



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA



INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Chrystiane Mendonça Cardoso

**A influência da auto-eficácia na adesão aos
comportamentos de saúde**

**UBERLÂNDIA
2006**

Chrystiane Mendonça Cardoso

**A influência da auto-eficácia na adesão aos
comportamentos de saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Psicologia –
Mestrado, do Instituto de Psicologia da
Universidade Federal de Uberlândia,
como requisito parcial à obtenção do
Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia
Aplicada

Orientador(a): Sueli Aparecida Freire

**UBERLÂNDIA
2006**

Chrystiane Mendonça Cardoso

A influência da auto-eficácia na adesão aos comportamentos de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientadora: Sueli Aparecida Freire

Banca Examinadora:

Uberlândia, 04 de Dezembro de 2006.

Prof. Dra. Sueli Aparecida Freire – UFU

Prof. Dra. Marineia Crosara de Resende – UNITRI

Prof. Dra. Maria do Carmo Fernandes Martins – UFU

Prof. Dra. Anita Liberalesso Neri – Unicamp (Suplente)

UBERLÂNDIA
2006

À pessoa que foi minha maior incentivadora durante todo o processo do mestrado, exemplo de honestidade e integridade. À amiga e companheira, Valéria.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu força, amparo, ânimo e saúde para chegar até aqui e realizar o sonho de tornar-me mestra. Que minha fé permaneça alicerçada no amor e no respeito ao próximo!

Aos meus pais, que me permitiram concretamente alcançar mais essa vitória. Obrigada pelo amor, pelo carinho, pela compreensão e pelo apoio financeiro!

À minha querida orientadora Sueli, exemplo de profissionalismo, competência e excelência. Você é mais que uma excelente educadora, é também uma grande amiga!

Ao meu irmão, Leandro, amigo e confidente de todas as horas importantes. Valeu por sempre acreditar em mim!

Aos meus amigos dos tempos da graduação, Wilminha, Alessandra, Juliana, Cristina Vianna, Dorothy, Vanessa Vilela, Gabriel e todos os outros que fizeram parte da minha formação. Vocês são muito importantes pra mim!

À minha super amiga do mestrado, Madalene, que dividiu comigo grandes alegrias e conquistas, mas também algumas tristezas e dores nesse período. Adoro você!

Aos amigos conquistados durante o mestrado, Cíntia, Sara, Dóris, Marcela, Luciana, Eduardo e Adriana. Valeu demais! Vocês foram fundamentais para o meu crescimento profissional!

Aos amigos da irmandade, Rodrigo, Daniel, Danilo, Lívia, Camila, Flávia, Bia, Gislaine, Mirele e Luciana. Obrigada por todas as coisas em comuns compartilhadas nos caminhos de nossa vivência!

A todo o pessoal da Instituição Espiritualista Casa dos Gentis. Muito obrigada pelo acolhimento espiritual e por fazerem parte de minha família espiritual!

À Marineia, pelo auxílio prestado na descrição dos resultados. Obrigada por ter feito parte desse momento tão importante na minha vida! Admiro muito sua garra e seu profissionalismo!

A professora e ex-coordenadora do programa de pós-graduação da Universidade Federal de Uberlândia, Maria do Carmo. Obrigada pela ajuda com as questões estatísticas do trabalho! Obrigada também pelo excelente exercício de sua função como coordenadora!

À secretária do programa de pós-graduação, Marineide. Sua simpatia, excelência, respeito e educação para conosco facilita e tornam nossas obrigações prazerosas!

Aos participantes do estudo, que através de seus relatos possibilitaram a construção de novos significados para a adesão aos comportamentos de saúde. Vocês foram essenciais para a concretização deste sonho!

Aos profissionais dos PSFs de Tupaciguara. Obrigada pela atenção, apoio e respeito!

RESUMO

Este estudo teve como objetivo verificar a predição do senso de auto-eficácia na adesão aos seguintes comportamentos de saúde: alimentação saudável, prática de atividade física, interrupção de tabagismo e diminuição do consumo de álcool. A amostra foi composta por pacientes hipertensos e diabéticos, com idade entre 40 e 60 anos, atendidos em duas unidades do Programa de Saúde da Família. Os dados foram analisados por estatísticas descritivas, correlações, regressões lineares padrão e regressão logística. Os resultados indicam que a adesão a todos os comportamentos estudados são diretamente influenciados pela auto-eficácia relacionada a cada comportamento. Os dados não mostram correlação significativa entre participação nas reuniões, auto-eficácia e adesão para os comportamentos de saúde estudados.

Palavras-chave: auto-eficácia, Psicologia da saúde, adesão a comportamento de saúde

ABSTRACT

This paper aimed to verify the prediction of self-efficacy in the adherence to health behaviors like: balanced diet, physical activities practice, stop smoking and reducing alcohol consumption. The participants were people with arterial hypertension and *mellitus* diabetes type 2, with age between 40 and 60 years old, patients from PSFs' units. The data were analysed by descriptive statistics, correlations, standard linear regressions and logistic regressions. The results indicated that sticking to for all health behaviors are directly influenced by self-efficacy related to each health behavior. The data didn't show significant correlation between participation in health education meetings; self-efficacy and adherence to for all these health behaviors.

Keywords: self-efficacy, Health Psychology, adherence to health behavior

SUMÁRIO

Apresentação	08
Capítulo I – Introdução	10
O envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida	10
Envelhecimento saudável e boa velhice: condições de saúde e doença	11
O Desenvolvimento do Adulto	14
Doenças Crônicas	16
Comportamentos de saúde	19
Psicologia da Saúde: uma nova forma de olhar a saúde e a doença	21
Promoção da saúde e Educação para a saúde	23
Programa de Saúde da Família	25
Capítulo II – Auto-eficácia	29
Auto-eficácia e processos cognitivos	29
Auto-eficácia percebida e o manejo de condições crônicas	34
Objetivos	38
Capítulo III – Método	40
Participantes	40
Instrumentos	40
Procedimentos – Coleta de dados	42
Procedimentos – Análises dos dados	43
Capítulo IV – Resultados e Discussão	46
Resultados	46
Discussão	55
Capítulo V – Considerações Finais	64
Referências Bibliográficas	66
Apêndices	71
Apêndice I	72
Apêndice II	73
Apêndice III	76
Apêndice IV	79
Apêndice V	81
Apêndice VI	82
Apêndice VII	84

Apresentação

Por que indivíduos com doenças crônicas muito semelhantes têm como consequência enfermidades tão diferentes? Por que muitos doentes crônicos sabem exatamente o que deve ser feito para manter sua saúde física funcionando bem e não o fazem? O que é preciso utilizar como ferramenta para que as pessoas com problemas de saúde duradouros se comportem adequadamente em relação às suas questões de ordem física e se motivem para cuidar de sua própria saúde? O que os profissionais de saúde, especialmente os da rede pública que trabalham com esses pacientes, pensam e sentem a respeito da adesão aos comportamentos de saúde?

Esses e outros questionamentos foram os norteadores desta pesquisa. Se a grande maioria dos indivíduos com doenças crônicas tem a informação sobre o que deve ser feito, por que não fazem? Para explorar esses assuntos, este estudo foi organizado em capítulos que abordam temas relacionados com a problemática em questão.

O Capítulo 1 faz uma contextualização de aspectos relacionados entre si e com o problema da pesquisa; inicia com um breve apontamento sobre o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida das pessoas; caracteriza aspectos do envelhecimento saudável e da boa velhice, bem como do desenvolvimento do adulto, com ênfase na população de meia-idade; aponta e descreve as principais doenças crônicas, quais sejam, a hipertensão arterial sistêmica e o *diabetes mellitus*; apresenta os principais comportamentos de saúde relacionados com essas doenças; explica sobre a Psicologia da Saúde e seu campo de atuação na saúde pública; define promoção e educação para saúde; e, por último, descreve sobre o programa de saúde da família, criado pelo governo brasileiro para tratar e abordar as doenças crônicas descritas.

O Capítulo 2 convida para o entendimento da teoria da auto-eficácia, desenvolvida por Albert Bandura e que fundamenta este trabalho; aponta para sua relação com os processos cognitivos e com as doenças crônicas e traz estudos e pesquisas relacionados com o tema.

O Capítulo 3 trata das questões relativas ao método de investigação utilizado nesta pesquisa, caracteriza os sujeitos, o ambiente no qual se deu o processo, descreve e explica os instrumentos e o procedimento utilizado na realização da pesquisa, além de explicar como se deu a análise dos dados.

O Capítulo 4 é dedicado à descrição estatística e à discussão dos resultados da pesquisa. Pretende discutir os dados após a apresentação dos resultados para facilitar a compreensão destes e dos objetivos do estudo.

As considerações finais concentram-se no Capítulo 5, que apresenta as possibilidades e as limitações da pesquisa; e aponta para a sua relevância e possível contribuição no campo aplicado da Psicologia da Saúde.

INTRODUÇÃO

I. O envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida

Nos últimos tempos, o envelhecimento populacional é um fenômeno observado nos países desenvolvidos, caracterizado pelo aumento proporcional do número de idosos na população. O interessante é que tal fenômeno já está ocorrendo também nos países em desenvolvimento. Segundo os estudiosos, os grandes fatores responsáveis por esse processo são as baixas taxas de fertilidade e de mortalidade infantil aliadas a uma maior sobrevivência dos idosos devido aos avanços científicos e tecnológicos, principalmente nas áreas de saúde e saneamento (Camarano, 2002; Rodrigues & Rauth, 2002).

De acordo com Lima-Costa (2003), os dados do censo do IBGE de 2000 indicam um aumento significativo de idosos no Brasil, onde o número passou de três milhões, em 1960, para sete milhões, em 1980, e para 14 milhões em 2000, ou seja, houve um aumento de 500% em 40 anos. As estimativas desse censo indicam que, em 2020, esse número alcançará 32 milhões; e, no ano de 2025, o Brasil poderá vir a ser o sexto país do mundo em contingente de idosos (Veras, 1996). O Brasil, que até pouco tempo atrás era considerado um “país de jovens”, hoje, é um “país jovem de cabelos brancos”¹, isto é, do ponto de vista demográfico existe uma parcela relevante da população de jovens e uma outra não menos expressiva de idosos.

O aumento da longevidade dos indivíduos e da expectativa de vida da população está associado com uma melhoria na qualidade de vida e um maior acesso da população aos bens e serviços, que são conquistas importantes no campo social e da saúde, segundo Berquó (1999).

¹ Essa expressão aparece como título no livro – País jovem de cabelos brancos: a Saúde do idoso no Brasil. Renato P. Veras. RJ, Relume Dumar: UERJ, 1994. 224p.

Se comparada às situações anteriores, 40 ou 60 anos atrás, atualmente, nota-se maior adequação das condições ambientais, nutricionais, sanitárias e higiênicas, que estão longe do ideal, mas que têm contribuído para prolongar a vida das pessoas e para a redução da mortalidade, principalmente nos anos iniciais (Veras, 1996).

Pode-se ponderar, então, que nem todos os idosos da atualidade tiveram acesso, ao longo de sua existência, a essas condições ideais citadas por Veras (1996), o que pode significar um grande número de pessoas que sofrem hoje as consequências de carências anteriores. A partir daí, configura-se uma realidade que é motivo de preocupação atual e futura para o Estado e para a sociedade, haja vista os custos nas áreas social, educacional e de saúde que tal situação pode representar. A aposentadoria precoce, devida às doenças incapacitantes, e o número elevado de internações hospitalares trazem maior sobrecarga para os cofres públicos.

Dessa forma, hoje se pode encontrar um número alto de idosos carentes e doentes, o que reforça as crenças sociais e culturais de que a velhice é uma fase de perdas e incapacidades, aumentando a rejeição da sociedade e o preconceito contra os velhos (Neri, 2001).

Lima-Costa (2003) aponta que envelhecimento populacional é um dos maiores desafios para a saúde pública atual, especialmente em países em desenvolvimento, que são marcados pela pobreza, pela grande desigualdade social e pela crescente velocidade em que o fenômeno do envelhecimento vem se processando. Daí, a importância de cuidar da saúde e da qualidade de vida da população, de forma a garantir uma boa velhice para o maior número de pessoas. Faz-se necessário, portanto, definir o que seria um envelhecimento saudável e as condições para se chegar a uma velhice satisfatória.

II. Envelhecimento saudável e boa velhice: condições de saúde e doença

Quando se fala em envelhecimento, comumente, as palavras a ele associadas são dependência, debilidade, necessidade de cuidados, incapacidade, entre outros adjetivos não muito otimistas. Tudo isso pode realmente acontecer no fenômeno do envelhecimento, mas o que irá determinar as características desse processo, muitas vezes, são os hábitos e os estilos de vida das pessoas que o vivenciam. Segundo Freire (2000), o envelhecimento é um processo individual, sendo determinado pela interação dos fatores genéticos e ambientais. Dessa forma, as características genéticas, as circunstâncias sociais, culturais e históricas em que as pessoas vivem ou viveram, bem como a ocorrência de doenças durante o desenvolvimento pessoal estão diretamente ligadas à boa qualidade de toda uma vida.

De acordo com Neri e Freire (2000), para se ter um envelhecimento satisfatório, é necessário um equilíbrio entre as potencialidades e as limitações do indivíduo. Isto irá permitir o enfrentamento das perdas decorrentes da velhice, facilitando a adaptação dessas pessoas às mudanças ocorridas em si mesmas e em seu contexto social.

O envelhecimento saudável está relacionado com as condições de saúde e estilos de vida, memória, capacidade funcional, inteligência, entre outros fatores cognitivos e sociais, que podem ser determinados por hábitos de vida saudáveis (Neri, 2001a,b).

Ainda segundo Néri (2001ab), uma boa velhice é influenciada pelas crenças sobre a capacidade para manejar o mundo externo e a própria vida, já que, nessa fase, ocorrem perdas físicas, sociais, sensoriais e intelectuais. Para manejar o ambiente e os próprios sentimentos, os idosos precisam reavaliar suas possibilidades, redefinir metas e alterar estratégias. O estilo de vida ativo e o senso de auto-eficácia contribuem para a continuidade do desempenho físico e mental.

Assim, a promoção de um envelhecimento satisfatório está relacionada com a adoção de um estilo de vida saudável desde o início da idade adulta, o que pode contribuir para evitar a ocorrência de condições que favoreçam o estabelecimento de doenças crônicas.

Papalia e Olds (2000) e Lima-Costa (2003) mostram que as condições de saúde e de doença modificam-se ao longo da vida. Descrevendo os problemas de saúde de cada etapa da vida, essas autoras salientam que a infância é uma fase marcada pelo surgimento das doenças congênitas; pela ocorrência de episódios agudos associados a gripes, a pneumonias e de acidentes, especialmente aqueles ocorridos em casa, como quedas, queimaduras por água fervente e envenenamento por substâncias químicas usadas na limpeza doméstica. Já a adolescência é caracterizada pelos problemas relacionados com a saúde mental, bem como pelo uso de drogas, pelas doenças sexualmente transmissíveis e pelos acidentes decorrentes da violência no trânsito. A meia-idade é marcada pelo desenvolvimento de doenças crônicas como hipertensão, diabetes, reumatismo, artrite entre outras; e nas idades mais avançadas, além da manutenção de doenças crônicas surgidas na fase anterior, ocorre a diminuição da capacidade funcional, que pode levar à perda da independência e, em alguns casos, da autonomia.

Estimativas sugerem que as doenças crônico-degenerativas, particularmente as doenças cardiovasculares, as doenças do aparelho respiratório, as neoplasias e o diabetes *mellitus*, têm um impacto crescente na população idosa. São consideradas como as principais causas de morbimortalidade, aparecendo nos relatos dos idosos brasileiros com uma prevalência de 69% (Lima-Costa, 2003; Ministério da Saúde, 2001; Veras, 1996). Outro aspecto importante é que, nas doenças do aparelho circulatório, há um predomínio das doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares.

As doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus*, têm trazido diversos problemas para o Estado e para a sociedade em decorrência dos custos econômicos e sociais que geram. Além disso, trazem problemas para o indivíduo e sua família podendo causar incapacitação, dependência e até morte prematura de pessoas em idade produtiva (Silva Junior, Gomes, Cezário & Moura 2003).

Dessa forma, as conseqüências provenientes dessas doenças, atingem os indivíduos na fase adulta e na velhice, podendo acarretar complicações para essas pessoas, como limitações profissionais e sociais. Como a idade adulta é considerada a etapa mais produtiva, agravos de saúde, nesse período, podem gerar problemas desastrosos tanto para o indivíduo como para a sociedade como um todo.

