerca do efeito adverso reportado e auxiliar, também, no processo de adoção de uma estratégia que permita conciliar a toma da medicação com as rotinas.

1.7. Relação das crenças na medicação com o controlo da diabetes

A melhor forma para viver com qualidade de vida e com diabetes é conseguir um bom controlo dos níveis de glicose no sangue. Para que o tratamento seja bem-sucedido é ainda essencial que haja o envolvimento do próprio doente na monitorização e no controlo da sua própria condição. Visto que nem sempre a DM2 demonstra sintomas que indiquem o seu descontrolo, tornam-se imperativas as medições regulares de parâmetros bioquímicos que permitem aferir a existência ou não de controlo. Um dos parâmetros mais utilizados para este fim é a hemoglobina glicada (HbA1c)¹⁵.

A hemoglobina A1c é a hemoglobina A que se encontra combinada com glicose através duma ligação química. A quantidade de HbA1c presente é diretamente proporcional à glicémia média durante o ciclo de vida dos eritrócitos, que dura cerca de 120 dias, que contêm a hemoglobina A onde ocorre a ligação à glicose que se encontra na corrente sanguínea. A medição da HbA1c é o teste mais fiável até ao momento para dar uma indicação do controlo desta doença, permitindo conhecer a média de glicémia nos últimos 2 a 3 meses¹⁶. Atingir os valores de referência deste parâmetro significa que a concentração de glicose sanguínea foi mantida a níveis favoráveis nos últimos meses. O objetivo é, por conseguinte, atingir níveis

normais de HbA1c e mantê-los o mais próximo possível dos valores de referência. Esta é a forma mais eficaz de diminuir o risco de complicações a longo prazo¹⁵. Apesar de toda a informação existente acerca da importância do controlo da HbA1c, apenas 16,8% dos diabéticos estão preocupados com os resultados deste parâmetro. Mais preocupante é o facto de estes afirmarem que os profissionais de saúde não os instruem para este controlo regular⁸.

Entre 2007 e 2010, apenas 53% dos diabéticos nos Estados Unidos da América apresentaram valores de HbA1c inferiores a 7%, tal como recomendado pela *American Diabetes Association (ADA)*¹⁷ e pela Direção-Geral da Saúde (DGS)¹⁸.

Muitas têm sido as barreiras identificadas para o alcance de um ótimo controlo glicémico: barreiras relacionadas com o doente – problemas psicossociais (onde se incluem as crenças na medicação), resistência à alteração de estilo de vida, não *compliance* com os profissionais de saúde; barreiras relacionadas com o sistema de saúde – falta de tempo dos profissionais de saúde para cuidar de doentes complexos; resistência à toma de insulina; e outras barreiras – custos do tratamento, problemas culturais e outras condições de saúde concomitantes. Do ponto de vista dos profissionais de saúde, as causas que levam a um pobre controlo glicémico mais reportadas vão de encontro ao anteriormente referido, sendo estas a falta de tempo que estes possuem para estar com os doentes, bem como a resistência dos diabéticos a comportamentos de estilo de vida saudáveis e ao uso de insulina, pobre *compliance* e problemas psicológicos, onde se podem incluir as crenças percebidas por cada um¹⁷.

Por sua vez, um bom controlo da DM2 parece ser significativamente influenciado pelo nível de educação e pela autoeficácia. De facto, a literatura sugere que quanto maior for o nível de educação e de autoeficácia do doente, menores serão os valores de HbA1c, o que revela um melhor controlo da diabetes. Tem-se verificado uma elevada importância dos níveis de autoeficácia na autogestão da diabetes, pois facilitam a confiança nas habilidades do próprio doente para completar atividades de cuidados de diabetes que têm sido associadas a melhores *outcomes* clínicos. Dado que a autogestão da diabetes se encontra entre as mais difíceis dentro das doenças crónicas, a importância da autoeficácia ainda adquire maior destaque para se alcançarem melhores *outcomes*, contrariando os números que se têm vindo a sentir¹⁹. Sabe-se, ainda, que o suporte social e familiar tem sido importante para reforçar a adesão e um melhor controlo glicémico entre os diabéticos, não ocorrendo o mesmo com o suporte por parte dos profissionais de saúde. É essencial então que, aquando da realização de intervenções que pretendem aumentar a adesão, se envolvam mais os familiares¹³.

Além de tudo isto, crenças mais positivas sobre o próprio controlo da diabetes levam a que o doente tenha uma maior adesão a comportamentos de autocuidados, demonstrando-se assim um ciclo de benefícios que se inicia com crenças positivas, passa pela adesão à

terapêutica e culmina num controlo positivo da doença²⁰.

1.8. Intervenção do farmacêutico junto do doente diabético com vista a um melhor controlo da sua doença

Dada a proximidade do farmacêutico com os doentes, este torna-se muitas vezes crucial no que toca a implementação de intervenções de saúde que visam a melhoria do controlo de doenças, adotando uma posição vantajosa neste campo comparativamente com outros profissionais de saúde. Contudo, tem-se verificado uma subutilização dos farmacêuticos comunitários a este nível, o que demonstra a necessidade da mudança e da imposição do farmacêutico na aplicação dos seus conhecimentos ao serviço dos doentes e da saúde pública. No âmbito deste trabalho importa referir como o farmacêutico pode intervir a nível das crenças na medicação dos doentes diabéticos de modo a contribuir para melhorar o controlo da diabetes.

Em primeiro lugar, é essencial o farmacêutico conhecer bem o doente abordando as suas atitudes e sentimentos perante a medicação, respeitando as diferenças de personalidade entre cada doente, adaptando a sua intervenção a cada diabético de forma diferente⁹. O farmacêutico deve, então, deixar de parte as suas próprias crenças e colocar-se no papel do doente para o tentar entender e assim conseguir dirigir melhor a sua comunicação, facilitando a tomada de decisões compartilhadas entre profissional de saúde-doente, sendo possível atingir concordância entre os dois, o que é favorável para a implementação de crenças positivas que levam a uma melhor adaptação à terapêutica aconselhada³.

Para as crenças influenciarem positivamente o controlo da diabetes é necessário que cada doente revele crenças elevadas acerca da necessidade da medicação e crenças diminutas quanto às preocupações inerentes à toma da medicação e da adoção de comportamentos de autocuidados. Dado o principal local de encontro entre o doente e o farmacêutico ser a farmácia comunitária, o aconselhamento e a educação são a melhor forma de atuação por parte deste profissional de saúde, seja através da comunicação oral ou de materiais escritos. A nível das necessidades é essencial que o doente entenda a gravidade da sua doença e as complicações que desta podem advir, principalmente se o tratamento não for seguido do modo adequado. Dado o silêncio característico da diabetes é importante contrariar o pensamento: *não há sintomas, não há problema*. Para que as crenças de preocupação diminuam devem explorar-se os efeitos adversos de cada medicamento com o doente e explicar como atuar no caso de os sentir, além de referir que o benefício da terapêutica sobrepõe-se aos efeitos desfavoráveis que possa experimentar. Além disto, os diabéticos precisam de saber que a sua medicação não é aditiva e que apresenta um perfil de segurança aceitável a longo

termo de uso¹⁰.