III. O Desenvolvimento do Adulto

Estudiosos do desenvolvimento humano, como Bee (1997), Berger (2003) e Papalia e Olds (2000), afirmam que a idade adulta inicial é considerada o apogeu da vida. Na faixa etária dos 20 aos 40 anos, as pessoas estão no auge de seu funcionamento físico e cognitivo. Nesse período, os adultos sentem-se mais saudáveis e possuidores de maior vitalidade, força e vigor. Todavia, à medida que os anos passam, os sinais de envelhecimento ficam mais visíveis e, por volta dos 45 anos, gradativamente, os sistemas do corpo começam a ficar menos eficientes.

Para Gusmão (2001), chegar aos 40-45 anos, etapa conhecida como meia-idade, idade adulta intermediária e idade madura, significa ter adquirido uma bagagem de conhecimentos e experiências, bem como ter atingido um completo estado de desenvolvimento. Compreende um processo permanente de aprendizagem, troca e continuidade, no qual os indivíduos descobrem-se sozinhos, necessitando se adaptar, reagir ou se deixarem morrer, física e socialmente. Pode-se afirmar que a maturidade equipa as pessoas para viver bem e melhor. Este é, também, o momento de se conscientizar da própria finitude.

A meia-idade é a fase em que os sinais do envelhecimento se avolumam, com alterações acontecendo nos cabelos, na pele, nos órgãos do sentido, como os da visão e os da audição, assim como nos músculos, entre outros (Berger, 2003).

Na meia-idade, o número de adultos considerados saudáveis diminui, podendo a metade deles apresentar alguma doença ou incapacitação, ou estar na fase inicial de uma doença cardíaca. Papalia e Olds (2000) salientam que, na meia-idade, algumas mudanças fisiológicas são conseqüências naturais do processo de envelhecimento, mas a ocorrência ou extensão dessas mudanças são afetadas por fatores comportamentais ou estilos de vida. De acordo com Bee (1997), as doenças que mais matam as pessoas na faixa entre os 40 e 65 anos são o câncer e as doenças cardíacas e quanto mais comportamentos ou características de alto risco, como a alta ingestão de proteína animal associada a baixo consumo de frutas e verduras, e uma vida sedentária, maior o risco dessas doenças.

Segundo Berger (2003), nessa etapa da vida, ocorre um declínio sistêmico do organismo, que reduz a capacidade de reserva dos pulmões, do coração e de outros órgãos, tornando as pessoas mais vulneráveis às doenças crônicas. Há, também, um declínio no funcionamento do sistema imunológico, que fica mais enfraquecido e susceptível a ameaças como câncer.

Dessa forma, pode-se observar que, na meia-idade, em algumas circunstâncias, podem surgir doenças como diabetes, hipertensão, neoplasias, artrite, hipercolesterolemia, tidas popularmente como doenças da velhice. Na verdade, trata-se de doenças surgidas na vida adulta, que, graças aos avanços na área de saúde, especialmente nos campos médico e farmacológico, podem ser tratadas e mantidas sob controle, permitindo ao indivíduo ter uma vida adulta e uma velhice saudáveis. Observa-se, assim, uma mudança no perfil epidemiológico e de saúde, com as doenças que antes matavam ou eram curadas em cinco dias, transformando-se em doenças crônicas com as quais os indivíduos podem conviver por cinco anos ou até o fim de suas vidas.

A seguir, será apresentada uma breve descrição das doenças crônicas, com ênfase nas mais comuns surgidas, principalmente, na idade adulta intermediária.

IV. Doenças Crônicas

As doenças crônicas estão se tornando cada vez mais prevalentes tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Todos os avanços ocorridos na área da saúde, como saneamento, imunização e medidas preventivas, que ajudaram no controle das doenças agudas (infecciosas), trouxeram mudanças importantes para a sociedade, inclusive, nos padrões de epidemiologia e saúde, como nos perfis de morbidade e mortalidade. As doenças crônico-degenerativas se tornaram cada vez mais complexas e de difícil controle, já que ainda não existem métodos eficazes para curá-las (Périssé, 1985 apud Franco, 1999).

O grupo das doenças crônicas é caracterizado por incluir doenças com história natural prolongada; multiplicidade de fatores de risco complexos; interação de fatores etiológicos conhecidos e desconhecidos; etiologia desconhecida; longo período de latência; longo curso assintomático; curso clínico, em geral, lento, prolongado e permanente; manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação; e pode evoluir para graus variados de incapacidade ou morte (Lessa, 1998a apud Silva Junior et al 2003).

Ainda segundo Silva Junior et al (2003), as doenças crônicas incluem as doenças cardíacas e as cerebrovasculares, os cânceres, o diabetes, a hipertensão, as doenças auto-imunes, entre outras.

O Ministério da Saúde adverte que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* são os principais fatores de risco da população para as doenças cardiovasculares, sendo as mais prevalentes, o acidente vascular encefálico e o infarto agudo do miocárdio (Ministério da Saúde, 2001). Em função disso, essas doenças recebem atenção diferenciada nos serviços de saúde pública.

Para compreender o presente estudo, faz-se necessário caracterizar as doenças crônicas consideradas neste contexto. A seguir, serão explicitados os conceitos e as classificações da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Diabetes *Mellitus* (DM), bem como suas

prevalências, aspectos a serem investigados na história clínica e as formas de tratamento recomendadas pelo Ministério da Saúde no seu manual intitulado Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus*, publicado em 2001.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. É o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, a HAS tem prevalência estimada em 20% da população adulta (maior ou igual a 20 anos), tendo forte relação com 80% dos casos de acidente vascular encefálico e 60% dos casos de doença isquêmica do coração (Ministério da Saúde, 2001).

A investigação da história clínica do portador de hipertensão deve ser orientada para aspectos como: hábito de fumar, uso exagerado de álcool, ingestão excessiva de sal, aumento de peso, sedentarismo, estresse, antecedentes pessoais de diabetes, gota, doença renal, doença cardíaca e cerebro-vascular; história familiar de hipertensão arterial, morte súbita, dentre outros.

O Diabetes *Mellitus* (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios de metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As conseqüências a longo prazo incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (Ministério da Saúde, 2001).

A prevalência de DM na população com idade entre 30 e 69 é de 12%, com uma estimativa de que possam vir a existir cerca de 11 milhões de diabéticos no país em 2010, o que significa um aumento de 100% em relação ao ano 2000 (5 milhões). Esses dados vêm aumentando a importância do cuidado ao diabetes devido a essa crescente prevalência (Brasil, 2001).

O DM pode ser de dois tipos: o diabetes *mellitus* tipo 1 e o diabetes *mellitus* tipo 2. A especificidade de cada um encontra-se, principalmente, nas características clínicas.

O DM tipo 1 é caracterizado por: maior incidência em crianças, adolescentes e adultos jovens; início abrupto dos sintomas; pacientes magros; facilidade para cetose² e grandes flutuações de glicemia; pouca influência hereditária; deterioração clínica, se não tratado imediatamente com insulina.

O DM tipo 2 apresenta as seguintes especificidades: obesidade (com ênfase no abdômen, diagnosticada quando a razão entre a circunferência da cintura e do quadril é maior que 1, para os homens, e maior que 0,8, para as mulheres); forte componente hereditário; idade maior que 30 anos (a prevalência aumenta com a idade, podendo chegar a 20% na população com 65 anos ou mais); pode não apresentar sintomas clássicos de hiperglicemia (poliúria³, polidipsia⁴, polifagia⁵ e emagrecimento); evidências de complicações micro e macro vasculares; não propensão à cetoacidose diabética⁶. Esse tipo ocorre em 90% dos pacientes diabéticos.

Na investigação da história clínica do paciente de DM, deve-se enfatizar a ocorrência ou não de poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento. Além disso, é necessário conhecer os padrões de alimentação; o estado nutricional atual; as alterações do peso corporal; a prática de atividade física; a história familiar de DM; a ocorrência de infarto agudo do miocárdio ou acidente vaso encefálico no passado, bem como os fatores de risco para arteroesclerose (hipertensão, dislipdemia, tabagismo, história familiar); dentre outros.

O Ministério da Saúde traz, como princípios gerais para o tratamento do diabetes *mellitus* e da hipertensão arterial sistêmica, as seguintes estratégias: educação, modificação

² Condição caracterizada por uma concentração anormalmente elevada de corpos cetônicos nos tecidos e líquidos do organismo; ocorre quando ácidos graxos são incompletamente metabolizados; complicação do diabetes mellitus.

³ Eliminação de uma grande quantidade de urina com um aumento na frequência urinária.

⁴ Sede constante, exagerada, levando à ingestão sucessiva de líquidos.

⁵ Comer em excesso

⁶ Complicação de diabetes resultando da deficiência severa à insulina, em conjunto com um aumento relativo ou absoluto da concentração de glucagon. Definições retiradas do site http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_0001_1404.php em 28/08/2006.

dos hábitos de vida e, se necessário, uso de medicamentos. Há uma ênfase no desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis, na manutenção do peso adequado, na prática regular de atividade física, como também no controle de comportamentos de risco, como o tabagismo e o consumo exagerado de gorduras e de bebidas alcoólicas (Ministério da Saúde, 2001).

V. Comportamentos de saúde

A saúde física é amplamente determinada por hábitos de estilo de vida e condições ambientais. Pessoas sofrem de impedimentos físicos e morrem prematuramente, sobretudo, por causa de hábitos prejudiciais preveníveis. Seus hábitos nutricionais colocam-nas com riscos de doenças cardiovasculares e certos tipos de câncer; sendo sedentários, suas capacidades cardiovasculares e vitalidade se enfraquecem; fumar cria uma maior condição para o câncer, as desordens respiratórias e as doenças do coração; e o uso de álcool e drogas traz uma carga bastante pesada para o corpo (Bandura, 1997).

Silva Junior et al (2003) descrevem um relatório da Organização Mundial de Saúde, de 2002, apontando para a importância dos fatores de risco relacionados com as doenças crônicas, destacando a pressão sanguínea alterada; o nível elevado de colesterol; o índice de massa corporal ($IMC = \text{peso corporal} / \text{altura}^2$) superior a 21kg/m^2 ; o baixo consumo de frutas e vegetais; a inatividade física; o tabagismo e a ingestão de álcool.

Como apontado anteriormente, uma alimentação adequada é essencial para se ter saúde. A ingestão de alimentos saudáveis, como frutas, legumes, cereais e grãos melhora o estado geral da saúde e reduz o aparecimento de doenças graves, notadamente na meia-idade (Berger 2003). Estudos como o de Gilman et al (1995 apud Papalia & Olds, 2000) demonstram que pessoas que comem muitas frutas e legumes diminuem suas chances de sofrer derrame.

Além de uma alimentação saudável, Papalia e Olds (2000) fazem referência a alguns estudos que tratam da importância do exercício físico para a saúde, apontando, como benefícios, a manutenção do peso corporal desejável; o fortalecimento do coração e dos pulmões; a diminuição da pressão arterial; a proteção contra ataques do coração, derrames, diabetes, câncer e osteoporose; e o alívio da ansiedade e da depressão.

De acordo com essas autoras, a atividade física é fundamental na meia-idade, já que, nessa fase, ocorre perda da massa muscular, que é substituída por gordura. O exercício físico aumenta a massa muscular, proporcionando mais vigor, saúde e resiliência para essas pessoas, quando atingirem os 60 anos.

A prática de exercício físico tem se mostrado eficiente para reduzir a incidência de doenças graves e as taxas de óbito provenientes destas. Outra vantagem da atividade física é a melhora do funcionamento cognitivo nas pessoas de meia-idade, devido à melhor circulação sanguínea no cérebro (Stones & Kozma, 1996 apud Berger, 2003).

Associado a um estilo de vida saudável, há necessidade de evitar comportamentos considerados de risco para a saúde, como, por exemplo, fumar e ingerir bebidas alcoólicas.

O hábito de fumar é o principal fator de risco para as doenças do coração e dos vasos sanguíneos, como também para o câncer e doenças pulmonares irreversíveis (Ministério da Saúde, 2001). A elevação da pressão arterial ocorre com muita facilidade nos fumantes, já que fumar provoca a contração dos vasos sanguíneos com redução do suprimento de oxigênio, o que sobrecarrega o coração e eleva a pressão arterial, podendo trazer trágicas consequências cardiovasculares (AHA, 1995 apud Papalia & Olds, 2000).

O fumo aparece relacionado entre as causas de várias doenças, como derrames, doenças cardíacas, além de câncer de rins, pulmão, boca, bexiga e pneumonia. Berger (2003) relata um estudo realizado por You et al (1999), o qual revela que pessoas, na fase adulta

intermediária e na velhice, cujo cônjuge fuma, têm duas vezes mais chances de sofrer um derrame.

Outro grande vilão para a saúde é o álcool. Seu consumo exagerado, por longo tempo, pode provocar doenças hepáticas, danos ao sistema nervoso central, psicose, derrame, parada cardíaca, certos tipos de câncer, problemas gastrintestinais e outros problemas de saúde (AHA, 1995 apud Papalia & Olds, 2000). Segundo Berger (2003), as pessoas, por volta dos 40 anos, são mais propensas ao abuso crônico de álcool e à dependência.

Todos esses comportamentos de risco podem ser tratados ou evitados com mudanças nos hábitos e estilos de vida das pessoas. De acordo com Kerbaux (2002), o fato mais importante que aconteceu nos últimos tempos foi o conceito de fator de risco e qualidade de vida, que tirou o indivíduo de uma situação passiva diante das doenças e o colocou como responsável pela sua saúde e pela sua interação com os fatores ambientais.

Dessa forma, para que ocorra um envelhecimento saudável, parece ser fundamental promover alterações de comportamentos de risco ou evitar a sua adoção. Uma das formas de se conseguir esse intento é por meio das campanhas de promoção de saúde, que usam como ferramenta os programas de educação para saúde.

Nesse contexto de promoção de saúde, uma área da Psicologia que se encontra em pleno desenvolvimento e evolução é a Psicologia da Saúde, por ter um enfoque mais ligado aos aspectos físicos da saúde e da doença e por compreender o comportamento no contexto da saúde e da doença, auxiliando a identificar as variáveis que influem nos programas de intervenção (Kerbaux, 2002).

VI. Psicologia da Saúde: uma nova forma de olhar a saúde e a doença

A Psicologia da Saúde constitui uma área em ampla expansão dentro da Psicologia por situar as questões de saúde na interface entre o social e o individual, configurando-se como uma especialização da Psicologia Social (Spink, 1992).

A definição mais utilizada para a Psicologia da Saúde foi proposta por Matarazzo em 1980:

Psicologia da Saúde é o conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia, utilizadas para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, identificação da etiologia e diagnóstico (de problemas) relacionados à saúde, doenças e disfunções, para a análise do sistema de atenção à saúde e formação de políticas de saúde. (p.815 apud Miyazaki, Domingos & Caballo 2001).

De acordo com Marks (2002), a Psicologia da Saúde pode ser dividida em quatro grandes enfoques: Psicologia da Saúde Clínica, Psicologia da Saúde Pública, Psicologia da Saúde Comunitária e Psicologia da Saúde Crítica. O que as diferencia as três primeiras são basicamente os locais de aplicação de conhecimentos e a forma de abordar os temas relacionados com a saúde. Já a Psicologia da Saúde Crítica aponta para uma visão crítica dos fenômenos e processos envolvidos nos sistemas de atenção à saúde e nos próprios comportamentos de saúde, enfatizando, inclusive, um posicionamento ativo e crítico do profissional de saúde.

A Psicologia, na saúde pública, pode contribuir para reduzir a morbidade e a mortalidade populacional; para repensar o trabalho aplicado na saúde e re-examinar as necessidades práticas e pedagógicas no campo multi e interdisciplinar; para auxiliar na adoção e/ou na mudança de estilo de vida dos indivíduos por meio da integração metodológica, teórica e prática da Psicologia (Hepworth, 2004).

De acordo com Angerami-Camon (2002), a ênfase na prevenção e promoção de saúde é característica essencial da Psicologia da Saúde. Seus limites de atuação são amplos, envolvendo os três níveis de atendimento: primário, secundário e terciário, estendendo-se para o campo social do paciente.

Por prevenção primária entende-se a prevenção da doença antes de sua ocorrência. Nesse estágio, a remoção dos fatores de risco é fundamental para evitar o surgimento da doença. A prevenção secundária refere-se à detecção e ao tratamento nos estágios iniciais da doença, ou seja, nessa etapa, o principal objetivo é evitar o aparecimento de complicações e retardar a progressão do quadro clínico. Já a prevenção no nível terciário tem por finalidade reduzir as complicações agudas e crônicas das doenças e evitar mortes prematuras (Resnick, 2000; Brasil, 2001).

Segundo Resnick (2000), o propósito da promoção da saúde e da prevenção de doenças é reduzir a mortalidade prematura e elevar a qualidade de vida nos últimos anos da existência. Como as pessoas estão vivendo por mais tempo, as atividades de promoção de saúde são de fundamental importância, porque os indivíduos terão mais anos de benefícios com serviços preventivos.

VII. Promoção da saúde e Educação para a saúde

Green e Kreuter (1999 apud Kok, Schaalma, Ruiter, Brug & Van Empelen, 2004) definem a promoção de saúde como sendo a combinação de suporte educacional e ambiental para ações e condições de vida que levem à saúde. O suporte ambiental refere-se às questões sociais, familiares, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras do comportamento humano, além das políticas de ação voltadas à saúde. O suporte educacional refere-se à educação para saúde, que é uma ferramenta, um meio de ação que leva à promoção da saúde.

A educação para saúde tem sido definida de maneiras diferentes por diversos profissionais, dependendo do modelo de intervenção adotado. O modelo biomédico, cujo enfoque está mais voltado para doença do que para a saúde, define a educação para saúde como “um campo de práticas que se dão no nível das relações sociais estabelecidas pelos profissionais de saúde entre si, com a instituição e com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades” (L’abbate, 1994, p. 482).

De acordo com Veiga Jardim (2001 apud Silva Junior et al, 2003), existem várias técnicas de educação para a saúde, como as técnicas de comunicação em massa, de atuação individual ou coletiva.

Nesse sentido, o conceito de educação para a saúde parece sofrer um certo reducionismo, sendo tratada mais como técnicas e/ou práticas de comunicação desenvolvidas pelos profissionais para os pacientes. Todavia, é preciso uma certa cautela para com esse modelo, pois os estudos, como o de Cabrera-Pivaral, González-Pérez, Veja-Lopez e Arias-Merino (2004), demonstram que somente as técnicas de informação utilizadas no modelo de educação tradicional não são suficientes para promover a mudança de comportamento, já que o educando é tratado como um objeto passivo, num tipo de relação autoritária e verticalizada.

Schwarzer e Renner (2000) criticam as estratégias de comunicação empregadas nas campanhas de saúde para mobilizar as pessoas a adotarem hábitos saudáveis, afirmando que não têm funcionado porque enfocam o medo das pessoas, tentando fazê-las perceber o quanto podem ser prejudicadas com a doença, e, com isso pretendendo que haja uma mudança de comportamento.

Os autores Green e Kreuter (1991 apud Candeias, 1997) definem educação para a saúde como sendo uma combinação de múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas, sistematicamente planejadas, com o objetivo de facilitar, reforçar e possibilitar a compreensão e a aceitação dos objetivos implícitos e explícitos das ações

desenvolvidas e recomendadas, para que uma pessoa, grupo ou comunidade adote medidas comportamentais que conduzam à saúde.

Essa definição mostra estreita relação com os conceitos da Psicologia da Saúde, a qual considera a saúde como um sistema de inter-relação de diversas variáveis psicológicas, culturais, sociais e entende como atuação profissional a capacidade de considerar todos esses fatores, para proporcionar uma atenção específica à população atendida (Baptista, Baptista & Dias, 2003).

O Ministério da Saúde afirma que “a educação para a saúde constitui um direito e dever do paciente e também um dever dos responsáveis pela promoção da saúde” (Brasil, 2001, p. 51).

A partir dessa concepção, o Governo Federal, através do Ministério da Saúde, desenvolve programas de promoção de saúde para a comunidade, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas. Um desses programas é o Programa de Saúde da Família (PSF), criado, em 1994, pelo Ministério da Saúde.

VIII. Programa de Saúde da Família⁷

O Programa de Saúde da Família (PSF) está inserido no primeiro nível de ações e serviços de assistência, denominado atenção básica. Tem como estratégia as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (equipe de saúde), sendo eles médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Dessa forma, a população acompanhada cria vínculos de coresponsabilidade com os profissionais, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

⁷ Todas as informações sobre o PSF foram pesquisados no site do Ministério da Saúde, no endereço eletrônico <http://portal.saude.gov.br/saude> acessado em 21/04/2005.

Cada equipe é capacitada para conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende esteja exposta; além de desenvolver ações educativas para enfrentar os problemas de saúde identificados.

As ações educativas desenvolvidas pelo PSF constituem parte essencial no tratamento da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*, sendo uma das principais estratégias utilizada pelo Ministério da Saúde para a promoção da saúde e a prevenção das doenças crônicas. O principal objetivo do programa de educação para saúde é “atuar fortemente sobre a necessidade de mudança de estilo de vida, que predispõem o surgimento e agravamento dessas doenças: sedentarismo, tabagismo, obesidade e alcoolismo” (Brasil, 2001, p. 36).

Nesses programas educacionais para pacientes diabéticos e hipertensos, as ações determinadas pelo Ministério da Saúde aos profissionais encarregados abrangem os seguintes pontos (Brasil, 2001, p. 45):

- a. Informar sobre as conseqüências do DM e HAS não tratados ou mal controlados;
- b. Reforçar a importância da alimentação para o tratamento;
- c. Esclarecer sobre crendices, mitos, tabus e alternativas populares de tratamento;
- d. Desfazer temores, inseguranças e ansiedade dos pacientes;
- e. Enfatizar os benefícios da atividade física;
- f. Orientar sobre hábitos saudáveis de vida;
- g. Ressaltar os benefícios da automonitorização, insistindo no uso de técnicas adequadas e possíveis;
- h. Ensinar como o paciente e sua família podem prevenir, detectar e tratar as complicações agudas em casa, até chegar a um posto ou hospital mais próximo;

- i. Ensinar claramente ao paciente a detectar sintomas e sinais de complicações crônicas, principalmente nos pés;
- j. Ressaltar a importância dos fatores de risco cardiovasculares; e
- k. Incentivar o paciente a se tornar mais auto-suficiente no seu controle.

As reuniões de educação em saúde são diretamente influenciadas pelas propostas entendidas e pelas crenças da equipe de saúde. Dessa forma, entender como os profissionais responsáveis e equipe de saúde avaliam a importância do PSF para as pessoas com doenças crônicas e o que, na opinião deles, leva os participantes à adesão aos comportamentos recomendados pelo Ministério da Saúde, parece ser relevante, já que isso pode determinar o funcionamento das palestras ministradas.

Alguns dos temas abordados pelos profissionais da saúde (particularmente médicos e enfermeiros), em suas ações educativas, constituem um desafio para muitos deles, uma vez que algumas metas a serem alcançadas pelos pacientes exigem desses profissionais habilidades e experiências que, nem sempre, fazem parte de seu repertório de conhecimentos e nem de sua área de atuação. Para se tratar de muitas dessas metas, é necessária uma abordagem multi e interdisciplinar.

Nesse contexto de intercâmbio profissional, a Psicologia, com suas teorias sociais e comportamentais, pode contribuir para otimizar esse processo de mudança de comportamento visando à promoção de saúde, por meio da compreensão das variáveis psicológicas ligadas à alteração de hábitos e à adesão aos comportamentos de saúde.

Estudos como o de Kurita e Pimenta (2003) indicam que a adesão ao tratamento depende mais de características pessoais do que de fatores externos. Esses autores afirmam que conhecer os fatores (variáveis psicológicas) envolvidos na adesão ao tratamento permite testar intervenções que melhorem a adesão e, talvez, melhore o controle da doença.

Existem várias teorias das ciências sociais que trabalham aspectos cognitivos relacionados com a mudança de comportamento em saúde, sendo elas: o Modelo de Crenças em Saúde, criado por Hochbaum, Leventhal, Kegeles e Rosenstock, e publicado por este último em 1966 (Dela Coleta, 2004); o Locus de Controle aplicado à Saúde derivado da Teoria Aprendizado Social, de Rotter de 1954; a Teoria da Ação Racional e Comportamento Planejado, criada por Ajzen e Fishbein em 1975; a Teoria de Seligman do Desamparo Aprendido, de 1975; a Teoria da Atribuição de Causalidade, desenvolvida por Weiner em 1985 (Holloway & Watson, 2002); a HAPA (Health Action Process Approach) de Schwarzer, 1992 (Schwarzer & Renner, 2000) e a Teoria Social Cognitiva de Bandura (1977, 1997, 2004), cuja principal variável são as crenças de auto-eficácia.

A auto-eficácia tem merecido a atenção de profissionais da saúde, como Bandura (1977, 1997, 2004); Berry e West (1993); Schwarzer (1999); Souza, Monteiro da Silva e Galvão (2002); Sirois (2004), entre outros, para o entendimento dos processos relacionados com a motivação dos indivíduos para mudar os hábitos nocivos à saúde e adotar os comportamentos saudáveis.

I. Auto-eficácia e processos cognitivos

Bandura (1977) define a auto-eficácia (AE) como sendo a crença que o indivíduo tem na sua capacidade para desempenhar um comportamento específico, ou realizar tarefas futuras. Mais tarde, em 1997, o autor amplia esse conceito e afirma que as crenças de auto-eficácia são as crenças que as pessoas têm em sua capacidade de organizar e executar cursos de ação necessários para alcançar determinados resultados.

Para esse autor, a expectativa de AE pessoal determina se o comportamento de enfrentamento será iniciado, quanto esforço será empreendido e por quanto tempo esse comportamento será mantido diante de obstáculos e experiências aversivas.

A auto-eficácia foi criada no contexto das teorias de base cognitiva, as quais afirmam ser os processos cognitivos mediadores da mudança e os eventos cognitivos serem induzidos e alterados, mais facilmente, pela experiência de domínio do desempenho efetivo. Essas teorias explicam o comportamento em termos de processamento central de fontes de informação direta, vicária e simbólica. Sendo assim, esses processos têm um papel proeminente na aquisição e manutenção dos novos padrões de comportamento (Bandura, 1977).

Para Bandura (1977), o comportamento humano é desenvolvido por meio da modelagem, pela observação de outros, forma-se uma concepção simbólica de como o novo padrão de comportamento é desempenhado, e, em ocasiões posteriores essa construção simbólica, serve como guia para a ação.

Para o autor, a influência do pensamento e das crenças sobre a programação do reforçamento pode exercer maior influência no comportamento do que o próprio reforçamento. Ou seja, um comportamento com reforçamento positivo não aumenta sua

frequência, se o indivíduo acreditar que esse mesmo comportamento não será reforçado no futuro.

Diante de todas essas considerações, os estudiosos cognitivistas acreditam que a motivação é originada em atividades cognitivas, e seu interesse primário é a ativação e a persistência do comportamento. A motivação opera também por meio da influência de objetivos estabelecidos e reações auto-avaliativas. A capacidade de representar conseqüências futuras em pensamentos fornece uma fonte de motivação de base cognitiva.

Na teoria sócio-cognitiva, são dois os sistemas que regulam o comportamento: o consentimento social e o auto-consentimento. As normas sociais influenciam o comportamento antecipadamente mediante as conseqüências sociais fornecidas. Os comportamentos que violam as normas sociais trazem censura social ou outras conseqüências punitivas, por outro lado, os comportamentos socialmente valorizados são aprovados e recompensados. Todavia as pessoas não agem somente com base nos consentimentos sociais, ao invés disso, elas adotam certos padrões de comportamentos e regulam suas ações antecipadamente por meio de conseqüências auto-avaliativas que elas criam para si mesmas. Elas se comportam em meios os quais dão auto-satisfação e se privam de comportamentos que violam seus padrões por provocarem auto-censura (Bandura, 1977).

Dessa forma, a auto-motivação envolve padrões com os quais se pode avaliar o desempenho. Isso acontece por meio de reações de auto-recompensa condicionais, em que o indivíduo, para alcançar um certo nível de comportamento, cria auto-induções para persistir em seus esforços até que seus desempenhos se igualem aos padrões auto-prescritos. A discrepância negativa percebida entre o desempenho e o padrão estabelecido gera insatisfação que motiva mudanças corretivas no comportamento. Tanto as satisfações antecipadas dos melhoramentos desejados como as avaliações negativas do desempenho produzem incentivos para ação (Bandura, 1977).

De acordo com Bandura (1977), a força das convicções das pessoas, em sua própria efetividade, poderá afetar se elas irão tentar enfrentar as situações dadas. Sendo assim, a auto-eficácia percebida influencia a escolha do ambiente comportamental, por exemplo, as pessoas sentem e tendem evitar situações ameaçadoras que elas acreditam exceder suas habilidade de enfrentamento, mas elas se envolvem em atividades e se comportam confiantemente quando elas se julgam capazes de controlar as situações. A auto-eficácia não só pode ter influência direta na escolha de atividades e ambientes, mas, por meio de expectativas de sucessos eventuais, ela pode afetar os esforços de enfrentamento uma vez iniciados. Quanto mais a auto-eficácia percebida mais ativos são os esforços.

Bandura (1977, 1997) afirma que, com as habilidades apropriadas e com os incentivos adequados, as expectativas de eficácia são o maior determinante para as escolhas das atividades, para determinar quanto esforço será dispendido e por quanto tempo esses esforços serão sustentados em contato com situações estressantes.

As crenças de auto-eficácia originam-se e alteram-se mediante quatro fontes: experiência de domínio (êxito); experiência vicária; persuasão social e excitação emocional. Bandura (1977, 1997) afirma que as experiências de êxito são as mais influentes, já que o próprio indivíduo experimenta sucessos consecutivos, realizando determinada tarefa, tornando-se confiante em seu desempenho para essa atividade específica. Uma vez estabelecida e aumentada, a AE tende a generalizar-se para outras situações semelhantes àquelas em que a AE foi restaurada.

As capacidades comportamentais também podem ser restauradas por meio da modelação (experiência vicária). Ver os outros desempenhar atividades ameaçadoras sem conseqüências adversas pode gerar expectativas, nos observadores, de que eles também melhorarão se intensificarem e persistirem em seus esforços. Dessa maneira, quando são mostrados os ganhos alcançados pelo comportamento de enfrentamento com esforço,

minimiza-se, para os observadores, o impacto negativo da angústia temporária e demonstra-se que mesmo o mais ansioso pode alcançar sucesso por meio da perseverança. Da mesma forma, se se observarem fracassos nesses modelos, julgar-se-á também incapaz (Bandura, 1977; 1997).

Outra fonte descrita pelo autor é a persuasão social, a qual pode desenvolver a auto-eficácia por meio do comunicado, feito por outra pessoa ao sujeito, de que ele tem capacidades para atingir o que procura. Esse tipo de influência só tem poder se houver comprovação dos fatos ou se a fonte da persuasão tiver credibilidade para ele (Bandura, 1977; 1997).

Os estados fisiológicos são outra fonte de informação apontada pelo autor, eles também informam sobre as capacidades do indivíduo, pois, dependendo de como ele se sente frente a uma determinada situação, fará um julgamento de suas habilidades. A alta excitação, usualmente, debilita o desempenho, sendo assim, os indivíduos são mais aptos a esperar sucesso quando eles não estão assediados por excitações aversivas do que se eles estão tensos e visceralmente agitados (Bandura, 1997).

Diante das explicações do autor, essas fontes de origem e alteração das crenças de AE são avaliações cognitivas feitas pelos indivíduos sobre o controle exercido por si mesmo e/ou pelos outros (modelos) nas situações do ambiente. De acordo com Bandura (1977), o controle comportamental permite ao indivíduo lidar com aspectos aversivos e afeta como o ambiente é percebido por ele. Situações de estresse, que podem ser controladas, são interpretadas como menos ameaçadoras, e essa avaliação cognitiva reduz a excitação antecipatória e dirige a motivação para a ação. O impacto da informação na expectativa de eficácia irá depender de como essa informação é avaliada cognitivamente. As circunstâncias sociais, situacionais e temporais sobre a ocorrência dos eventos entrarão em tal avaliação.