Ao aumentar a positividade das crenças dos doentes, aumenta-se a adesão à terapêutica aconselhada e, assim, caminha-se para melhores *outcomes* clínicos. Deve-se ter em conta que as crenças podem variar em função da experiência do doente havendo necessidade de abordar este assunto de forma regular ao longo da doença³. Além disso, intervenções simples como programas educacionais têm tendência a obter resultados com um tempo limitado, apenas se conseguindo obter resultados a longo prazo através da realização de intervenções complexas, mais orientadas concretamente para a adesão à terapêutica, tais como a revisão da medicação e o acompanhamento farmacoterapêutico²¹.

Percebe-se, então, a importância da presença assídua do farmacêutico na equipa de saúde do doente diabético, devendo este aprender a comunicar do melhor modo possível e integrar a família nos programas educacionais, pois tem-se verificado que o suporte emocional e psicológico tem um efeito positivo na adoção de comportamentos de autocuidados⁶.

2. PROJETO CONHECIMENTOS / CRENÇAS / ADESÃO / CONTROLO DA DIABETES EM DOENTES DE AMBULATÓRIO

2.1. Objetivos

Este estudo tem vindo a decorrer em diversas farmácias comunitárias e pretende avaliar, numa amostra de doentes diabéticos tipo 2, a existência de correlação entre o nível de conhecimentos acerca da doença, as crenças sobre a medicação, o grau de adesão à terapêutica e o grau de controlo da diabetes.

2.2. Metodologia

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Coimbra, com a referência CE-113/2015 (Anexo II), de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os doentes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.

Neste estudo, foram incluídos doentes com prescrições de antidiabéticos não-insulínicos (antidiabéticos orais e injetáveis que não a insulina) e diagnosticados como diabéticos tipo 2 há mais de 12 meses. Foram excluídos doentes com menos de 18 anos, mulheres grávidas, doentes com dificuldades cognitivas ou doentes que não se consigam dirigir à farmácia no dia da realização do estudo.

Foi realizado o recrutamento de doentes a partir de prescrições que chegaram ao balcão das farmácias envolvidas no estudo em períodos pré-definidos consoante as farmácias.

Após a aceitação do doente quanto a participar no estudo foi marcado o dia e a hora a

que o doente se deveria dirigir à farmácia.

Foram recrutados 154 doentes diabéticos tipo 2 em dez farmácias do distrito de Coimbra.

A consulta teve a duração aproximada de 30 minutos e iniciou-se com a assinatura do consentimento informado (Anexo III) onde eram explicados os objetivos do estudo e o motivo do recrutamento, bem como era explicitado o cariz voluntário da participação no estudo.

De seguida, foi efetuado o preenchimento de dados sociodemográficos e da terapêutica crónica do doente, seguindo-se a aplicação da versão portuguesa dos três questionários seguintes:

- Questionário de Berbés para estudo dos conhecimentos sobre a Diabetes²²;
- Questionário BMQ-específico para o estudo das crenças sobre a medicação⁷;
- Questionário *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8) para estudo da adesão à terapêutica (Anexo IV)²³.

Seguidamente, foi realizada a determinação da HbA1c através de uma picada no dedo para recolha de uma gota de sangue, utilizando o aparelho *COBAS B 101*. Para finalizar foi realizada a medição da pressão arterial, com um tensiómetro de braço, e a medição do perímetro abdominal, utilizando uma fita métrica.

2.3. Crenças / Controlo da diabetes em doentes de ambulatório

O objetivo do presente trabalho é caracterizar as crenças na medicação encontradas nos diabéticos tipo 2 em estudo e analisar o modo como estas influenciam o controlo da DM2. Para alcançar o objetivo pretendido utilizaram-se os resultados, considerados pertinentes, recolhidos no projeto *Conhecimentos / Crenças / Adesão / Controlo da Diabetes em doentes de ambulatório*.

Utilizaram-se, portanto, preferencialmente os dados recolhidos pelo preenchimento do questionário BMQ-específico, já abordado anteriormente, que irão ser apresentados através de 3 resultados: o das crenças de ‘necessidade’, que correspondem ao somatório dos pontos obtidos nas questões relativas à necessidade dos medicamentos percebida pelos doentes; o das crenças de ‘preocupação’, resultantes da soma dos pontos obtidos nas perguntas relacionadas com a preocupação que os doentes possuem acerca dos medicamentos antidiabéticos; e o diferencial ‘necessidade-preocupação’, que corresponde à subtração dos dois resultados anteriormente mencionados e que dão uma visão global das crenças percecionadas pelos doentes, sendo que quanto maior este valor mais positivas serão as crenças.

Contudo, utilizaram-se também os dados obtidos pelo questionário MMAS-8, que permite estudar a adesão à terapêutica, para compreender melhor a influência das crenças na medicação no controlo da diabetes. Este questionário é composto por oito itens em que se pretende obter uma resposta de 'Sim' ou 'Não' nas primeiras 7 questões e em que cada resposta 'Não' corresponde a um ponto, sendo que na questão 5 o ponto é obtido com a resposta 'Sim'. Na última questão há 5 hipóteses de resposta: se a resposta seleccionada for 'Nunca' obtém-se 1 ponto, e as outras respostas sucessivamente correspondem a 0,75; 0,50; 0,25 e 0 pontos. Pode, por conseguinte, obter-se um resultado final de 0 a 8 pontos²³. Um total de 8 pontos atribuiu-se a um doente aderente, enquanto valores inferiores a 8 reportaram-se para doentes não aderentes.

Para análise do controlo da DM2 recorreu-se aos valores de HbA1c medidos, devido a serem os valores mais associados com a média dos valores reais de glicémia nos meses anteriores à medição¹⁶. Considerou-se que valores inferiores ou iguais a 7% correspondem a doentes controlados, enquanto valores superiores a 7% encontram-se em doentes com a DM2 não controlada. Estes valores de referência vão ao encontro do definido pela DGS, que apesar de indicar que o objetivo a atingir deve ser individualizado, aponta como objetivo principal alcançar valores de HbA1c inferiores ou iguais a 7%¹⁸. Utilizou-se, então, este último valor dada a falta de dados suficientes para individualizar os objetivos para cada participante.

Foram utilizados ainda os dados sociodemográficos e os dados relativos à medicação crónica de cada doente recolhidos durante a entrevista.

Para a gestão da base de dados foi utilizado o Microsoft Excel, enquanto que na análise estatística e na análise descritiva foi utilizado tanto o Microsoft Excel como o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) para Windows, versão 23.

Na análise descritiva da amostra em estudo descreveram-se as variáveis categóricas através de frequências absolutas (n) e relativas (%), enquanto na descrição das variáveis contínuas se recorreu à média como medida de tendência central e ao desvio-padrão como medida de dispersão.

Para comparar as médias de uma variável contínua em diferentes grupos utilizou-se o teste t ou o teste ANOVA unifatorial, consoante se comparam dois ou mais grupos, respetivamente. A correlação de Pearson foi utilizada para avaliar a relação entre variáveis contínuas. Estabelecendo-se, para todos os testes de hipótese um nível de significância menor que 0,05.

2.4. Resultados

Caracterização da amostra

Neste estudo foram incluídos 154 doentes com uma idade média de $70,9 \pm 9,7$ em que 84 (54,5%) destes são mulheres e 70 são homens (45,5%). A distribuição dos 154 participantes relativamente aos dados sociodemográficos encontra-se na tabela apresentada no Anexo V.

Resultados do inquérito BMQ-específico

Dada a centralidade desta monografia nas crenças na medicação, torna-se importante resumir os resultados obtidos na aplicação do inquérito BMQ-específico versão portuguesa⁷ à amostra em estudo. Estes resultados encontram-se resumidos na tabela I.