A teoria sócio-cognitiva de Bandura descreve um conjunto central de determinantes da saúde, o mecanismo por meio do qual ele trabalha e a forma de traduzir esse conhecimento em práticas de saúde. Esse núcleo de determinantes inclui os conhecimentos dos riscos e benefícios das diferentes práticas de saúde; auto-eficácia percebida, crença de que pode exercer controle sobre os hábitos de saúde; expectativas de resultados sobre custos e benefícios para evitar comportamentos de risco; os objetivos de saúde das pessoas e os planos concretos e estratégias para realizá-los; além dos facilitadores e impedimentos sociais e estruturais percebidos para mudar o que almejam (Bandura, 2004).

Nesse sentido, a auto-eficácia está incluída no modelo da teoria sócio-cognitiva como o determinante central da adesão em comportamentos de saúde. Bandura (2004) afirma que as crenças de auto-eficácia influenciam, direta e indiretamente, os comportamentos de saúde; formam os objetivos e aspirações das pessoas; modelam os resultados que esperam obter com seus comportamentos e os seus esforços para produzi-los. As crenças determinam também como os obstáculos e impedimentos serão vistos. O autor exemplifica, afirmando que pessoas com baixa auto-eficácia desistem de tentar e são facilmente convencidas da inutilidade de seus esforços para superar obstáculos. Em contrapartida, os indivíduos com alto senso de auto-eficácia vêem os impedimentos como superáveis, aumentando suas habilidades de auto-manejamento e esforço permanente.

De acordo com Bandura (2004), conhecer os riscos e benefícios da saúde cria a pré-condição para a mudança. Se faltar conhecimento para as pessoas sobre como seus hábitos de vida influenciam sua saúde, elas terão poucas razões para mudar seus comportamentos. Para que ocorra a alteração e/ou manutenção dos hábitos de saúde, mesmo diante de impedimentos, é necessário uma auto-influência adicional (como por exemplo, “eu posso fazer”). É aqui que a auto-eficácia desempenha o papel nuclear na mudança pessoal, funcionando como fonte de motivação e ação no ser humano.

As expectativas de resultado também afetam os comportamentos de saúde de várias formas, por meio dos resultados físicos, sociais e de auto-avaliação. Os primeiros incluem os efeitos prazerosos e aversivos do comportamento, além das perdas materiais e benefícios que acompanham a mudança. Os resultados sociais são produzidos pela aprovação e desaprovação social que o comportamento produz. A última classe de resultados configura-se pelas reações auto-avaliativas positivas e negativas para os comportamentos e status de saúde. Dessa forma, de acordo com a teoria social cognitiva, as pessoas adotam ou modificam comportamentos de saúde a partir da auto-satisfação e do valor atribuído a eles (Bandura, 2004).

Seguindo esse parâmetro, o referido autor afirma que a motivação é aumentada se as pessoas forem ajudadas a ver que as mudanças de hábitos são de seu próprio interesse e ampliando o valor dos objetivos que são altamente valorizados por elas. Sendo assim, objetivos de curto prazo, que são mais prováveis de ser alcançados, ajudam as pessoas a ter sucesso por meio de esforços registrados e ações guiadas no presente. Todavia os objetivos de longo prazo determinam o curso da mudança, mas são mais vulneráveis devido aos percalços que podem ocorrer e às dificuldades para controlar o comportamento em curso.

II. Auto-eficácia percebida e o manejo de condições crônicas

De acordo com Toshima, Kaplan e Ries (1992), o conceito de auto-eficácia tem recebido substancial suporte empírico sobre seu papel explanatório no processo de mudança de hábitos de saúde, na manutenção do tratamento prescrito e no manejo das consequências das doenças crônicas. As auto-crenças das pessoas em suas capacidades permitem que elas exerçam controle sobre os eventos que afetam suas vidas e a como essas crenças se traduzem em realização e motivação (Berry & West, 1993). As crenças de auto-eficácia são elementos-chave da agência humana, uma vez que são fortes preditores do nível de realizações que os

indivíduos atingem e têm forte impacto no pensamento, no afeto, na motivação e na ação (Bandura, 1993).

O senso de eficácia pessoal não apenas facilita o auto-gerenciamento de desordens físicas, mas também diminui seus efeitos emocionais. Quando afetados pela severidade e pela cronicidade das doenças, os indivíduos com alta eficácia percebida são menos estressados e menos deprimidos pelas suas condições e usam melhores estratégias de enfrentamento do que aqueles com baixa auto-eficácia (Bandura, 2004).

A auto-eficácia percebida influencia o que as pessoas escolhem fazer, sua motivação, sua perseverança frente a dificuldades, sua vulnerabilidade ao stress e à depressão. Influenciam na situação de presença de doenças crônicas, inclusive no nível de benefício que os indivíduos recebem das intervenções terapêuticas. Assim, a auto-eficácia percebida provê um mecanismo de ligação entre fatores psicossociais e o status funcional. Altos níveis de auto-eficácia para o enfrentamento das conseqüências das doenças crônicas estão associados com a melhora nos sintomas, no melhor bem-estar físico e emocional e no aumento das atividades sociais. Assim, a auto-eficácia percebida é uma pré-condição essencial para o manejo apropriado da doença crônica (Holman e Lorig, 1992).

Considerando que a doença crônica não pode ser curada, ela precisa ser administrada ao longo do tempo. Então, o objetivo é retardar a instalação da incapacidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas afetadas por elas. Programas de auto-gerenciamento baseados no modelo de auto-eficácia melhoram a qualidade da saúde e reduzem a necessidade de serviços médicos (Bandura, 2004). Lorig, Stewart, Sobel, Brown, Bandura, et al (2001) relataram que os resultados de um programa de auto-gerenciamento de doenças crônicas para pessoas acima de 40 anos, mostraram uma redução significativa no distress, um aumento na eficácia percebida associada ao menor uso dos serviços de saúde. Apesar de a incapacidade

física ter piorado, os participantes mantiveram ou melhoraram todos os outros aspectos do seu status de saúde, e suas atividades e papéis sociais não declinaram.

Muitos tipos de práticas de auto-gerenciamento são benéficas, e a auto-eficácia percebida para executar tais práticas e para manejar as conseqüências da doença melhoram grandemente os resultados positivos para a saúde. Auto-gerenciamento significa ter ou estar preparado para obter as habilidades e recursos necessários para melhor acomodar a doença crônica e suas conseqüências (Holman e Lorig, 1992).

Segundo Lorig et al (2001), com relação às doenças crônicas, grandes avanços acontecem no cuidado médico e cirúrgico, mas pouco é feito para permitir ao paciente manejar sua doença ao longo do tempo. Os pacientes têm de enfrentar o desconforto e a incapacidade, têm de seguir o tratamento regularmente, têm de modificar comportamentos para minimizar as conseqüências indesejáveis, têm de ajustar sua vida social e do trabalho às suas limitações funcionais e ainda têm de lidar com as conseqüências emocionais.

Para que as pessoas sejam capazes de controlar sua doença em ações preventivas, é preciso conhecimento sobre como regular seus comportamentos e firmar suas crenças em sua eficácia pessoal. Então, é necessário uma mudança enfática, ao invés de assustar as pessoas, tentar equipá-las com ferramentas necessárias para exercer controle pessoal sobre seus hábitos de saúde. Intervenções designadas para levar as pessoas a alterar seus hábitos de saúde devem ser personalizadas de acordo com seu nível de eficácia pessoal. Pessoas menos eficazes precisam de um programa de auto-monitoramento guiado para alcançar gradualmente a experiência de maestria no exercício do controle pessoal. Já as pessoas com maior eficácia pessoal percebida necessitam de medidas menos intensivas para mudar seus estilos de vida (Bandura, 1997).

Diante das considerações do autor da teoria, a auto-eficácia não é estática, mas construída pelo indivíduo por meio de suas interações sociais. Sendo assim, torna-se relevante

que os profissionais de saúde, principalmente aqueles ligados aos sistemas públicos de saúde, desenvolvam técnicas de intervenção apropriadas para os indivíduos e para as comunidades de modo geral, tendo o conhecimento prévio sobre as suas crenças de auto-eficácia (Bandura, 2004).

Diante de todas as considerações acima, a auto-eficácia parece ter um papel fundamental no entendimento de como as pessoas acreditam poder controlar seus comportamentos e se engajar em hábitos de vida mais saudáveis.

Estratégias interventivas adequadas, baseadas nas crenças que os indivíduos têm sobre suas capacidades, tornar-se-ão mais eficazes para promover a mudança de estilos de vida, e podem motivá-los a empreender esforços e serem persistentes perante os obstáculos e impedimentos encontrados.

Parece ser de fundamental importância, para a Psicologia da Saúde e para todos os profissionais da saúde, compreender as relações entre as crenças de auto-eficácia e a adesão dos pacientes no que diz respeito aos comportamentos de saúde indicados pelos programas de saúde pública, para que as intervenções possam ser mais eficientes.

Como mencionado anteriormente, também é relevante entender como os profissionais responsáveis e equipe de saúde avaliam a importância do PSF para as pessoas portadoras de doenças crônicas e o que, na opinião deles, leva os participantes à adesão aos comportamentos recomendados pelo Ministério da Saúde, já que isto pode ter influência direta no funcionamento das palestras em saúde.

Objetivos

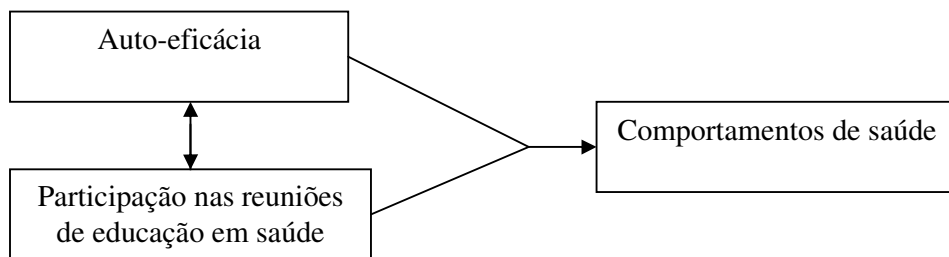
Sendo assim, os objetivos deste estudo, quanto aos sujeitos pacientes, são:

- a. Investigar a adesão dos participantes aos comportamentos de saúde (prática de alimentação saudável, a prática de atividade física, a interrupção do tabagismo e a diminuição do consumo de álcool).
- b. Verificar o senso de auto-eficácia para a prática de alimentação saudável, a prática de atividade física, a interrupção do tabagismo e a diminuição do consumo de álcool.
- c. Verificar a relação entre senso de auto-eficácia e adesão a esses comportamentos de saúde nos participantes.
- d. Investigar a relação entre os determinantes da saúde, como percepção de risco, benefícios, crença na capacidade para realizar determinado comportamento, crença na capacidade para manutenção deste comportamento e adesão aos comportamentos;
- e. Verificar a relação entre o senso de auto-eficácia dos comportamentos de saúde e participação nas reuniões de educação para saúde;
- f. Investigar a relação entre participação nas reuniões de educação para saúde e adesão a comportamentos de saúde.

Os objetivos em relação à equipe de saúde são:

- a. Investigar a percepção dos profissionais de saúde sobre o programa de educação para saúde;
- b. Levantar a opinião dos profissionais de saúde sobre o que leva à adesão dos pacientes aos comportamentos de saúde.

O modelo operacional que se pretende verificar é o seguinte:



MÉTODO

I. Participantes

Com relação aos sujeitos-pacientes, esta pesquisa foi realizada com uma amostra de conveniência retirada do universo de pacientes cadastrados nos PSFs de Tupaciguara-MG. Os critérios de inclusão para a participação na pesquisa foram: ter diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes *mellitus*, ter idade entre 40 e 60 anos.

Os participantes deste estudo foram 100 indivíduos, sendo 72 mulheres e 28 homens, com idade média de 52,44 anos (DP=5,8). A maioria (63%) frequentou a escola por menos de 4 anos, 21% estudaram entre 4 e 8 anos, 11% nunca foram a escola, 2% estudaram entre 8 e 10 anos e 3% frequentaram a escola por mais de 10 anos.

Quanto à equipe de saúde, participaram voluntariamente 21 membros das duas equipes, entre agentes de saúde, técnicos de enfermagem e enfermeiros. Odontólogos, técnicos em odontologia e médicos não quiseram participar.

II. Instrumentos

A construção dos dados deste estudo foi feita por meio dos seguintes instrumentos:

a) Ficha Sócio-Demográfica

Esta ficha foi utilizada para investigar as características sócio-demográficas dos participantes, como idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação. Um modelo dessa ficha pode ser visto no Apêndice I.

b) Questionário sobre a doença e os comportamentos de saúde

Este questionário teve como objetivo investigar aspectos relacionados com a doença diagnosticada, tratamento e comportamentos de saúde como: tempo de diagnóstico da doença;

profissional que diagnosticou a doença; antecedentes familiares; ingestão de medicação; tempo de uso de medicamento; quantidade de remédio administrada; acompanhamento da doença com o profissional de saúde; alimentação adequada; prática de atividade física, hábito de fumar; consumo de álcool bem como participação nas palestras de educação para saúde. Há um modelo do questionário no Apêndice II.

As questões desse instrumento referem-se a comportamentos comuns aos dois tipos de doença, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus*, já que o próprio Ministério da Saúde propõe uma abordagem conjunta destas, justificando que as duas patologias apresentam características comuns, como fatores de risco, necessidade permanente de controle, cronicidade, entre outros (Ministério da Saúde, 2001). Sendo assim, não fizeram parte do questionário perguntas sobre comportamentos específicos, como consumo de sal pelos hipertensos e ingestão de açúcar pelos diabéticos.

c) Questionário de Auto-Eficácia

Este instrumento é uma forma modificada do questionário de auto-eficácia desenvolvido por Monteiro da Silva (2004) para avaliar aspectos cognitivos, relacionados com a mudança de comportamentos prejudiciais à saúde e/ou com a adoção de comportamentos que promovam a saúde: a) percepção de risco; b) benefícios percebidos; c) expectativa de auto-eficácia para realizar o comportamento adequado; d) expectativa de auto-eficácia para manter o comportamento em situações adversas. A autora do questionário utilizou itens únicos para avaliar cada aspecto cognitivo.

O questionário desenvolvido para o presente estudo (ver Apêndice III) é caracterizado por: uma questão que avalia a percepção de risco de complicações como infarto/derrame (questão um); e questões que avaliam os demais aspectos cognitivos, citados anteriormente, para cada comportamento investigado, quais sejam: alimentação saudável (questões dois, três

e quatro); prática de atividade física (questões cinco, seis e sete); hábito de fumar (questões oito, nove e 10) e consumo de bebidas alcoólicas (questões 11, 12 e 13).

Cada questão é seguida por uma reta de 10 centímetros, em cujas extremidades são colocados substantivos ou adjetivos acompanhados de advérbios de intensidade, como pouco e muito. O participante deve colocar um “X” em algum ponto da reta, indicando sua percepção a respeito dos aspectos cognitivos investigados neste estudo.

d) Questionário para a equipe de saúde (Apêndice IV)

Este questionário apresenta 11 questões abertas, referentes ao trabalho realizado em equipe pelos profissionais de saúde das unidades do PSF pesquisadas, ao programa de educação para saúde, como a importância da educação para saúde, aos recursos utilizados pela equipe para efetivar o trabalho, e uma questão fechada sobre o profissional que coordena as reuniões de educação para saúde. Além dessas, há duas questões fechadas referentes à função e à unidade de trabalho do respondente.

III. Procedimentos

a) Para coleta de dados

Quanto aos sujeitos pacientes:

Após aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Uberlândia (Apêndice V), a autora do presente trabalho fez uma seleção dos participantes por meio de listas entregues pelas enfermeiras responsáveis nas duas unidades do PSF, aplicando os critérios de inclusão na pesquisa.

Em seguida, foi feito contato com os pacientes, em sua própria residência, para esclarecimentos e convite para participar da pesquisa. Quando a pessoa concordava em participar e estava disponível, a coleta da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver Apêndice VI) era feita de forma imediata e iniciava-se a aplicação dos

instrumentos. Quando a pessoa não estava disponível, era agendado um horário específico e, então, a pesquisadora retornava ao local para coletar a assinatura e aplicar os instrumentos.

Foi explicado aos participantes o objetivo do estudo, o formato dos instrumentos e como seriam aplicados. Enfatizou-se o caráter voluntário da participação, o respeito ao anonimato dos indivíduos e a possibilidade de divulgação dos resultados do trabalho em publicações escritas e/ou apresentações orais.

A aplicação dos instrumentos foi realizada de forma individual na sequência em que foram apresentados acima. O tempo para aplicação foi de aproximadamente vinte minutos, variando de acordo com as características de cada paciente.