Questão/Resposta	Frequência (%)				
	1	2	3	4	5
N1. Atualmente, a minha vida depende destes medicamentos.	1 (0,7)	4 (2,6)	11 (7,1)	43 (27,9)	95 (61,7)
N2. A minha vida seria impossível sem estes medicamentos.	2 (1,3)	11 (7,1)	24 (15,6)	38 (24,7)	79 (51,3)
N3. Sem estes medicamentos, eu estaria muito doente.	1 (0,7)	7 (4,5)	27 (17,5)	51 (33,1)	68 (44,2)
N4. A minha saúde no futuro dependerá destes medicamentos.	1 (0,7)	6 (3,9)	13 (8,4)	46 (29,9)	88 (57,1)
N5. Estes medicamentos protegem-me de ficar pior.	2 (1,3)	8 (5,2)	9 (5,8)	40 (26)	95 (61,7)
C1. Preocupa-me ter de tomar estes medicamentos.	15 (9,7)	25 (16,2)	3 (2)	40 (26)	71 (46,1)
C2. Às vezes, preocupo-me com os efeitos a longo prazo destes medicamentos.	9 (5,8)	17 (11)	23 (15)	54 (35,1)	51 (33,1)
C3. Estes medicamentos são um mistério para mim.	13 (8)	35 (23)	27 (18)	42 (27)	37 (24)
C4. Estes medicamentos perturbam a minha vida.	45 (29,2)	50 (32,4)	18 (11,7)	23 (15)	18 (11,7)
C5. Às vezes, preocupo-me em ficar demasiado dependente destes medicamentos.	23 (15)	31 (20,1)	9 (5,8)	46 (29,9)	45 (29,2)
C6. Estes medicamentos dão-me desagradáveis efeitos secundários.	53 (34,5)	49 (31,8)	22 (14,3)	19 (12,3)	11 (7,1)

N – Necessidade; C – Preocupação; 1 – Discordo completamente; 2 – Discordo; 3 – Não tenho a certeza; 4 – Concordo; 5 – Concordo completamente.

Tabela I - Resultados do questionário BMQ-específico.

Os resultados obtidos para a subescala da ‘necessidade’ (N) apresentaram um mínimo de 8, um máximo de 25, com uma média de $21,6 \pm 3,2$. Na subescala da ‘preocupação’ (P) obteve-se um mínimo de 8, um máximo de 29 e uma média de $19,1 \pm 4,8$. A diferença entre estas duas subescalas, ou seja, o diferencial ‘necessidade-preocupação’, registou um mínimo de -10, um máximo de 15 e uma média de $2,5 \pm 5,1$.

Distribuição das crenças na medicação pelas variáveis sociodemográficas

A distribuição das médias obtidas para as crenças na medicação, utilizando tanto o resultado obtido através do questionário BMQ-específico para as crenças de ‘necessidade’ como para as crenças de ‘preocupação’ e o diferencial ‘necessidade-preocupação’ calculado a partir destes resultados, para as diferentes características sociodemográficas da amostra está representada na tabela 2.

Influência das crenças na medicação no controlo da diabetes

Características		Média		
		N	P	N-P
Sexo	Mulheres	21,63	19,94	1,69
	Homens	21,59	18,06	3,53
Idade	[40,50[	23,2	19,2	4
	[50,60[	22,21	17,86	4,36
	[60,70[	21,22	18,67	2,54
	[70,80[	21,19	20,11	1,09
	[80,90[	22,5	18,6	3,9
	[90,100[	21	15	6
	Nenhum	20,45	17,91	2,55
Nível de escolaridade	1º Ciclo	21,83	19,64	2,19
	2º Ciclo	22	20,5	1,5
	3º Ciclo	22,9	19,5	3,4
	Ensino Secundário ou equivalente	20,8	16,95	3,85
	Ensino superior	20,4	18,4	2
	Nenhum	20,45	17,91	2,55
Vive sozinho	Sim	21,91	19,34	2,56
	Não	21,53	19,02	2,52
Ocupação	Ativo	22,84	18,11	4,74
	Reformado	21,43	19,32	2,12
	Desempregado	21,5	17,17	4,33

N – Total obtido no questionário BMQ-específico para as crenças de 'necessidade';
P – Total obtido no questionário BMQ-específico para as crenças de 'preocupação';
N-P – Diferença entre o total de crenças de 'necessidade' e o total de crenças de 'preocupação'.

Tabela 2 - Crenças na medicação em função das características sociodemográficas.

Foi encontrada diferença significativa das crenças na medicação, tendo em conta o diferencial 'necessidade-preocupação' obtido, consoante o sexo (teste t $p=0,026$), sendo $1,69 \pm 5,22$ a média do diferencial 'necessidade-preocupação' para as mulheres e $3,53 \pm 4,86$ para os homens. Contudo, não foram encontradas diferenças significativas das crenças na medicação em função da idade (teste ANOVA $p=0,079$), do nível de escolaridade (teste ANOVA $p=0,736$), se vive sozinho ou não (teste t $p=0,964$) e da ocupação profissional (teste ANOVA $p=0,077$).

Relação das crenças na medicação com a terapêutica antidiabética

Os resultados obtidos relativamente às crenças na medicação dos doentes, estudadas através da média do diferencial 'necessidade-preocupação' obtido, tendo em conta a medicação que cada doente toma, está representada na tabela 3. Nesta análise contabilizou-se cada medicamento individualmente, ou seja, em doentes que tomavam vários antidiabéticos não-insulínicos, estes foram contabilizados separadamente correspondendo-lhes o mesmo diferencial 'necessidade-preocupação' – o diferencial obtido para o doente em causa.

Influência das crenças na medicação no controlo da diabetes

Classe terapêutica	Medicamento	Frequência (%)	Média de N-P ± DP
Biguanidas	Metformina	89 (57,8)	2,04±5,24
	Gliclazida	40 (26)	2,03±4,50
Sulfonilureias	Glibenclamida	1 (0,6)	10
	Total	41 (26,6)	2,22±4,61
Inibidores da dipeptidil peptidase 4 (DPP-4)	Vildagliptina	6 (3,9)	-0,2±4,7
	Saxagliptina	4 (2,6)	3,5±4,50
	Sitagliptina	11 (7,1)	4,73±5,14
	Linagliptina	2 (1,3)	5±9,90
	Total	23 (14,9)	3,26±5,37
Agonistas do peptídeo semelhante a glucagon (GLP-1)	Exenatido	2 (1,3)	4±9,90
	Liraglutido	2 (1,3)	2,5±2,12
	Total	4 (2,6)	3,25±5,91
Inibidores do co-transportador de sódio e glicose 2 (SGLT-2)	Dapagliflozina	9 (5,8)	4,22±4,21
Associações metformina + inibidores da DPP-4	+ Vildagliptina	32 (20,8)	3,94±5,02
	+ Saxagliptina	15 (9,7)	3,13±4,95
	+ Sitagliptina	2 (1,3)	4,5±5,04
	Total	49 (31,8)	3,71±4,93

Frequência absoluta – Número de doentes que toma cada medicamento; Frequência relativa – Percentagem de doentes que toma cada medicamento dentro da amostra em estudo (154 doentes); N-P – Diferencial 'necessidade-preocupação'; DP – Desvio-Padrão.

Tabela 3 – Resultados das crenças na medicação obtidos em função da medicação antidiabética não-insulínica.