Quanto aos profissionais de saúde:

O esclarecimento e o convite para participar da pesquisa foram feitos coletivamente com horário marcado pela pesquisadora juntamente com a enfermeira-chefe de cada unidade do PSF, horário este destinado a reuniões e previamente combinado entre os membros da equipe. Após a coleta de assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice VII), o questionário foi aplicado individual ou coletivamente.

b) Para análise dos dados

Para os instrumentos aplicados nos *sujeitos pacientes*, foram feitas análises estatísticas descritivas, correlações e análises multivariadas dos dados, utilizando regressão múltipla padrão e regressão logística, o que permite uma análise estatística de predição, além de simples correlações entre os dados.

As respostas dos *profissionais de saúde* foram analisadas a partir de categorias criadas com base em estudos sobre o PSF e a educação para a saúde. As questões do instrumento foram distribuídas nas seguintes categorias:

A - Importância do PSF para os pacientes de acordo com a percepção dos membros da equipe (questão 4).

A1 – Como é realizado o trabalho pela equipe (questões 3, 6, 7, 8, 9, 10);

A2 – Como deveria ser realizado o trabalho (questões 5, 14).

B – O que leva à adesão dos pacientes aos comportamentos de saúde, segundo a equipe (questão 13).

B1 – Percepção de adesão ao tratamento e aos hábitos de saúde dos pacientes pelos membros da equipe (questões 11, 12).

Foram tomadas medidas de consistência interna do instrumento da auto-eficácia mediante o coeficiente alfa de Cronbach, considerando-se que valores de alfa acima de 0,70 indicam alta consistência interna. O valor encontrado para o coeficiente alfa de Cronbach foi ($\alpha=0,6346$), o que demonstra que o questionário de AE, para se tornar uma escala com consistência interna aceitável, precisa de alguns ajustes.

Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo, foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas e medidas de posição e dispersão – média, desvio-padrão. Para analisar a correlação entre variáveis contínuas e categóricas, foram utilizados, respectivamente, os coeficientes de correlação de Pearson e o de Spearman. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p<0,05$).

As variáveis contínuas deste estudo são: auto-eficácia para alimentação; adesão à prática de uma alimentação saudável; auto-eficácia para prática de atividade física; prática de atividade física; auto-eficácia para a diminuição do consumo de álcool; adesão à diminuição do consumo de álcool; auto-eficácia para a interrupção de tabagismo; percepção de risco e benefícios percebidos na realização de cada comportamento de saúde. As variáveis categóricas são: uso de cigarros e participação nas reuniões de saúde.

A predição do modelo operacional foi feita mediante o teste de regressão múltipla padrão entre variáveis contínuas, e, para as variáveis categóricas, foi utilizada a regressão logística.

RESULTADOS

Antes de mostrar os dados relativos aos objetivos do trabalho, iniciar-se-á com uma breve descrição dos sujeitos pacientes no que diz respeito ao tipo, descobrimento e acompanhamento da doença e ao uso do medicamento.

Em relação ao tipo de doenças, 73% dos pacientes foram diagnosticados somente com hipertensão arterial sistêmica (HAS), 12% com diabetes *mellitus* (DM) e os 15% restantes com os dois tipos de doença. A grande maioria (73%) descobriu a doença após manifestar algum sintoma e 18% na realização de exame médico de rotina. Um grande número de pacientes (85%) afirmaram ter alguém na família que possui a mesma doença.

O uso do medicamento é indicado para a maior parte dos participantes (93%), sendo que 39% utilizam o remédio três vezes ao dia, 29% duas vezes ao dia, 24% uma vez ao dia e os demais (4%) quatro ou mais vezes ao dia. Um aspecto positivo apontado pelos sujeitos é que 81% destes conseguem o medicamento por intermédio da rede pública, no próprio PSF e apenas 15% compram o medicamento. As instruções médicas sobre a ingestão do remédio parecem ser bem compreendidas pelos sujeitos, já que 87% relataram que respeitam as ordens médicas, e os demais quando tem algum sintoma (2%), quando está nervoso (1%) ou outros (5%).

Quanto ao acompanhamento da doença, a grande maioria dos pacientes (75%) submete-se a consultas médicas no PSF de sua área, e 15% fazem o acompanhamento por meio de consultas com outros médicos, os outros 10% não fazem acompanhamento da doença.

Adesão aos comportamentos de saúde

Para o comportamento de se alimentar de forma saudável, os dados indicam que os participantes fazem entre duas e quatro refeições ao dia, sendo que 31% se alimentam duas vezes ao dia, 30% três vezes ao dia, 32% quatro vezes ao dia, 2% apenas uma vez ao dia, outros 2% cinco vezes ao dias, e os 3% restantes mais de cinco vezes ao dia. No que se refere ao consumo de frutas e/ou verduras e gorduras, os percentuais são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1
Percentuais dos comportamentos de saúde: alimentação saudável, prática de atividade física e consumo de álcool.

	Nunca	1x/sem	2x/sem	3x/sem	4x/sem	Todo dia
Freq. come frutas e/ou verduras	4%	13%	12%	15%	14%	42%
Freq. consome gorduras	46%	22%	7%	8%	4%	13%
Freq. pratica atividade física	49%	5%	5%	6%	14%	21%
Freq. de ativ.física no último mês	53%	4%	4%	7%	13%	19%
Freq. que ingere bebidas alcoólicas	89%	7%	1%	1%	1%	1%

Sobre a ingestão de bebidas alcoólicas, a grande maioria (89%) afirmou nunca beber ou apenas ocasionalmente, como mostram os dados na Tabela 1. Em relação à quantidade de bebida ingerida, 81% das pessoas entrevistadas não consomem nenhum tipo de bebida alcoólica, 11% ingerem até três doses, 4% entre três e seis doses, 1% entre seis e nove doses e 3% entre nove e 12 doses.

Sessenta e sete por cento dos entrevistados não fazem uso do cigarro, 33% relataram ser fumantes, e a média de cigarros consumidos é de 15,5 cigarros/dia. Os dados referentes à prática de atividade física e os demais percentuais sobre a adesão aos comportamentos de saúde encontram-se na Tabela 1.

Senso de Auto-eficácia dos comportamentos de saúde

O senso de auto-eficácia para os comportamentos de saúde estudados foi calculado por meio da média entre os índices do questionário de auto-eficácia de cada comportamento. O

senso de AE encontrado foi menor para os comportamentos de alimentação saudável ($M=4,09$; $DP=3,72$) e prática de atividade física ($M=4,55$; $DP=4,09$), já a AE para os comportamentos de interrupção de tabagismo ($M=6,59$; $DP= 4,60$) e de diminuição do consumo de álcool ($M=9,48$; $DP= 1,62$) foi mais elevada. Vale ressaltar que o desvio padrão da AE para interrupção do tabagismo é maior que todos os outros, indicando que a AE para tal comportamento sofre uma maior variação do que nos demais. No caso do AE para o consumo de álcool, o menor desvio padrão aponta que a população é mais homogênea neste aspecto.

Correlação entre auto-eficácia e adesão aos comportamentos de saúde

Foram encontradas correlações significativas entre as variáveis, auto-eficácia e a adesão em todos os comportamentos de saúde estudados: alimentação saudável ($r= 0,528$, $p<0,01$), prática de atividade física ($r= 0,753$, $p<0,01$), diminuição do consumo de álcool ($r=0,771$, $p<0,01$) e interrupção de tabagismo ($r=-0,885$, $p<0,01$). Esses dados revelam que quanto mais a pessoa acredita que é capaz de se alimentar de forma saudável, mais adequadamente ela se alimenta; quanto mais ela acredita que é capaz de praticar uma atividade física com uma frequência semanal de, no mínimo, três vezes, mais ela o fará; quanto maior for a crença do indivíduo em sua capacidade de diminuir o consumo de álcool, maior a possibilidade de diminuir a ingestão de álcool; e quanto mais ele acredita que é capaz de parar de fumar, menos ele fuma.

Análise de regressão

O modelo prediz 35% da variância ($R^2=0,349$, $F=12,730$, $p=0,000$) da adesão ao comportamento de se alimentar de forma saudável, sendo que as variáveis auto-eficácia para interrupção de tabagismo ($\beta=0,244$, $t=2,868$, $p=0,005$) e auto-eficácia para alimentação ($\beta=0,472$, $t=5,420$, $p=0,000$) foram as mais significativas, tendo esta última um peso maior.

Isso mostra que a adesão à alimentação é influenciada pela auto-eficácia para alimentação e pela auto-eficácia para interrupção de tabagismo, tendo esta última um peso menor na adesão, devido ao valor do β .

Para o comportamento de praticar atividade física, o modelo prediz 57% da variância ($R^2=0,569$, $F=31,301$, $p=0,000$), sendo a variável auto-eficácia para prática de exercício físico ($\beta=0,755$, $t=10,460$, $p=0,000$) a única significativa. Esses dados mostram que, à medida que a auto-eficácia para prática de atividade física aumenta, maior a probabilidade de melhorar a adesão do indivíduo à prática de exercício físico.

Para a adesão ao comportamento de diminuição do consumo de álcool, o modelo prediz 60% da variância ($R^2=0,597$, $F=35,247$, $p=0,000$), sendo a variável auto-eficácia para diminuição do consumo de álcool ($\beta=0,768$, $t=11,681$, $p=0,000$) a única significativa. Ou seja, a auto-eficácia para a diminuição do consumo de álcool é preditora da adesão ao comportamento de diminuição de consumo de álcool.

Os resultados da regressão logística para o comportamento de interrupção de tabagismo demonstraram que o modelo ajustou-se muito bem para explicar os dados [$\chi^2(gf=4, n=100)=100,292$, $p=0,000$]. A proporção da variância explicada no modelo logístico foi de 88% (R^2 Nagelkerke= 0,881). O modelo classificou corretamente 96% dos sujeitos. Esses dados indicam que a adesão ao comportamento de parar de fumar é influenciada diretamente pelo senso de auto-eficácia para interrupção de tabagismo.

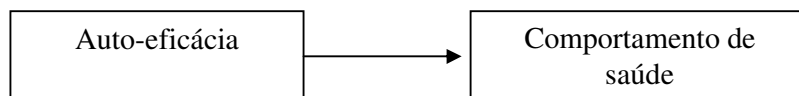
AE para interrupção de tabagismo e **alimentação saudável** —————> comportamento de alimentação saudável (35%)

AE para exercícios físicos —————> comportamento de exercícios físicos (57%)

AE para diminuir consumo de álcool —————> comportamento de diminuir consumo de álcool (60%)

AE para interromper tabagismo $\longrightarrow$ comportamento de para de fumar (88% logística, com classificação correta de 96% dos sujeitos).

Assim:



Correlação entre percepção de risco, benefícios, auto-eficácia e adesão

A média geral da percepção de risco para ter um infarto e/ou derrame foi acima do valor mediano ($M=5,84$; $DP=3,8$), isso demonstra que a população estudada acredita ter chances de sofrer algumas das consequências provenientes das doenças crônicas.

Em relação aos benefícios percebidos sobre as práticas de saúde, o maior foi em relação ao comportamento de parar de fumar ($M=8,98$; $DP=2,69$), seguido do benefício de diminuição de consumo de álcool ($M=8,32$; $DP=3,16$), de prática de atividade física ($M=8,06$; $DP=4,03$) e benefício da alimentação saudável ($M=7,87$; $DP=3,43$). De modo geral, os benefícios percebidos relatados pelos sujeitos de pesquisa em todas às práticas de saúde, estão bem acima do valor mediano, o que enfatiza certo esclarecimento da população em relação a elas.

Correlações significativas foram encontradas entre as variáveis (benefício de parar de fumar x AE para fumo) relacionadas com o comportamento de parar de fumar ($r = 0,209$, $p < 0,05$); e as variáveis (benefícios de diminuir o consumo de álcool x AE para diminuir o consumo de álcool) ligadas ao comportamento de ingestão de bebidas alcoólicas ($r = 0,340$, $p < 0,01$). Isso evidencia que quanto maior a AE para parar de fumar e/ou de diminuir seu consumo de álcool, mais o indivíduo percebe que parar de fumar e/ou diminuir sua ingestão alcoólica diminui o risco de se ter um infarto ou um derrame (benefício percebido). É importante ressaltar que o nível de significância foi diferente para cada comportamento, sendo

a correlação entre benefícios de diminuição de ingestão de bebidas alcoólicas mais significativa estatisticamente do que a correlação para interrupção de tabagismo. Isso parece enfatizar que os sujeitos percebem o consumo de álcool como mais prejudicial para a saúde do que o consumo de cigarros. As correlações não foram significativas para as variáveis benefícios de alimentação saudável e AE de alimentação ($r = 0,177$, $p > 0,05$) e benefícios da prática de atividade física e AE de atividade física. ($r = 0,165$, $p > 0,05$).

Em relação às variáveis ligadas ao benefício percebido e à adesão de cada comportamento, as correlações foram significativas apenas entre benefício percebido na diminuição do consumo de álcool e adesão ao comportamento de menor ingestão alcoólica ($r = 0,388$, $p < 0,001$). Isso significa que quanto maior o benefício percebido maior a adesão à diminuição do consumo de álcool e vice-versa. Quanto aos comportamentos restantes, as correlações com os benefícios da prática de tais comportamentos não foram significativas estatisticamente, como se pode ver nos resultados encontrados: benefício e adesão de alimentação saudável ($r = 0,186$, $p > 0,05$), benefício e adesão à atividade física ($r = 0,045$, $p > 0,05$) e benefício e adesão à interrupção do tabagismo ($r = -0,123$, $p > 0,05$).

Existe correlação significativa negativa entre a variável percepção de risco para infarto ou derrame e as variáveis adesão à alimentação saudável ($r = -0,244$, $p < 0,05$) e adesão a prática de exercício físico ($r = -0,235$, $p < 0,05$). Os dados apontam para o fato de que quanto menos a pessoa adere a uma alimentação saudável ou à prática de um exercício físico, maior é o risco percebido por ela para sofrer um infarto ou derrame. Isso mostra que as pessoas, de um modo geral, são informadas sobre o que é preciso para evitar esses tipos de consequências. Quanto às correlações referentes à diminuição do consumo de álcool ($r = 0,189$, $p > 0,05$) e interrupção do tabagismo ($r = 0,182$, $p > 0,05$), não foram significativas.

Correlação entre auto-eficácia e participação nas reuniões de saúde

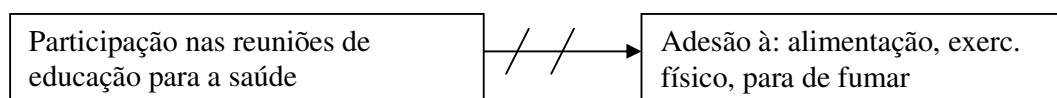
De todos os participantes, 31% freqüentam ou já freqüentaram as palestras de educação para saúde ministradas nos PSFs estudados, os outros 69% nunca participaram das reuniões de saúde. Os motivos relatados pelos sujeitos, para justificar a não participação nas palestras, foram: trabalhar (22%); não achar necessário (18%); por preguiça (14%); não ser avisado sobre o dia (10%); dificuldade de ir até o local das reuniões (4%); e dificuldade com o horário das palestras (1%).

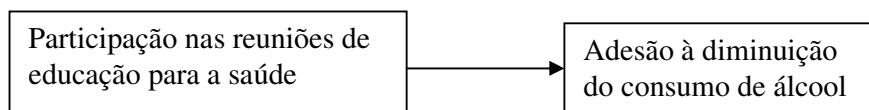
As análises estatísticas realizadas, para verificar a correlação entre a participação nas reuniões e a AE de cada comportamento de saúde estudado, não se mostraram significativas ($r = 0,106$, $p > 0,05$). Isso evidencia que freqüentar ou não as palestras não interfere, nem positiva nem negativamente, na crença do indivíduo em sua capacidade de realizar algum dos comportamentos investigados (AE).



Correlação entre participação nas reuniões de saúde e adesão aos comportamentos de saúde

A única correlação significativa apresentada entre participação nas palestras e adesão foi relativa ao comportamento de diminuição do consumo de álcool ($r = 0,214$, $p < 0,05$). Esses dados apontam para o fato de que quem freqüenta as palestras parece beber menos e vice-versa. As correlações não foram significativas para os demais comportamentos de saúde estudados – alimentação saudável ($r = 0,022$, $p > 0,05$), prática de atividade física ($r = 0,087$, $p > 0,05$) e interrupção de tabagismo ($r = 0,011$, $p > 0,05$).