Não se encontrou uma diferença estatisticamente significativa das crenças na medicação consoante a medicação realizada (teste ANOVA $p=0,386$).

Influência das crenças na medicação no controlo da diabetes

Na amostra estudada, a proporção de doentes controlados e não controlados encontra-se representada no gráfico I. Obteve-se uma média de HbA1c de $6,6\% \pm 1,0\%$.

Para se estudar a influência direta das crenças no controlo da diabetes calculou-se inicialmente a

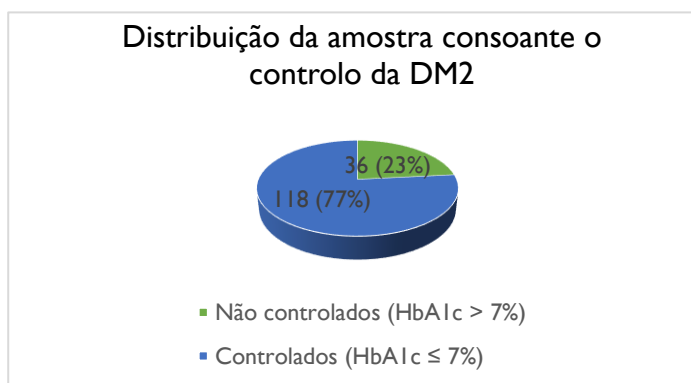


Gráfico I - Distribuição da amostra consoante o controlo da DM2.

média dos resultados adquiridos após o preenchimento do questionário BMQ-específico para o grupo de doentes controlados (HbA1c

≤ 7%) e para o grupo de doentes não controlados (HbA1c > 7%), como representado na tabela 4. Não foram encontradas diferenças estatisticamente

Média dos resultados das crenças na medicação	Doentes controlados	Doentes não controlados
Diferencial 'necessidade-preocupação'	2.26±5,13	3.39±5,07
Crenças de 'necessidade'	21.68±3,29	21.39±2,92
Crenças de 'preocupação'	19.42±4,75	18.00±4,91

Tabela 4 - Resultados das crenças na medicação em função do controlo da DM2.

e não controlados nos valores do diferencial 'necessidade-preocupação' (teste t $p=0,250$), nas

crenças de ‘necessidade’ (teste t $p=0,637$) e nas crenças de ‘preocupação’ (teste t $p=0,122$).

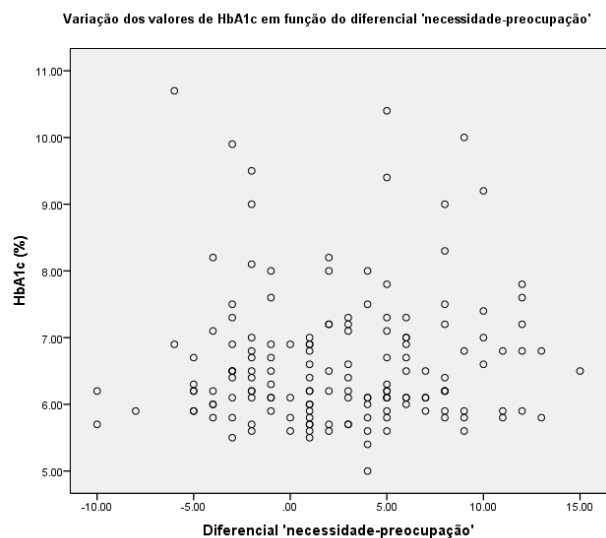


Gráfico 2 - Influência das crenças na medicação no valor de HbA1c medido.

De seguida, para se verificar melhor visualmente a existência ou não duma relação entre estes dois fatores desenhou-se o gráfico 2 em que se verifica a variação de HbA1c em função do diferencial ‘necessidade-preocupação’ dos doentes. Não se encontrou uma correlação estatisticamente significativa entre os valores de HbA1c medidos e o diferencial ‘necessidade-preocupação’ (Correlação de Pearson $p=0,572$), nem, individualmente, com as crenças de ‘necessidade’

(Correlação de Pearson $p=0,882$) e de ‘preocupação’ (Correlação de Pearson $p=0,483$).

Contudo, para além da influência direta das crenças na medicação no controlo da diabetes, estas podem influenciar o estado da doença de muitas outras formas indiretamente. Uma possibilidade que tem vindo a ser estudada e que pode ser analisada também através deste estudo é a relação das crenças na medicação com a adesão à terapêutica, que, por sua vez, poderá influenciar o controlo da DM2. Na tabela 5 encontram-se os valores médios dos resultados obtidos pelo preenchimento do BMQ consoante a adesão dos doentes, ou seja, consoante estes tenham sido classificados como aderentes ou não aderentes tendo em conta os resultados

Média dos resultados das crenças na medicação	Não aderentes	Aderentes
Diferencial ‘necessidade-preocupação’	2,08±5,21	2,91±5,05
Crenças de ‘necessidade’	21,78±3,32	21,46±3,11
Crenças de ‘preocupação’	19,69±4,75	18,55±4,82

Tabela 5 - Resultados das crenças na medicação em função da adesão à terapêutica.

obtidos no questionário MMAS-8. Nesta análise também não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre doentes aderentes e não aderentes nos valores do diferencial ‘necessidade-preocupação’ (teste t $p=0,317$), nas crenças de ‘necessidade’ (teste t $p=0,545$) e nas crenças de ‘preocupação’ (teste t $p=0,141$).

E, no gráfico 3, é possível analisar a existência ou não de influência das crenças na medicação com a adesão à terapêutica. Não se encontrou uma relação estatisticamente significativa entre a adesão à terapêutica reportada e o diferencial ‘necessidade-preocupação’ de cada doente (Correlação de Pearson $p=0,617$), nem com as crenças de ‘necessidade’ (Correlação de Pearson $p=0,251$) e de ‘preocupação’ (Correlação de Pearson $p=0,194$)

quando avaliadas individualmente.

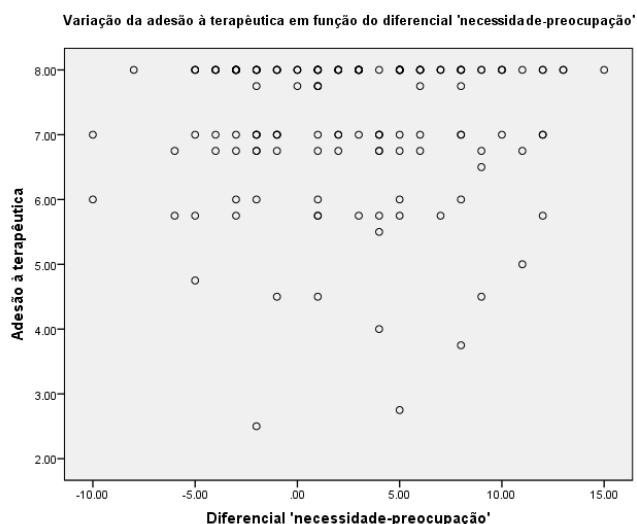


Gráfico 3 - Influência das crenças na medicação na adesão à terapêutica.

2.5. Discussão

A diabetes é uma doença muito prevalente na população mundial e com inúmeras complicações que podem afetar a qualidade de vida dos doentes e mesmo a sua longevidade. Em 2014 foi estimada uma prevalência da diabetes de 13,1% para a população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, segundo os dados da Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Destes 13,1%, 5,7% referem-se a diabetes não diagnosticada. Preocupante é também que, entre os diabéticos, apenas 69,1% se encontram com a doença controlada⁴.

Sendo importante reverter este panorama, pretendeu-se, com este estudo, avaliar o modo como as crenças na medicação influenciam o controlo da DM2. Os dados obtidos sugerem que os doentes com crenças na medicação mais positivas têm tendência para aderir mais à terapêutica, o que, conseqüentemente, poderá contribuir para a obtenção de um controlo da diabetes mais favorável. Contudo, não foi possível estabelecer uma correlação direta entre as crenças na medicação e o controlo da DM2.

Os doentes convidados a participar no estudo foram os que se dirigiram às farmácias envolvidas no mesmo, num determinado período de tempo, com o intuito de adquirir medicamentos prescritos numa receita onde estivesse incorporado pelo menos um antidiabético não-insulínico e a quem o diagnóstico de DM2 tivesse sido feito há pelo menos 12 meses. Alguns dos doentes convidados recusaram participar no estudo principalmente devido a já terem um apertado controlo médico, não considerando vantajoso para a vigilância da sua doença este controlo adicional realizado na farmácia. Neste estudo participaram mais mulheres (54,5%) que homens (45,5%), a maioria eram indivíduos reformados (84%) e houve também a integração de indivíduos mais idosos, tendo o mais novo 41 anos. Esta distribuição

da idade pode-se explicar pela etiologia da DM2, que geralmente afeta indivíduos a partir dos 40 anos e obesos⁴, o que também explica a grande percentagem de indivíduos, tanto homens como mulheres, com valores de perímetro abdominal associados a um risco muito elevado de complicações (≥ 102 cm para homens e ≥ 88 cm para mulheres)²⁴. Além disso, 83% dos doentes iniciaram a medicação antidiabética logo após o diagnóstico, o que indica que não houve tentativa de instalação de medidas não farmacológicas antes da implementação de terapêutica farmacológica, como recomendado para muitos casos pela DGS²⁴.

Os resultados obtidos no BMQ-específico para esta amostra sugerem que a única característica sociodemográfica que influencia significativamente as crenças na medicação que cada indivíduo experimenta é o sexo ($p=0,026$), sendo que a idade ($p=0,079$), o nível de escolaridade ($p=0,736$), se vive sozinho ou não ($p=0,964$) e a ocupação profissional ($p=0,077$) parecem ser características que não conduzem a uma variação significativa das crenças.

Constata-se que as mulheres têm crenças de 'preocupação' mais elevadas do que os homens, resultando num diferencial 'necessidade-preocupação' menor, ou seja, em crenças menos positivas. O sexo feminino é, portanto, um grupo que necessita de uma abordagem mais cuidada acerca da terapêutica tentando contrariar esta tendência. Estes resultados vão de encontro ao verificado por Pereira e colaboradores (2013), que encontraram uma tendência nas mulheres para a presença de crenças mais negativas, havendo uma necessidade de especial intervenção, a este nível, para o sexo feminino³.

Quanto à idade, apesar de não se verificarem diferenças significativas das crenças na medicação consoante as diferentes faixas etárias, descartando a classe dos [90,100[anos em que apenas estão incluídos 2 doentes, verifica-se um decréscimo do diferencial 'necessidade-preocupação' a partir dos 60 anos de idade, sugerindo uma tendência para os idosos possuírem crenças na medicação mais negativas relativamente a idades mais jovens, necessitando de maior acompanhamento e maior intervenção, seja farmacêutica ou por parte de outro profissional de saúde. Na literatura encontram-se resultados contraditórios a estes, tal como os verificados por Pereira e colaboradores (2013), em que encontraram que os doentes apresentavam crenças específicas muito semelhantes independentemente da idade³.

Embora não se tenham encontrado diferenças significativas das crenças na medicação consoante a ocupação profissional de cada doente, os resultados sugerem a presença de crenças mais positivas nos doentes que se encontram ativos profissionalmente ou desempregados relativamente aos indivíduos reformados. Contudo, se estes resultados se devessem apenas à influência da ocupação profissional esperar-se-iam resultados semelhantes para desempregados e reformados. Analisando-se esta questão, verifica-se que a média de idade dos desempregados é de 59 ± 4 anos, muito semelhante à média de idades obtida para os

doentes ativos, 58 ± 11 anos, podendo advir daí um resultado semelhante para as crenças na medicação destes dois grupos e distinto do obtido para os indivíduos reformados, em que a média de idade é superior (73 ± 8 anos). Pode, então, haver interferência da idade nestes resultados, não possibilitando uma análise explícita da influência da ocupação profissional nas crenças na medicação experimentadas por cada doente.

Dado que, para se obter o controlo da doença, é necessário recorrer à terapêutica, é importante verificar se as crenças variam em conformidade com o medicamento tomado. A cada medicamento foi atribuído o diferencial obtido para o doente que o toma, assim, se o doente tomar vários medicamentos, a cada um destes correspondeu-se o mesmo valor relativamente às crenças. Relacionaram-se então as médias do diferencial 'necessidade-preocupação' obtidas para cada medicamento. Apesar de se ter concluído que as crenças na medicação não variavam significativamente consoante a medicação tomada ($p=0,386$), verificam-se valores do diferencial 'necessidade-preocupação' discrepantes para a vildagliptina ($0,2$) e para a glibenclamida (10), provavelmente resultantes da pequena amostra de doentes que os tomam (5 e 1 , respetivamente), dado que o valor dos diferenciais se distanciam muito dos obtidos para as respetivas classes terapêuticas, inibidores da DPP-4 (22 doentes) e sulfonilureias (41 doentes), em que os diferenciais obtidos foram, respetivamente, $3,50 \pm 5,37$ e $2,22 \pm 4,61$. Os resultados obtidos para os outros medicamentos são muito semelhantes, verificando-se um menor diferencial 'necessidade-preocupação' para a metformina ($2,04 \pm 5,24$) e para a gliclazida ($2,03 \pm 4,50$). Embora não sejam valores muito distintos dos restantes, ao serem dos princípios ativos mais prescritos na terapêutica da DM2 merecem especial atenção por parte do farmacêutico, sendo essencial tentar tornar as crenças em torno destes medicamentos mais positivas, através da educação e do aconselhamento. Concluindo, os resultados revelam que as crenças não variam significativamente de medicamento para medicamento. Estes resultados vão de encontro ao concluído por Farmer e colaboradores (2015) quanto à metformina e à gliclazida, em que não se verificaram diferenças relativamente às crenças referidas para cada medicamento⁵.