Importância do PSF e fatores que levam à adesão, relatos da equipe de saúde

Os conteúdos das respostas dos participantes da equipe de saúde, sobre a importância do PSF para os pacientes hipertensos e diabéticos, indicam que a conscientização e a orientação do paciente sobre os cuidados em relação à sua saúde são vistas como a maior contribuição do programa, pois, dos 21 membros da equipe, metade afirma ser a conscientização do paciente para conviver com a doença o mais importante, e a outra metade aponta a orientação para a prevenção e para o cuidado com a saúde.

Os participantes relataram que o trabalho da equipe é realizado por meio de visitas dos agentes comunitários de saúde às residências dos pacientes, da educação continuada em saúde, realização de caminhadas (em uma das unidades do PSF pesquisada) e atividades de promoção e prevenção, que não foram especificadas por eles.

Quando questionados sobre como é feita a educação para a saúde, os participantes relataram as ações realizadas nas reuniões de educação em saúde, e não o que acontece em todo o processo de educação do paciente. Segundo os participantes, as ações efetuadas são: aferição de pressão arterial; medida de glicemia por meio do exame de dedo; informações sobre como lidar com os problemas advindos da HAS e do DM; informações sobre a importância da prática de exercício físico, de uma dieta balanceada e do uso correto da medicação.

Os temas abordados pelos profissionais responsáveis pelas reuniões de educação em saúde, o enfermeiro e o médico, são: a importância do uso correto do medicamento, da alimentação balanceada e da prática de atividade física; os efeitos do tabagismo e do álcool;

as características da HAS e do DM; e a importância da mudança dos hábitos de vida. Os recursos utilizados para educação são palestras dos profissionais e vídeos informativos.

Quando interrogados sobre como deveria ser realizado o trabalho no PSF, ou seja, o que seria ideal no trabalho, a maioria afirmou que deveria continuar da mesma forma. Apenas um dos participantes declarou que deveria haver reuniões semanais para esclarecer as dúvidas e para os pacientes relatarem suas experiências relativas às doenças. Um outro fator levantado pelos participantes foi a necessidade da participação de outros profissionais de saúde, como: assistente social, psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta.

Sobre o que leva à adesão dos pacientes aos comportamentos de saúde, as respostas foram agrupadas em: o medo de morrer e do agravamento da doença; seguido de vontade de melhorar e viver bem; e, por último, o conhecimento sobre a doença e suas possíveis consequências.

De modo geral, a equipe de saúde relata uma boa adesão dos pacientes ao uso de medicamento, mas afirmaram não observar muitas mudanças na adesão aos comportamentos de saúde.

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo verificar a influência da auto-eficácia percebida na adesão aos comportamentos de saúde, que são recomendados pelo Ministério da Saúde às pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes *melittus* (DM) tipo 2, em pacientes atendidos na rede pública de uma cidade do interior do Estado de Minas Gerais.

A amostra estudada parece evidenciar uma boa adesão para uma alimentação saudável, pois a maioria afirmou comer verduras e/ou frutas com uma frequência de quatro ou mais vezes por semana, ingerir gorduras até uma vez por semana e fazer entre duas e quatro refeições ao dia. O senso de AE para alimentação saudável foi relativamente abaixo do índice mediano. Uma possível explicação para esse baixo índice de AE é a dificuldade financeira para comprar os alimentos considerados mais saudáveis, principalmente frutas. A maioria dos participantes declarou ser “mais difícil” do que “fácil” ter uma alimentação saudável por causa da situação financeira. Contudo as variáveis AE e adesão se correlacionam, e a adesão a uma alimentação saudável parece ser determinada tanto pela AE para alimentação saudável como pela AE de interrupção de tabagismo.

Essa peculiaridade na predição da adesão a uma alimentação saudável tanto pela AE para alimentação como pela AE para interrupção do tabagismo, sugere relação com o estudo de Steptoe, Perkins-Porras, Rink, Hilton e Cappuccio (2004), que previam mudanças no consumo de frutas e vegetais ao longo de 12 meses, seguindo um programa de educação e aconselhamento comportamental e nutricional. A amostra foi composta por 271 sujeitos entre homens e mulheres. Os resultados mostraram que os indivíduos que falharam em completar as medidas finais do estudo eram mais jovens e mais prováveis de ser fumantes do que os que continuaram na experiência. De acordo com esses dados, poder-se-ia supor que o fato de ser

fumante, e, conseqüentemente, ter um senso de AE mais baixo para parar de fumar, poderia levar a uma menor adesão ao comportamento de alimentação saudável.

Linde, Rothman, Baldwin e Jeffery (2006) realizaram um estudo para examinar a relação entre crenças de auto-eficácia, comportamentos de controle de peso e mudança de peso entre 349 indivíduos participantes de uma experiência de perda de peso. Os achados indicaram que a AE para comer foi um forte preditor para comportamentos de seguir uma dieta, bem como a AE para exercício físico foi um forte preditor para a atividade física. A AE para os comportamentos de comer e de atividade física foi significativamente associada aos comportamentos monitorados no programa de perda de peso. As pessoas que desempenharam com sucesso os comportamentos de controle de peso relataram percepções de AE relativamente altas para tais comportamentos. A AE foi um forte preditor das percepções das pessoas acerca dos esforços que faziam no controle do peso e da sua adesão ao programa, mais do que os indicadores concretos de dieta e exercícios (quarteirões caminhados ou gordura ingerida).

Com relação ao benefício percebido na alimentação saudável, embora alto, foi o menor em comparação com os demais comportamentos de saúde. Parece que, para os participantes deste estudo, saber sobre os benefícios de uma alimentação saudável não interfere nem no senso de AE nem na adesão a tal comportamento. Essa baixa correlação pode ter ocorrido pelo fato de que a AE para alimentação também foi baixa, provavelmente, devido às dificuldades financeiras apontadas pelos pacientes, interferindo, assim, na correlação entre AE e benefícios.

Pesquisas como a de Steptoe et al (2004) sugerem que os benefícios percebidos são preditores de consumo de frutas e verduras e que as mudanças, em curto prazo, nos fatores psicológicos predisseram mudanças de longo prazo na ingestão de frutas e verduras, dentre as variáveis estudadas, as mais significativas para essas mudanças foram: o encorajamento de

um outro próximo; a auto-eficácia para dieta; benefícios percebidos; e o conhecimento da ingestão recomendada. Mudanças na AE e no conhecimento foram, particularmente, relevantes para a grande mudança na dieta associada com o aconselhamento comportamental.

Parece que os entrevistados sabem da importância de ter uma alimentação saudável, pois os dados sugerem que, quando há uma menor adesão à alimentação, há uma maior percepção de risco de ter infarto ou derrame.

A adesão mais baixa ocorreu em relação à prática de atividade física. Um grande número de participantes afirmou ser sedentário. Os sujeitos têm AE abaixo do valor médio, o que é coerente com a baixa adesão. As variáveis AE e adesão se correlacionam, e a AE para atividade física é forte preditora da adesão ao exercício físico. Esses resultados estão de acordo com o estudo de Linde et al (2006), mencionado acima.

As pessoas entrevistadas demonstraram conhecer os benefícios do exercício físico para a saúde, mas isso parece não interferir nem no senso de AE nem na adesão à prática de atividades físicas. No entanto, parece que quanto menos os indivíduos praticam atividade física, maior é sua percepção de risco para infarto ou derrame.

Um outro estudo, que investiga a adesão à dieta e ao exercício físico e a AE para dieta e exercício, foi o realizado por Sacco, Wells, Vaughan, Friedman, Perez e Matthew (2005). Os autores investigaram o papel da adesão à dieta e ao exercício físico; o índice de massa corporal; o índice de depressão; e a auto-eficácia para dieta e exercício em 56 pacientes adultos com diabetes tipo 2. Os resultados mostraram que os pacientes menos aderentes à dieta e ao exercício físico têm maiores índices de massa corporal, menores níveis de auto AE e são mais depressivos. A menor adesão à prescrição de dieta e exercícios, associada à maior massa corporal contribuem para a menor AE.

Segundo Sacco et al (2005), os menores índices de AE são mediadores dos efeitos adversos da falha na adesão e do índice de massa corporal na depressão. Eles afirmam que

uma cognição auto-relevante negativa na reação à falha na adesão e no alto índice de massa corporal, tal como a baixa AE, pode afetar adversamente a saúde por meio do aumento da depressão.

Outra consideração importante elaborada por Sacco et al (2005) é que as reações negativas dos trabalhadores em cuidados da saúde (equipe de saúde) para a falha na adesão podem promover cognições auto-relevantes negativas e baixa AE, o que pode aumentar os sintomas depressivos. Por outro lado, o aumento da AE pode reduzir a depressão, melhorando as condições de saúde física e mental dos adultos com diabetes. Segundo os autores, intervenções comportamentais poderão melhorar o controle do diabetes, pelo menos em parte, mediante o aumento da AE, da melhora na imagem do corpo e da conseqüente redução da depressão.

Uma prática pouco comum entre os participantes desta pesquisa foi a ingestão de bebidas alcoólicas. A grande maioria não bebe. Os índices de AE para a diminuição de consumo de álcool são altos, e a AE também é forte preditora para a adesão ao comportamento de parar de beber (o modelo prediz 60% da variância), o que é compatível com o estudo de Barros (2004), que examinou os efeitos da expectativa de auto-eficácia na mudança de comportamento de bebedores excessivos e seus resultados apontam que a AE foi preditora de mudança no comportamento de beber para a abstinência ou o controle do consumo alcoólico.

Com relação ao benefício percebido na diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas, a média da amostra estudada é alta e apresenta correlação com a AE e a adesão para tal comportamento. Observa-se que quanto maior a AE, maior a adesão à diminuição do consumo de álcool e maior o benefício percebido. O álcool é visto pelos participantes como o grande vilão das doenças crônicas, muitos deles até relataram que o álcool traz conseqüências desastrosas para o corpo. Uma possível explicação para isso pode ser o fato de o álcool ser

alvo de maior crítica social, provavelmente, em razão da maior visibilidade de alguns de seus efeitos, como a diminuição da censura interna; o aumento da emissão de comportamentos agressivos; a exposição do indivíduo a situações vexatórias; ou a ocorrência de delirium tremens, nos estágios mais avançados de dependência.

A única correlação significativa entre participar das palestras e adesão foi em relação ao comportamento de diminuição de consumo de álcool. A relevância desse dado pode ser questionada, já que somente um terço da população estudada participa das palestras e a grande maioria da amostra não bebe, ou seja, os pacientes que freqüentaram as reuniões, provavelmente, eram pessoas que não ingeriam bebidas alcoólicas, daí a significância estatística desse dado. De acordo com o relato dos membros da equipe de saúde, há uma maior ênfase nas temáticas sobre alimentação saudável e prática de atividade física, todavia a necessidade de controle do consumo do álcool é pouco enfatizada pela equipe nas reuniões.

Sobre o consumo de cigarros, apenas um terço da amostra entrevistada é tabagista. A AE para parar de fumar está acima do valor mediano, e é altamente preditora da adesão para esse comportamento. O benefício percebido para a interrupção do tabagismo é o maior em relação aos demais, tem correlação com a AE, mas não com a adesão ao comportamento de parar de fumar. Ou seja, quanto mais a pessoa acredita que é capaz de parar de fumar, maior é o benefício percebido e vice-versa. O interessante é que não houve relação entre adesão e benefício percebido. Uma possível explicação é que muitos dos indivíduos que são fumantes relataram saber e/ou perceber que interromper o tabagismo traz benefícios, mas não conseguem parar de fumar.

No caso do consumo de cigarros, é importante levar em consideração o que Bandura (1986, 1997) afirma sobre os estados fisiológicos negativos, como os sintomas de abstinência, que podem levar à diminuição da AE quando interpretados como sinal de vulnerabilidade.

Shadel e Cervone (2006) realizaram uma pesquisa para avaliar se dois auto-esquemas de abstinência em fumantes regulam a auto-eficácia para resistir ao fumo, quando tais fumantes são expostos a dicas provocativas para fumar. Os dados mostraram que a auto-eficácia para resistir ao fumo, em situações de alto risco, é regulada por estruturas de conhecimento cognitivas (auto-esquemas), que são relevantes para abstinência. A teoria sócio-cognitiva estudada pelos autores, a KAPA (Knowledge-and-Appraisal Personality Architecture), sugere que, se os auto-esquemas que regulam a auto-eficácia sob condições de alto risco podem ser identificados, as intervenções devem ser feitas diretamente por meio da alteração desses auto-esquemas para elevar a auto-eficácia e melhorar a probabilidade dos indivíduos permanecerem abstinentes.

Em resumo, as expectativas de AE para todos os comportamentos estudados tiveram influência na predição da adesão a eles. Bandura (1998) afirma que realizações de desempenho, tais como a adesão comportamental ou a falta de adesão, são considerados os meios mais diretos e efetivos de influenciar a AE. O interessante é que, no presente estudo, além de uma influência bidirecional entre adesão e AE, há uma predição da AE em relação à adesão, o que indica a possibilidade de uma maior adesão se ocorrer um aumento na AE de cada comportamento de saúde.

Ainda de acordo com Bandura (2004), conhecer os riscos e benefícios para a saúde cria uma pré-condição para a mudança. Se faltar conhecimento para as pessoas sobre como seus hábitos de vida influenciam sua saúde, elas terão poucas razões para mudar seus comportamentos. Para que ocorra a alteração e/ou manutenção dos hábitos de saúde, mesmo diante de impedimentos, é necessária uma auto-influência adicional. É aqui que a auto-eficácia desempenha o papel nuclear na mudança pessoal, funcionando como fonte de motivação e ação no ser humano.

Em relação às palestras de educação em saúde, estas parecem não interferir nem na AE nem na adesão dos pacientes, a não ser no caso do álcool. Esses achados são incoerentes com outros estudos, que apontam a existência de correlação entre educação em saúde e aumento de AE percebida.

Fuemmler, Mâsse, Yarooh, Campbell, Carr, Resnicow et al (2006) examinaram as variáveis psicossociais mediadoras da ingestão de frutas e vegetais, em grupos de controle e de intervenção. Os resultados mostraram que a intervenção tem um efeito direto na ingestão de frutas e vegetais e um efeito na motivação autônoma, na auto-eficácia e no suporte social, o qual, por sua vez, afeta a ingestão de frutas e vegetais. A auto-eficácia também foi apontada como mediadora parcial entre os efeitos da intervenção e a ingestão de frutas e vegetais. Dada a magnitude do efeito da intervenção na auto-eficácia, encontrada nesse e em outros estudos, é fundamental a realização de novas pesquisas sobre métodos eficazes para aumentar a auto-eficácia em intervenções de promoção de saúde.

Também em relação às questões de intervenção, Linde et al (2006) afirmam que as estratégias de intervenção podem equipar as pessoas com ferramentas que aumentem a AE para o controle de peso, tornando-as capazes de confiar em suas habilidades para o desempenho efetivo de tal controle.

Ainda referente aos programas de intervenção, McAuley, Elavsky, Jerome, Konopack e Marquez (2005) examinaram a relação entre bem-estar, auto-eficácia para atividade física, suporte social e prática de exercício físico com adultos com idade média de 66 anos numa experiência de seis meses de prática de exercícios físicos. Os indivíduos que relataram nas linhas de base com níveis maiores de bem-estar e níveis menores de ansiedade foram os que tiveram maior aumento no bem-estar e se exercitaram mais frequentemente durante o tempo do estudo. Além disso, relataram maior confiança em sua capacidade para continuar a se exercitar mesmo após o término do programa. Aquelas pessoas que se exercitaram com mais

freqüência durante o programa e aquelas que tiveram mais melhoras em suas respostas de bem-estar durante a experiência apontaram expectativas de auto-eficácia mais altas no final do programa. De acordo com os autores, se os programas de intervenção podem ser estruturados para elevar a auto-eficácia e, concomitantemente, as respostas de bem-estar, então, tais respostas podem ser instrumentais para a formação de expectativas de eficácia para continuar a prática da atividade física após o término do programa.

A baixa influência das palestras sobre a adesão e a realização de comportamentos de saúde encontradas neste estudo podem ter ocorrido devido à interferência das estratégias e técnicas educativas empregadas. Seria importante a realização de novos estudos para verificar quais técnicas e recursos seriam mais eficazes para aumentar o senso de AE, bem como a melhoria da adesão aos comportamentos de saúde da amostra estudada.