Para se tentar responder concretamente ao objetivo do estudo, estudou-se a relação entre as crenças na medicação, através dos resultados do diferencial 'necessidade-preocupação' obtidos, e o controlo da doença, estimado pelos valores de HbA1c medidos. No entanto, não foi possível chegar a resultados conclusivos. Obteve-se um diferencial 'necessidade-preocupação' maior para os doentes não controlados ($3,39 \pm 5,07$) do que para os doentes controlados ($2,26 \pm 5,13$), o que poderia levar-nos a pensar que as crenças na medicação mais positivas têm um efeito negativo no controlo da diabetes, contudo concluiu-se que não existe uma diferença significativa entre estes valores ($p=0,250$). Além disto,

verificou-se que não é possível estabelecer estatisticamente uma correlação entre o diferencial 'necessidade-preocupação' e os valores de HbA1c medidos ($p=0,572$), como também se depreende ao observar a distribuição dos pontos obtidos no gráfico 2. Neste caso, tem de se ter em conta que, para além das crenças, muitos outros fatores estão envolvidos que podem ter interferido com estes resultados e que não estão a ser tidos em conta neste estudo, podendo levar a conclusões erradas. A adoção de comportamentos de autocuidados, tais como a adesão à medicação proposta, a alteração dos estilos de vida, entre outros, são fatores, além das crenças na medicação, essenciais para o controlo da DM2. Dehghani-Tafti e colaboradores (2015) estudaram alguns destes comportamentos. Um resultado interessante foi que os doentes diabéticos nem sempre seguem uma dieta saudável, indicando que não seguem os hábitos alimentares adequados para favorecer o controlo da doença. Além disto, verificaram que, apesar da toma da medicação ser o comportamento mais realizado, os doentes não seguem o esquema terapêutico corretamente todos os dias. Nesse estudo também se estudaram as variáveis envolvidas na decisão do doente de adotar comportamentos de autocuidados essenciais no controlo da diabetes, verificando-se que uma elevada autoeficácia sentida pelo doente é essencial para a adoção dos comportamentos favoráveis, assim como acreditar que está suscetível a *outcomes* negativos derivados da sua doença e contornar as barreiras que lhe são impostas⁶. No estudo de Alatawi e colaboradores (2015) reforça-se que é essencial estudar o balanço entre a suscetibilidade que cada doente atribui à DM2, os benefícios que o doente acredita que a terapêutica proposta lhe traz, as barreiras que impedem a adoção dos comportamentos desejados – sendo as mais reportadas o esquecimento da toma da medicação, as viagens e a rotina do trabalho – e a autoeficácia que cada doente atribui a si mesmo, para entender como o doente se comportará no próprio tratamento da doença⁸. Isto revela a existência de muitos fatores envolvidos entre as crenças na medicação de cada doente e o controlo da DM2 além da influência das crenças de 'necessidade' e de 'preocupação' de cada doente, tal como a adesão a estilos de vida mais saudáveis e à própria medicação, assim como outras perceções do doente além das crenças na medicação, como a autoeficácia, a suscetibilidade da doença percebida, os benefícios percebidos e as barreiras que são impostas a cada doente, sendo que nem todos estes fatores foram abordados no projeto em análise.

Como pela análise da relação direta entre as crenças na medicação e o controlo da doença não foi possível concluir a influência benéfica das crenças na medicação mais positivas no controlo da doença, foi-se estudar a influência das crenças na adesão à terapêutica. Apesar de também se concluir que estatisticamente não existe uma correlação entre os valores de HbA1c, que medem o controlo da DM2, e os resultados obtidos no questionário MMAS-8,

que medem a adesão à terapêutica ($p=0,617$), verificou-se que os doentes aderentes possuem um diferencial 'necessidade-preocupação' mais elevado ($2,91 \pm 5,05$) relativamente aos doentes não aderentes ($2,08 \pm 5,21$), devendo-se principalmente a alterações a nível das crenças de 'preocupação', que, apesar de não serem diferenças significativas ($p=0,317$), sugerem que crenças mais positivas favorecem a adesão à medicação. Parece então que as crenças na medicação influenciam, mesmo que ligeiramente, a adesão à terapêutica, o que terá influência no controlo da doença. O mesmo foi encontrado no estudo de Sweileh e colaboradores (2014) em que se verificou que um aumento das crenças de 'necessidade' estava associado a uma maior adesão e o contrário ocorria aquando do aumento das crenças de 'preocupação'. Ou seja, quanto maiores as crenças de 'necessidade' e menores as crenças de 'preocupação' maior o diferencial obtido e maior espera-se ser a adesão à terapêutica pelos doentes¹⁰.

Assim, apesar dos resultados entre crenças na medicação e o valor de HbA1c não terem sido conclusivos, parece haver uma tendência para as crenças na medicação influenciarem indiretamente o controlo da doença pela influência na adesão à terapêutica.

A partir dos resultados obtidos verifica-se que apenas a 77% dos doentes foi medido um valor de HbA1c igual ou inferior a 7%, havendo, portanto, 23% dos diabéticos que não têm a DM2 controlada. Estes valores indicam a necessidade de implementação de cada vez mais intervenções a nível dos fatores negativos relacionados com o controlo da doença, tal como as crenças na medicação, e o desenvolvimento de mais estudos que demonstrem o que influencia o processo contínuo desde o diagnóstico até ao controlo da DM2 que podem estar a impedir o aparecimento de melhores resultados.

É importante reconhecer que este estudo apresenta limitações que podem desviar os resultados da realidade, sendo a principal o tamanho da amostra. Uma amostra de 154 doentes não é suficientemente grande e abrangente para se extrapolarem os resultados para a população geral, além de dificultar na demonstração com precisão dos fatores que apresentam significado estatístico, pretendendo-se, portanto, até ao final do projeto, a recolha de mais dados. Mesmo assim, obtiveram-se algumas conclusões iniciais no sentido de alcançar o objetivo do projeto.

3. CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos verifica-se que há um elevado número de doentes com DM2 não controlada, o que demonstra o longo caminho que ainda há a percorrer para se alcançarem os resultados esperados. Dado o aumento da esperança média de vida e as alterações que se têm verificado na sociedade ao longo dos anos, doenças crónicas como a DM2 têm vindo a crescer continuamente, sendo imprescindível conseguir alcançar o seu

controlo para aumentar a qualidade de vida destes doentes que terão que viver com a doença para o resto das suas vidas.

Neste âmbito, qualquer fator que auxilie no alcance do controlo da doença será bem-vindo. O presente estudo revelou que as crenças na medicação mais positivas – quando as crenças de ‘necessidade’ percebidas pelo doente se sobrepõem às crenças de ‘preocupação’ relativas à terapêutica – podem auxiliar neste processo ao facilitarem a adesão à terapêutica, que, por sua vez, traz a longo prazo um aumento do efeito benéfico da medicação, resultando num melhor controlo da DM2.

O farmacêutico, ao ser o profissional de saúde com contacto mais direto com os doentes, deve intervir e tentar transformar as crenças dos doentes em crenças mais positivas, explicando a necessidade que cada doente tem de cumprir a sua medicação e que os benefícios desta são muito superiores a todos os efeitos indesejáveis que possam sentir. Assim, deve explicar para que serve cada medicamento, o que o doente pode sentir ao tomá-lo, mas realçar sempre as vantagens a longo prazo que essa medicação trará à sua vida. Também a partir deste estudo, percebeu-se que se deve dirigir esta intervenção com mais cuidado para as mulheres, dado que estas demonstraram possuir crenças mais negativas na medicação, sendo, portanto, quem precisa especialmente de intervenção no sentido de otimizar as suas crenças.

O farmacêutico, como agente de saúde pública, deve estar sempre consciente para estes problemas que o rodeiam e, cada vez mais, dirigir a sua profissão para o doente, lutando para o seu bem-estar, oferecendo nem que seja um sorriso quando nada mais é possível.