Outro aspecto investigado neste estudo foi a equipe de saúde, com suas crenças acerca do trabalho realizado e a forma como desenvolvem as palestras. Os resultados indicam que, para a equipe de saúde, o mais importante no PSF é a orientação e a conscientização do paciente sobre sua doença, principalmente sobre os riscos e prejuízos que podem ser causados por ela e sobre cuidados em relação à sua saúde. Os componentes de cada equipe de saúde são responsáveis pela organização e realização das palestras.

Para a maioria da equipe, a adesão está relacionada com o medo da morte e/ou agravamento da doença, enquanto outra parcela de profissionais afirma que a vontade de melhorar e de viver bem é que leva à adesão. Esses resultados evidenciam uma visão mais focada nas perdas do que nos ganhos, o que é coerente com a resposta dos integrantes da equipe sobre o fato de que a função maior do PSF é orientar e conscientizar os pacientes. Esses dados justificam a forma como é realizado o trabalho de educação nessas unidades de PSF, já que as ações desenvolvidas são direcionadas, sobretudo, à informação sobre o que

deve ser feito e quais os riscos da hipertensão e do diabetes. Não houve relatos sobre o uso de estratégias e/ou técnicas de intervenções focadas no auto-gerenciamento desses pacientes.

Segundo autores como Schwarzer e Renner (2000), as estratégias utilizadas atualmente para mobilizar as pessoas nos programas de saúde são alvo de críticas, em decorrência dos baixos resultados alcançados. Isso ocorre porque a maioria enfoca o medo das pessoas, tentando fazê-las perceber o quanto podem ser prejudicadas com a doença, objetivando, assim, a mudança de comportamento. Esses autores sugerem intervenções com estratégias opostas, que tornem as pessoas conscientes de seus recursos de enfrentamento e suas capacidades de mudar os comportamentos não saudáveis. Acreditam que as pessoas não devem ser tratadas pelo que elas têm a perder e, sim, com o que podem conquistar com suas mudanças.

Como destacado anteriormente, na maioria das vezes, os membros de equipes de saúde não têm os conhecimentos e/ou habilidades necessárias para promover todas as ações, prescritas pelo Ministério da Saúde, a serem desenvolvidas junto aos pacientes portadores de HAS e DM. Seria interessante que os membros das equipes de saúde fossem mais bem preparados com relação às estratégias e técnicas que favorecem o desenvolvimento da auto-eficácia e o auto-controle dos pacientes, especialmente, com os conhecimentos advindos de áreas como a Psicologia da Saúde aplicada à saúde coletiva e à rede pública de saúde.

Segundo Hepworth (2004), os psicólogos têm começado a ver não só a necessidade de levar ações para promover comportamentos de saúde em indivíduos, mas também têm apontado “a necessidade de um esforço para desenvolver condições sociais, políticas, econômicas e institucionais apropriadas, que poderão elevar o estado da saúde pública” (p. 42).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo deixam clara a influência da auto-eficácia na adesão aos comportamentos de saúde. Nota-se que, durante todo o trabalho, foi sendo justificada a relevância de estudar a relação e até a predição que a auto-eficácia exerce na realização e manutenção dos comportamentos de saúde estudados aqui, e recomendados pelo Ministério da Saúde para o tratamento e prevenção de doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus* tipo 2.

A partir deste estudo, fica evidente a importância de se trabalhar com estratégias e técnicas que conduzam a um aumento do senso de auto-eficácia para cada comportamento de saúde, quais sejam, alimentação balanceada, prática de atividade física, diminuição do consumo de álcool e interrupção do tabagismo. Com base na teoria estudada e nos programas de intervenção realizados em outros países, torna-se necessário implementar programas de intervenção em saúde que sejam eficazes e equipar os pacientes, atendidos nos PSFs e na rede pública, com ferramentas que propiciem o auto-gerenciamento dessas doenças crônicas, retardando e/ou impedindo o desenvolvimento de conseqüências desastrosas como incapacidades e outras.

Esta pesquisa caracteriza uma população específica sobre aspectos relacionados com as doenças crônicas e comportamentos de saúde. Sendo assim, é preciso cautela em relação à generalização destes dados.

Outra limitação é que o questionário utilizado para verificar o senso de auto-eficácia não foi validado. Entretanto o valor do α de Crombach encontrado está próximo do valor indicativo de consistência interna aceitável. É possível que o índice de confiabilidade possa

ser aumentado, se forem feitos ajustes no instrumento, como a substituição da reta contínua de 10 cm por uma escala com valores de zero a 10. Sugere-se que, em estudos futuros, seja feita a validação do instrumento.

A partir dos dados encontrados neste trabalho, poderão ser realizados novos estudos para compreender que outras variáveis estão envolvidas nos processos de adesão aos comportamentos de saúde dessas e de outras doenças crônicas. Abre-se também, um campo de investigação sobre que estratégias e/ou técnicas utilizar para que os pacientes possam desenvolver e/ou melhorar a auto-eficácia para tais comportamentos.

Outra consideração relevante é sobre a importância de aprimorar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre os fatores envolvidos na adesão aos hábitos de saúde.

Os achados deste estudo deixa evidente a necessidade de um profissional da Psicologia, especificamente da Psicologia da Saúde, para trabalhar com as pessoas com doenças crônicas, no sentido de equipá-las com ferramentas apropriadas para elevar o senso de auto-eficácia de cada comportamento de saúde estudado, bem como melhorar a adesão dessas pessoas a esses comportamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angerami-Camon, V. A (2002). O resignificado da prática clínica e suas implicações na realidade da Saúde. In: V. A. Angerami-Camon. **Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica** (pp. 7-22). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, 84(2), 191-215.
- _____. (1986) The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. **Journal of Clinical and Social Psychology**, 4, 359-373.
- _____. (1993) Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. **Educational Psychologist**, 28(2), 117-148.
- _____. (1997) **Self-efficacy: the exercise of control**. New York: Freeman and Company.
- _____. (1998) Health promotion from the perspective of social-cognitive theory. **Psychology and Health**, 13, 623-649.
- _____. (2004) Health promotion by social cognitive means. **Health Education & Behavior**, 31(2), 143-164.
- Baptista, M. N.; Baptista, A. S. D. & Dias, R. R. (2003) A Psicologia da saúde no mundo e a pesquisa no contexto hospitalar. In: M. N. Baptista; A. S. D. Baptista & R. R. Dias. **Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos** (pp. 1-10). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Barros, M. G. M. (2004) Expectativa de auto-eficácia e mudança de comportamento de beber em homens bebedores excessivos hospitalizados por patologias clínicas. **Psico**, PUCRS, 35(1), 15-22.
- Bee, H. (1997) **O ciclo vital**. (R. Garcez, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Berry, J. M. & West, R. L. (1993) Cognitive Self-Efficacy in relation to Personal Mastery and Goal Setting across the Life Span. **International Journal of Behavioral Development**, 16, 351-379.

- Berger, K. S. (2003). **O desenvolvimento da pessoa: da infância à terceira idade** (5 ed.) Rio de Janeiro: LTC Editora.
- Berquó, E. (1999). Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: A. L. Neri. **Velhice e sociedade** (pp. 11-40). Campinas, SP: Papirus.
- Cabrera-Pivaral, C. E.; González-Pérez, G.; Veja-Lopez, M. G. & Arias-Merino, E. D. (2004) Impacto de la educación participativa in el índice de massa corporal y glicemia en individuos obesos con diabetes tipo 2. **Cadernos de Saúde Pública**, 20(1), 275-281.
- Camarano, A. A. (2002). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas, E. V.; Py, L.; Neri, A. L.; Cançado, F. A. X.; Gorzoni, M. L.; & Rocha, S. M. (orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia** (pp 58-71). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan S.A.
- Candeias, N. M. F. (1997). Conceitos de educação e promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, 31(2), 209-213.
- Dela Coleta, M. F. (org). (2004). **Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde** – teorias, estudos e instrumentos. Taubaté, SP: Cabral Editora e Livraria Universitária.
- Franco, E. M. (1999). **Desvendando o campo de psicologia da saúde**: análise de artigos selecionados. Dissertação de Mestrado em Ciências Médicas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas - SP.
- Freire, S. A. (2000). Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: A. L. Neri & S. A. Freire (orgs.). **E por falar em boa velhice**. (pp. 21-31). Campinas, SP: Papirus, 2000.
- Fuemmeler, B. F., Mâsse, L. C., Yaroch, A. L, Campbell, M. K., Carr, C., Resnicow, K. & Wang, T. (2006). Psychosocial mediation of fruit and vegetable consumption in the body and sou effectiveness trial. **Health Psychology**, 25(4), 474-483.
- Gusmão, M. M. de.(2001). A maturidade e a velhice: um olhar antropológico. In: A. L. NERI, **Desenvolvimento e envelhecimento**: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas (Coleção vivacidade), (pp. 113-139). Campinas, Sp: Papirus.
- Hepworth, J. (2004). Public health psychology: a conceptual and practical framework. **Journal of Health Psychology**, 9(1), 41-54.

Holloway, A. & Watson, H. E. (2002). Role of self-efficacy and behavior change. **International Journal of Nursing Practice**, 8, 106-115.

Holman, H. & Lorig, K. (1992). Perceived self-efficacy in self-management of chronic disease. In: Schwarzer, R. **Self-Efficacy**: thought control and action (pp. 305-323). Taylor & Francis.

<http://portal.saude.gov.br/saude>, acessado em 21 de abril de 2005.

Kerbaux, R. R. (2002). Comportamento e saúde: doenças e desafios. **Psicologia USP**, 13(1), 11-28.

Kok, G.; Schaalma, H.; Ruiter, R. A. C.; Brug, J. & Van Empelen, P. (2004). Intervention mapping: A protocol for applying health psychology theory to prevention programmes. **Journal of Health Psychology**, 9(1), 85-98.

Kurita, G. P & Pimenta, C. A. M. (2003). Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 61 (2b), 416-425.

L'abbate, S. (1994). Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cadernos de Saúde Pública**, 10(4), 481-490.

Lima-Costa, M. F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. (2003). In: M. Z. Rouquayrol & N. de Almeida Filho. **Epidemiologia & Saúde** (6ª. ed.), (pp. 499-514). Rio de Janeiro: MEDPSI.

Linde, J. A., Rothman, A. J., Baldwin, A. S. & Jeffery, R. W. (2006). The impact of self-efficacy on behavior change and weight change among overweight participants in a weight loss trial. **Health Psychology**, 25(3), 282-291.

Lorig, K; Ritter, P; Stewart, A. L; Sobel, D. S; Brown, B. W; Bandura, A. et al (2001). Chronic Disease Self-management Program: 2-year health status and health care utilization outcomes. **Medical Care**, 39(11), 1217-1223.

McAuley, E., Elavsky, S., Jerome, G. J., Konopack, J. F. & Marquez, D. X. (2005). Physical activity-related well-being in older adults: social cognitive influences. **Psychology and Aging**, 20(2), 295-302.

- Marks, D. F. (2002). Freedom, responsibility and power: contrasting approaches to health psychology. **Journal of Health Psychology**, 7(1), 5-19.
- Ministério da Saúde (2001). Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus**: protocolo. Brasília: Ministério da Saúde.
- Miyazack, M. C. de O. S.; Domingos, N. A. M. & Caballo, V. E. (2001). Psicologia da saúde: intervenções em hospitais públicos. In: Rangé, B. (org.) **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**: um diálogo com a psiquiatria (pp. 463-474). Porto Alegre: Artmed.
- Monteiro da Silva, A. M. (2004). Teoria da auto-eficácia. In: M. F. Dela Coleta (Org.). **Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde**: teorias, estudos, instrumentos (pp. 131-168). Taubaté, SP: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004.
- Neri, A. L. & Freire, S. A.(orgs.). (2000). **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papirus.
- Néri, A. L. (2001a). O fruto das sementes. In: A. L. Neri (org.). **Maturidade e velhice**: trajetórias individuais e socioculturais (Coleção vivacidade) (pp. 11-52). Campinas, SP: Papirus, 2001.
- _____. (2001b). Velhice e qualidade de vida na mulher. In: Neri, A. L. **Desenvolvimento e envelhecimento**: perspectivas biológicas, psicológicas esociológicas (Coleção Vivacidade), (pp. 161-200). Campinas, Sp: Papirus.
- Papalia, D. E.& Olds, S. W. (2000). Desenvolvimento humano (D. Bueno, Trad.), (7ª. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Resnick, B. (2000). Health promotion practices of older adult. **Public Health Nursing**, 17(3), 160-168.
- Rodrigues, N. C.& Rauth, J. (2002). Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: E. V. Freitas; L. Py; A. L. Neri; F. A. X. Cançado; M. L. Gorzoni & S. M. Rocha (orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia** (pp 106-110). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan S.A.
- Sacco, W. P., Wells, K. J., Vaughan, C. A., Friedman, A., Perez, S. & Matthew, R. (2005). Depression in adults with type 2 diabetes: the role of adherence, body mass index, and self-efficacy. **Health Psychology**, 24(6), 630-634.

- Schwarzer, R. (1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. **Journal of Health Psychology**, 4(2), 115-127.
- Schwarzer, R. & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy. **Health Psychology**, 19(5), 487-495.
- Shadel, W. G. & Cervone, D. (2006). Evaluating social-cognitive mechanisms that regulate self-efficacy in response to provocative smoking cues: an experimental investigation. . **Psychology of Addictive Behaviors**, 20(1), 91-96.
- Silva Junior, J. B. da; Gomes, F. B. C.; Cezário, A. C. & Moura, L. (2003). Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: M. Z. Rouquayrol & N. de Almeida Filho. **Epidemiologia & Saúde** (pp. 289-311), (6ª ed.). Rio de Janeiro: MEDPSI.
- Sirois, F. M. (2004). Procrastination and intentions to perform health behaviors: The role of self-efficacy and the consideration of future consequences. **Personality and Individual Differences**, 37, 115-128.
- Souza, G. A. de; Monteiro da Silva, A. M. & Galvão, R. (2002). A auto-eficácia como mediadora de melhora em índices clínicos de saúde oral. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, 16(1), 57-62.
- Spink, M. J. P. (1992). Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In: F. C. B. Campos (org.). **Psicologia e Saúde: repensando práticas** (pp. 11-23). São Paulo: Hucitee.
- Stepoe, A., Perkins-Porras, L., Rink, E., Hilton, S. & Cappuccio, F. P. (2004). Psychological and social predictors of changes in fruit and vegetable consumption over 12 months following behavioral and nutrition education counseling. **Health Psychology**, 23(6), 574-581.
- Toshima, M. T; Kaplan, R. M. & Ries, A. L. (1992). Self-efficacy expectancies in chronic obstructive pulmonary disease rehabilitation. In: R. Schwarzer. **Self-Efficacy: thought control and action** (pp. 325-354). Taylor & Francis.
- Veras, R. P. (1996). Atenção preventiva ao idoso – uma abordagem de saúde coletiva. In: M. Papaléo Netto. **Gerontologia** (pp 383-393). São Paulo: Atheneu.

APÊNDICES

APÊNDICE I**FICHA DE INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS**

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Ocupação (atual e anterior):

Escolaridade: quanto tempo estudou?

() nunca frequentou escola

() menos de 4 anos

() entre 4 e 8 anos

(...) entre 8 e 10 anos

() mais de 10 anos

APÊNDICES II**QUESTIONÁRIO SOBRE A DOENÇA E OS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE****1- Qual tipo de doença você tem?**

- ☐ Hipertensão arterial
☐ Diabetes
☐ Hipertensão e diabetes

2 - Há quanto tempo sabe da doença?

- | | |
|--|---|
| ☐ menos de 6 meses | ☐ entre 5 e 10 anos |
| ☐ entre 6 meses e 1 ano | ☐ entre 10 e 15 anos |
| ☐ entre 1 ano e 5 anos | ☐ mais de 15 anos |

3- Como você descobriu que tinha a doença?

- ☐ Exame médico de rotina
☐ Exame médico após apresentar algum sintoma (dor de cabeça, vômito, tontura, perda de peso, urinar em excesso, dor no peito, aumento de apetite, entre outros)
☐ Visita domiciliar de um profissional de saúde do PSF (agente de saúde, enfermeiro)
☐ Outro profissional de saúde (médico especialista ou outro)

4- Existe alguém da sua família que tem a mesma doença?