4. BIBLIOGRAFIA

1. FIGUEIREDO, I. [et al.] - O Farmacêutico clínico - A evidência da sua intervenção. Boletim do CIM. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, nº 111, 2014. p. 1-4.
2. AFONSO, S. M. - *O Papel da Farmácia, na promoção de uma saúde de proximidade, em doentes crónicos*. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, 2015. Dissertação de Mestrado. p. 16, 17.
3. PEREIRA, G.; PEDRAS, S.; MACHADO, J. C. - Validação do Questionário Crenças acerca da Medicação em Pacientes Diabéticos Tipo 2. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 29:nº 2 (2013) p. 229-236.
4. PORTUGAL. Sociedade Portuguesa de Diabetologia – Diabetes: Factos e Números 2014. *Relatório anual do Observatório Nacional de Diabetes*. Lisboa, 2015. ISBN 978-989-96663-2-0. p. 56-58.
5. FARMER, A.; KINMONTH, A. L.; SUTTON, S. - Measuring beliefs about taking hypoglycaemic medication among people with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*. ISSN 07423071. Vol. 23:nº 3 (2006) p. 265-270.
6. DEHGHANI-TAFTI, A. [et al.] - Determinants of Self-Care in Diabetic Patients Based on Health Belief Model. *Global Journal of Health Science*. ISSN 1916-9744. Vol. 7:nº 5 (2015) p. 33-42.
7. SALGADO, T. [et al.] - Adaptação transcultural do Beliefs about Medicines Questionnaire para o Português. *Sao Paulo Medical Journal*. ISSN 15163180. Vol. 131:nº 2 (2013) p. 88-94.
8. ALATAWI, Y. M. [et al.] - The Association between Health Beliefs and Medication Adherence among Patients with Type 2 Diabetes. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. ISSN 15517411 (2015) p. 1-12.
9. JÄGER, C. [et al.] - Medication Lists and Brown Bag Reviews: Potential Positive and Negative Impacts on Patients Beliefs about Their Medicine. *BioMed Research International*. ISSN 2314-6141. Vol. 2015 (2015) p. 1-6.
10. SWEILEH, W. M. [et al.] - Influence of patients' disease knowledge and beliefs about medicines on medication adherence: findings from a cross-sectional survey among patients with type 2 diabetes mellitus in Palestine. *BMC Public Health*. ISSN 1471-2458. Vol. 14:nº 94 (2014) p. 1-8.
11. CARPENTER, C. J. - A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health Communication*. ISSN 1041-0236. Vol. 25:nº 8 (2010) p. 661-669.
12. FOOT, H. [et al.] - The necessity–concerns framework predicts adherence to medication in multiple illness conditions: A meta-analysis. *Patient Education and Counseling*. ISSN 07383991.

(2015) p. 1-12.

13. GUÉNETTE, L. [et al.] - Patients' beliefs about adherence to oral antidiabetic treatment: a qualitative study. *Patient Preference and Adherence*. ISSN 1177-889X. Vol. 9 (2015) p. 413-410.

14. EUA. American College of Preventive Medicine - *Medication Adherence Clinical Reference*. Washington: American College of Preventive Medicine, 2011. [Acedido a 21 de fevereiro de 2016]. Disponível na Internet: http://www.acpm.org/?MedAdherTT_ClinRef.

15. SÖNKSEN, P.; FOX, C.; JUDD, S. - *Tudo sobre Diabetes*. 1ª Ed. Andrei, 2000. ISBN 85-7476-268-7. p. 101-102.

16. SÖNKSEN, P.; FOX, C.; JUDD, S. - *DIABETES Manual de Sobrevivência*. Livros do Brasil, 2002. ISBN 9789723819298. p. 137.

17. LEBLANC, E. S. [et al.] - Provider beliefs about diabetes treatment have little impact on glycemic control of their patients with diabetes. *BMJ Open Diabetes Research & Care*. ISSN 2052-4897. Vol. 3:nº 1 (2015) p. 1-7.

18. PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Abordagem Terapêutica farmacológica na diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto. *Norma da Direcção-Geral da Saúde nº. 052/2011*. Atualizada a 27/04/2015. p. 10.

19. QTEISHAT, R. R.; GHANANIM, A. R. A. - Comprehensive assessment of variables affecting metabolic control in patients with type 2 diabetes mellitus in Jordan. *Diabetes & Metabolic Syndrome*. ISSN 1878-0334. (2015) p. 2-5.

20. REES, G. [et al.] - Impact of diabetic retinopathy on patients' beliefs about diabetes. *Clinical & Experimental Optometry*. Vol. 95:nº 3 p. 371-376.

21. CORRER, C. J. [et al.] - A tool to characterize the components of pharmacist interventions in clinical pharmacy services: the DEPICT project. *The Annals of Pharmacotherapy*. ISSN 1542-6270. Vol. 47:nº 7,8 (2013) p. 946-952.

22. PÉREZ, J. A. F., RODRÍGUEZ, N. F. A., GARCÍA, M. M. G. - Diseño de un cuestionario de conocimiento sobre diabetes en pacientes de farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España*. ISSN 1139-6202. Vol. 5:nº 6 (2003) p. 268-274.

23. MORISKY, D. E. [et al.] - Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of Clinical Hypertension*. ISSN 15246175. Vol. 10:nº 5 (2008) p. 345-354.

24. PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde - Processo assistencial integrado da Diabetes Mellitus tipo 2. *Norma da Direcção-Geral da Saúde nº. 001/2013*. 2013. p. 91.

5. ANEXOS

Anexo I – Questionário BMQ-específico aplicado à amostra em estudo

QUESTIONÁRIO BMQ-ESPECÍFICO (VERSÃO PORTUGUESA)

AS SUAS OPINIÕES SOBRE OS MEDICAMENTO QUE LHE FORAM RECEITADOS

- Gostaríamos de lhe perguntar quais as suas opiniões sobre os medicamentos que lhe foram receitados.
- Estas são afirmações que outras pessoas têm feito sobre os seus próprios medicamentos.
- Por favor, indique em que medida concorda ou discorda com elas, assinalando a resposta no quadrado apropriado.

Não existem respostas certas ou erradas.

Estamos interessados nas suas opiniões pessoais.

	OPINIÕES SOBRE OS MEDICAMENTOS QUE LHE FORAM RECEITADOS	Concordo completamente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo completamente
N1	Actualmente, a minha saúde depende destes medicamentos					
C1	Preocupa-me ter de tomar estes medicamentos					
N2	A minha vida seria impossível sem estes medicamentos					
C2	As vezes, preocupo-me com os efeitos a longo prazo destes medicamentos					
N3	Sem estes medicamentos, eu estaria muito doente					
C3	Estes medicamentos são um mistério para mim					
N4	A minha saúde no futuro dependerá destes medicamentos					
C4	Estes medicamentos perturbam a minha vida					
C5	As vezes, preocupo-me em ficar demasiado dependente destes medicamentos					
N5	Estes medicamentos protegem-me de ficar pior					
C6	Estes medicamentos dão-me desagradáveis efeitos secundários.					

FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Ref^o 104-CE-2015

Data 26/IX/2015

C/C aos Exmos. Senhores
Investigadores e co-investigadores

Exmo Senhor
Prof. Doutor Duarte Nuno Vieira
Director da Faculdade de Medicina de
Universidade de Coimbra

Assunto: Pedido de parecer à Comissão de Ética - Projecto de Investigação autónomo (ref^o CE-113/2015).

Investigador(a) Principal: Isabel Vitória Neves Figueiredo Santos Pereira (FFUC)

Co-Investigador(es): Maria Margarida Coutinho de Seabra Castel-Branco Caetano, Fernando Fernández-Llimos, Ana Marta Almeida Aveiro Pimentel Lavrador, Helena Filipa Bigares Grangeia e Rita Catarina da Mota Alves

Título do Projecto: "Conhecimentos/Crenças/Adesão/Controlo da diabetes em doentes de ambulatório".

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projecto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve: "**Parecer Favorável**".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos

O Presidente,

Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

GC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG • COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 707 (Ext. 542707) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

Anexo III – Consentimento Informado



FFUC FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TÍTULO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO: *Conhecimentos / Crenças / Adesão / Controlo da diabetes em doentes de ambulatório*

PROMOTOR: Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (FFUC)

INVESTIGADOR COORDENADOR: Professora Doutora Isabel Vitória Figueiredo

CENTRO DE ESTUDO: Grupo de Farmacologia e Cuidados Farmacêuticos / FFUC

MORADA: Polo das Ciências da Saúde, Azinhaga de Santa Comba, 3000-548 Coimbra

CONTACTO TELEFÓNICO: 239 488400

NOME DO DOENTE: _____

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo irá decorrer em diversas farmácias comunitárias com o objetivo de avaliar, numa amostra de doentes diabéticos, a associação entre o nível de conhecimentos relativos à doença, as crenças sobre a medicação, o grau de adesão à terapêutica e o grau de controlo da diabetes.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os doentes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.

2. PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Este estudo consiste numa consulta única do doente com o farmacêutico com a duração de cerca de 20 (trinta) minutos e com os seguintes procedimentos:

Procedimento n° 1: assinatura do consentimento informado.

Procedimento n° 2: preenchimento de dados sociodemográficos e relacionados com a terapêutica habitual do doente.

Procedimento n° 3: picada no dedo para obtenção de uma gota de sangue e determinação da hemoglobina glicada e da glicémia ocasional utilizando o aparelho *COBAS B 101*.

Procedimento n° 4: questionário para avaliar os conhecimentos que o doente tem sobre a diabetes.

Procedimento n° 5: questionário para avaliar as crenças sobre a medicação.

Procedimento n° 6: questionário para avaliar o grau de adesão ao tratamento do doente diabético.



3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O DOENTE

O único inconveniente para o doente será o da picada no dedo para obtenção da gota de sangue necessária à determinação da hemoglobina glicada e da glicémia ocasional.

4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS PARA O DOENTE

O doente ficará a conhecer o grau de controlo da sua diabetes, bem como o nível de conhecimentos que tem acerca da sua doença e o grau de adesão à terapêutica.

5. PARTICIPAÇÃO / ABANDONO VOLUNTÁRIO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o Investigador que lhe propõe a participação neste estudo.

6. CONFIDENCIALIDADE

Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial. A Comissão de Ética responsável pelo estudo pode solicitar o acesso aos seus registos clínicos para assegurar-se que o estudo está a ser realizado de acordo com o protocolo. Por este motivo não pode ser garantida confidencialidade absoluta.

7. COMPENSAÇÃO

Este estudo é da iniciativa do Investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo. Não haverá, por outro lado, qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

8. CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC, Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra

Telefone: 239 857 707 / e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Professora Doutora Isabel Vitória Figueiredo / Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Azinhaga de Santa Comba – 3000-548 Coimbra / Telefone: 239 488 400/ e-mail: isabel.vitoria@netcabo.pt



CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar no estudo intitulado *Conhecimentos / Crenças / Adesão / Controlo da diabetes em doentes de ambulatório*.

1. Fui devidamente informado(a) de que o objetivo do estudo consiste na avaliação da associação entre o nível de conhecimentos relativos à minha doença, as crenças sobre a medicação, o grau de adesão à terapêutica e o grau de controlo da diabetes; que o único inconveniente ou desconforto que terei é o da picada no dedo para determinação do grau de controlo da diabetes; que o meu esforço no estudo se limitará à resposta a uma série de inquéritos com uma duração aproximada de 30 min.; que no fim desse processo irei conhecer o valor da hemoglobina glicada, o qual poderei utilizar como achar oportuno.
2. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas. A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao Investigador responsável do estudo (Prof.^a Doutora Isabel Vitória Figueiredo). O Investigador responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.
3. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e farmacoterapêutica no estrito respeito do sigilo profissional e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo Investigador responsável.
4. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo, colaborando com o Investigador.
5. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos.
6. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo Investigador ou outrem por si designado, podendo eu exercer o meu direito de retificação e/ou oposição.
8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados de saúde.

Nome do Participante _____

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os potenciais riscos do estudo acima mencionado.

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Anexo IV – Questionário MMAS-8 aplicado à amostra em estudo

1) Às vezes esquece-se de tomar os seus comprimidos para a diabetes?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2) Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que não tomou os seus medicamentos para a diabetes?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3) Já alguma vez parou de tomar a sua medicação ou diminuiu a dose, sem avisar o seu médico, porque se sentia pior quando os tomava?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4) Quando viaja ou não está em casa, às vezes esquece-se de levar consigo os seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5) Ontem tomou os seus medicamentos para a diabetes?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
6) Quando sente que sua doença está controlada, por vezes deixa de tomar os seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
7) Alguma vez se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu esquema de tratamento para a diabetes?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
8) Com que frequência tem dificuldade em lembrar-se de tomar todos os seus medicamentos para a diabetes?	<input type="checkbox"/> Nunca	
	<input type="checkbox"/> Quase nunca	
	<input type="checkbox"/> Às vezes	
	<input type="checkbox"/> Frequentemente	
	<input type="checkbox"/> Sempre	

Anexo V – Caracterização dos dados sociodemográficos dos participantes

	CARACTERÍSTICA	FREQUÊNCIA (%)
Sexo	Mulheres	84 (54,5%)
	Homens	70 (45,5%)
Idade	[40, 50[	5 (3%)
	[50, 60[	14 (9%)
	[60, 70[	46 (30%)
	[70, 80[	57 (37%)
	[80, 90[	30 (20%)
	[90, 100[	2 (1%)
Nível de Escolaridade	Nenhum	11 (7%)
	1º Ciclo	78 (51%)
	2º Ciclo	10 (6%)
	3º Ciclo	20 (13%)
	Ensino Secundário ou equivalente	20 (13%)
	Ensino Superior	15 (10%)
Vive Sozinho	Sim	32 (21%)
	Não	122 (79%)
Ocupação	Activo	19 (12%)
	Reformado	129 (84%)
	Desempregado	6 (4%)
Idade em que foi diagnosticada DM2	[20, 30[	2 (1,3%)
	[30, 40[	10 (6,5%)
	[40, 50[	19 (12,3%)
	[50, 60[	41 (26,6%)
	[60, 70[	40 (26%)
	[70, 80[	39 (25,3%)
	[80, 90[	2 (1,3%)
	[90, 100[	1 (0,7%)
Início da Medicação Anti-DM Após Diagnóstico	A partir do diagnóstico	127 (83%)
	Até 5 anos após o diagnóstico	19 (12%)
	Até 10 anos após o diagnóstico	5 (3%)
	Passados mais de 10 anos após o diagnóstico	3 (2%)
Ida a uma Consulta Médica de Endocrinologia	Nunca	114 (74%)
	Consultou	37 (24%)
	Não sabe	3 (2%)
Perímetro Abdominal	Mulheres $P \geq 88\text{cm}^*$	80 (95% das mulheres)
	Homens $P \geq 102\text{cm}^*$	44 (63% dos homens)
	*Valores de risco muito elevado de complicações (DGS)	