- ☐ Não
☐ Sim. Quem? _____

5- Faz uso de medicação para controlar a doença?

- ☐ Não
☐ Sim. Há quanto tempo? _____

6- Onde consegue o remédio?

- | | |
|---|---------------------------------|
| ☐ Compra | ☐ PSF |
| ☐ Assistência Social | ☐ Outros |

7- Qual a frequência indicada pelo médico para uso do (s) remédio (s)?

- | | |
|------------------------------------|--|
| ☐ 1X ao dia | ☐ 4X ao dia |
| ☐ 2X ao dia | ☐ mais de 4X ao dia |
| ☐ 3X ao dia | |

8- Quando você usa o remédio?

- () De acordo com a indicação do médico () Quando está mais nervoso
() Quando toma bebida alcoólica () Quando tem algum sintoma
() Outros

9- Como você faz o acompanhamento da sua doença?

- () através de visitas domiciliares da equipe de saúde (agente de saúde, médico, enfermeiro)
- () através de consultas médicas no PSF
- () através de consultas com outros médicos
- () outros

10- Quantas refeições você faz ao dia?

- | | |
|------------|--------------------|
| (...) uma | (...) quatro |
| (...) duas | () cinco |
| () três | () mais que cinco |

11- Com que frequência você come frutas e verduras?

- () nunca () 3X por semana
(...) 1X por semana (...) 4X por semana
() 2X por semana () todos os dias

12- Com que frequência você come alimentos gordurosos (frituras, carnes gordurosas, preparo dos alimentos na banha de porco, entre outros) ?

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ nunca | (...) 3X por semana |
| (...) 1X por semana | (...) 4X por semana |
| ☐ 2X por semana | ☐ todos os dias |

13- Com que frequência você pratica exercício físico?

- () nunca (...) 3X por semana
(...) 1X por semana (...) 4X por semana
() 2X por semana () todos os dias

14- No último mês, quantas vezes você praticou atividade física?

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ nunca | (...) 3X por semana |
| (...) 1X por semana | (...) 4X por semana |
| ☐ 2X por semana | ☐ todos os dias |

15- Qual é a atividade física que você pratica?

16- Com que frequência você ingere bebidas alcoólicas?

- | | |
|--|--|
| ☐ nunca/ ocasionalmente em festas | ☐ 3 x por semana |
| ☐ (...) 1X por semana | ☐ (...) 4X por semana |
| ☐ 2X por semana | ☐ todos os dias |

17- Qual a quantidade de bebida ingerida (doses, copos ou garrafas)?

- | | |
|--|---|
| ☐ nenhuma | ☐ entre 6 e 9 doses |
| ☐ até 3 doses | ☐ entre 9 e 12 doses |
| ☐ entre 3 e 6 doses | ☐ acima de 12 doses |

18- Você fuma?

- ☐ Não
- ☐ Sim. Quantos cigarros por dia? ____

19- Você frequenta as palestras do PSF para hipertensos e diabéticos?

- ☐ (...) Não. Por quê? _____
- ☐ (...) Sim. Qual sua opinião sobre elas? _____

APÊNDICE III

QUESTIONÁRIO DE AUTO-EFICÁCIA

Este questionário busca investigar como é sua percepção sobre aspectos relacionados a sua saúde. As questões deverão ser respondidas marcando com um “X” em algum ponto da linha. Este “X” indicará o ponto onde você se coloca em relação ao aspecto investigado em cada item. Não existe resposta certa ou errada, sua sinceridade é o mais importante.

1. Coloque um X na linha abaixo para mostrar o quão grande é para você o seu risco de ter um **infarto / derrame**:

Nenhum risco Muito risco

2. Coloque um X na linha abaixo para mostrar o quanto você reduziria seu risco de infarto mantendo uma **alimentação saudável (balanceada)**:

Nenhuma redução Muita redução

3. Coloque um X na linha abaixo para indicar o quanto você acredita que é fácil ou difícil **se alimentar de maneira saudável (balanceada)** para manter uma boa saúde cardiovascular:

Muito difícil Muito fácil

4. Coloque um X na linha abaixo para mostrar o quanto é provável você **se alimentar de maneira saudável (balanceada)** para manter uma boa saúde cardiovascular, mesmo em situações de cansaço, falta de tempo, férias, festas e outras condições adversas:

Pouco provável Muito provável

5. Coloque um X na linha abaixo para mostrar o quanto você reduziria seu risco de infarto mantendo **a prática de atividade física no mínimo três vezes / semana**:

Nenhuma redução

Muita redução

6. Coloque um X na linha abaixo para indicar o quanto você acredita que é fácil ou difícil **praticar atividade física no mínimo três vezes / semana** para manter uma boa saúde cardiovascular:

Muito difícil

Muito fácil

7. Coloque um X na linha abaixo para mostrar o quanto é provável que você **pratique atividade física no mínimo três vezes / semana** para manter uma boa saúde cardiovascular, mesmo em situações de cansaço, falta de tempo, férias, festas e outras condições adversas:

Pouco provável

Muito provável

8. Coloque um X na linha abaixo para mostrar o quanto você reduziria seu risco de infarto **parando de fumar**:

Nenhuma redução

Muita redução

9. Coloque um X na linha abaixo para indicar o quanto você acredita que é fácil ou difícil **parar de fumar** para manter uma boa saúde cardiovascular:

Muito difícil

Muito fácil

10. Coloque um X na linha abaixo para mostrar o quanto é provável você **parar de fumar** para manter uma boa saúde cardiovascular, mesmo em situações de cansaço, falta de tempo, férias, festas e outras condições adversas:

Pouco provável

Muito provável

11. Coloque um X na linha abaixo para mostrar o quanto você reduziria seu risco de infarto **diminuindo o consumo de álcool**:

Nenhuma redução Muita redução

12. Coloque um X na linha abaixo para indicar o quanto você acredita que é fácil ou difícil **diminuir o consumo de álcool** para manter uma boa saúde cardiovascular:

Muito difícil Muito fácil

13. Coloque um X na linha abaixo para mostrar o quanto é provável você **diminuir o consumo de álcool** para manter uma boa saúde cardiovascular, mesmo em situações de cansaço, falta de tempo, férias, festas e outras condições adversas:

Pouco provável Muito provável

APÊNDICE IV
QUESTIONÁRIO DA EQUIPE DE SAÚDE

1. Qual sua função no PSF?

- () Médico
() Enfermeiro
() Agente comunitário de Saúde
() Auxiliar de Enfermagem
() Odontólogo
() Auxiliar de Odontologia

2. Qual a unidade de PSF que você trabalha?

- () Boa Vista () Nova Esperança

3. Como é realizado o trabalho de equipe neste PSF?

4. Qual a importância do programa de educação para saúde para os pacientes diabéticos e hipertensos?

5. Como você acha que deve ser realizado esse programa?

6. Na sua opinião, como acontece a educação para saúde nesta unidade do PSF?

7. Quais são as ações utilizadas na educação para saúde pelos profissionais deste PSF?

8. Quais os temas abordados nas reuniões de educação para saúde?

9. Qual profissional que coordena as reuniões de educação para saúde?

- () Médico
- () Enfermeiro
- () Agente comunitário de Saúde
- () Auxiliar de Enfermagem
- () Odontólogo
- () Auxiliar de Odontologia

10. Quais os recursos didáticos utilizados nessas reuniões?

11. No seu dia-a-dia você tem percebido uma melhora na adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso?

12. E quanto ao tratamento não medicamentoso – alterações nos hábitos de saúde e estilo de vida (alimentação, prática de atividade física, interrupção do tabagismo e diminuição do consumo de álcool)?

13. Na sua opinião, o que leva a pessoa a aderir aos comportamentos de saúde ou mudar de hábitos ou estilo de vida?

14. Na sua opinião, além dos profissionais de saúde que compõem a equipe, existe a necessidade de profissionais de saúde de outras áreas na equipe do PSF? Quais?

APÊNDICE V



Universidade Federal de Uberlândia
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
 Av. João Naves de Ávila, nº 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG -
 CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA Nº 257/05

Registro CEP: 171/05

Projeto Pesquisa: "A influência da auto-eficácia na adesão aos comportamentos de saúde"

Pesquisador Responsável: Chrystiane Mendonça Cardoso

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação, do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Projeto aprovado.

Uberlândia, 09 de setembro de 2005.

Sandra Terezinha de Farias Furtado
 Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
 Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador:
 (Para parecer Aprovado ou Aprovado com Recomendações)

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.2), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovaatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e) O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma da Res. 196/96 CNS.

APÊNDICEVI

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA

Os pesquisadores que desenvolvem estudos atuais sobre saúde e doença têm indicado que mudança nos comportamentos ou no estilo de vida das pessoas é fundamental para ter uma vida saudável até a velhice porque contribuem para evitar as complicações decorrentes de doenças como a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*.

Sendo assim, na presente pesquisa pretende-se investigar a relação entre a crença da pessoa na sua capacidade de desempenhar um determinado comportamento e a mudança e/ou adoção de comportamentos de saúde como, por exemplo, fazer exercícios físicos.

Para se obter as informações necessárias para este estudo serão utilizados questionários elaborados especialmente para isso. As respostas poderão ser anotadas pela pesquisadora ou pelo próprio participante. A aplicação dos questionários poderá ser feita na residência do participante ou na unidade do PSF, em local reservado para isso ficando a escolha a critério do mesmo. O horário será previamente combinado entre o participante e a pesquisadora. O tempo médio para responder aos questionários é de uma hora.

Não serão utilizadas informações que permitam identificar os participantes, como nome e endereço e fica assegurado o sigilo em relação às respostas dadas.

O participante poderá esclarecer qualquer dúvida em relação ao estudo que está sendo feito em qualquer momento e poderá deixar de participar dele, caso deseje, no que será prontamente atendido.

A pessoa que não quiser participar desta pesquisa ou desejar sair dela antes de seu término não sofrerá nenhum tipo de represália por parte da pesquisadora e não será prejudicada nos seus atendimentos no PSF.

O participante autorizará a apresentação e publicação das informações que fornecer para este estudo, em congressos e revistas científicos, garantidos o sigilo em relação à sua pessoa e o caráter confidencial das informações relacionadas com sua privacidade.

A pessoa não sofrerá riscos ao participar deste estudo.

Os benefícios do estudo serão indiretos para os participantes uma vez que, a longo prazo, a pesquisa contribuirá para aumentar o conhecimento sobre a realidade vivida pelos pacientes portadores de doenças como a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*, o que será útil para a implementação de técnicas e serviços cada vez mais adequados para a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ abaixo assinado, recebi informações sobre a pesquisa intitulada “A influência da auto-eficácia na adesão aos comportamentos de saúde”, a ser desenvolvida pela pesquisadora Chrystiane Mendonça Cardoso, aluna de mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Estou ciente que:

- a) o objetivo da pesquisa é investigar a relação entre a crença da pessoa na sua capacidade de desempenhar um determinado comportamento e a mudança e/ou adoção de comportamentos de saúde;
- b) responderei a questionários elaborados especialmente para essa pesquisa;
- c) o tempo médio para responder aos questionários será de uma hora;
- d) a coleta de informações será feita no PSF ou na minha residência em horário combinado antecipadamente;
- e) caso eu não queira participar desta pesquisa ou desejar sair dela antes de seu término não serei prejudicado nos meus atendimentos no PSF;
- f) os resultados da pesquisa serão apresentados e/ou publicados em congressos e revistas científicas, garantindo o sigilo em relação à minha pessoa e o caráter confidencial das informações relacionadas com minha privacidade;
- g) não corro risco ao participar deste estudo e não terei benefícios diretos.

Concordo em participar desta pesquisa, declarando conhecer seus termos, e afirmo que minha participação é totalmente voluntária e livre.

Assinatura do participante: _____

RG nº : _____

Data da assinatura do termo: ____/____/200__

Assinatura da pesquisadora: _____

Telefone da pesquisadora: (34) 3210-3473 / 9142-4288

Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Uberlândia, Campus Santa Mônica – Bloco “J”. Fone: 3239-4131

APÊNDICE VII

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA

Os pesquisadores que desenvolvem estudos atuais sobre saúde e doença têm indicado que mudança nos comportamentos ou no estilo de vida das pessoas é fundamental para ter uma vida saudável até a velhice porque contribuem para evitar as complicações decorrentes de doenças como a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*.

Sendo assim, na presente pesquisa pretende-se investigar a relação entre a crença da pessoa na sua capacidade de desempenhar um determinado comportamento e a mudança e/ou adoção de comportamentos de saúde como, por exemplo, fazer exercícios físicos. Além disso, pretende-se investigar a percepção dos profissionais da equipe de saúde sobre o programa de educação para saúde e o que, na opinião dos mesmos, leva a adesão dos pacientes aos comportamentos de saúde

Os participantes da pesquisa serão os pacientes, portadores de hipertensão arterial e diabetes *Mellitus*, e os profissionais que compõem a equipe de saúde das unidades do PSF, que serão pesquisadas. Para se obter as informações necessárias para este estudo serão utilizados questionários elaborados especialmente para isso.

As respostas dos profissionais de saúde serão anotadas pelo próprio participante. A aplicação dos questionários será feita coletivamente na unidade do PSF na qual o participante pertence, em local reservado para isso. O horário será previamente combinado entre os participantes e a pesquisadora.

Não serão utilizadas informações que permitam identificar os participantes, como nome e endereço e fica assegurado o sigilo em relação às respostas dadas. O participante poderá esclarecer qualquer dúvida em relação ao estudo que está sendo feito em qualquer momento e poderá deixar de participar dele, caso deseje, no que será prontamente atendido.

A pessoa que não quiser participar desta pesquisa ou desejar sair dela antes de seu término não sofrerá nenhum tipo de represália por parte da pesquisadora e não será prejudicada nas suas funções no PSF. O participante autorizará a apresentação e publicação das informações que fornecer para este estudo, em congressos e revistas científicos, garantidos o sigilo em relação à sua pessoa e o caráter confidencial das informações relacionadas com sua privacidade.

A pessoa não sofrerá riscos ao participar deste estudo. Os benefícios do estudo serão indiretos para os participantes uma vez que, a longo prazo, a pesquisa contribuirá para aumentar o conhecimento sobre a realidade vivida pelos pacientes portadores de doenças como a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*, o que será útil para a implementação de técnicas e serviços cada vez mais adequados para a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ abaixo assinado, recebi informações sobre a pesquisa intitulada “A influência da auto-eficácia na adesão aos comportamentos de saúde”, a ser desenvolvida pela pesquisadora Chrystiane Mendonça Cardoso, aluna de mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Estou ciente que:

- a) o objetivo da pesquisa é investigar a relação entre a crença da pessoa na sua capacidade de desempenhar um determinado comportamento e a mudança e/ou adoção de comportamentos de saúde; e investigar a percepção dos profissionais da equipe de saúde sobre o programa de educação para saúde e o que leva a adesão dos pacientes aos comportamentos de saúde;
- b) responderei a questionários elaborados especialmente para essa pesquisa;
- c) o tempo médio para responder aos questionários será de trinta minutos;
- d) a coleta de informações será feita no PSF em horário combinado antecipadamente;
- e) caso eu não queira participar desta pesquisa ou desejar sair dela antes de seu término não sofrerei nenhum tipo de represália por parte da pesquisadora e não serei prejudicado nas minhas funções no PSF;
- f) os resultados da pesquisa serão apresentados e/ou publicados em congressos e revistas científicas, garantindo o sigilo em relação à minha pessoa e o caráter confidencial das informações relacionadas com minha privacidade;
- g) não corro risco ao participar deste estudo e não terei benefícios diretos.

Concordo em participar desta pesquisa, declarando conhecer seus termos, e afirmo que minha participação é totalmente voluntária e livre.

Assinatura do participante: _____

RG nº : _____

Data da assinatura do termo: ____/____/200__

Assinatura da pesquisadora: _____

Telefone da pesquisadora: (34) 3210-3473 / 9142-4288

Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Uberlândia, Campus Santa Mônica – Bloco “J”. Fone: 3239-4131

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

- C268i Cardoso, Chrystiane Mendonça, 1978-
A influência da auto-eficácia na adesão aos
comportamentos de saúde / Chrystiane Mendonça Cardoso. -
2006.
- 85 f. : il.
- Orientadora: Sueli Aparecida Freire.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia
Progra-
ma de Pós-Graduação em Psicologia.
- Inclui bibliografia.
1. Psicologia aplicada - Teses. I. Freire, Sueli Aparecida.
II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-
Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.99