

Crenças relacionadas à adesão ao tratamento com antidiabéticos orais segundo a Teoria do Comportamento Planejado¹

Fernanda Freire Jannuzzi²
Roberta Cunha Matheus Rodrigues³
Marília Estevam Cornélio⁴
Thaís Moreira São-João⁵
Maria Cecília Bueno Jayme Gallani⁶

Objetivo: identificar as crenças salientes comportamentais, normativas, de controle e de autoeficácia, relacionadas ao comportamento de adesão aos antidiabéticos orais, utilizando a Teoria do Comportamento Planejado. **Método:** estudo transversal, exploratório, com 17 diabéticos, em uso contínuo de antidiabético oral, em seguimento ambulatorial. As entrevistas individuais foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo, utilizando-se categorias pré-definidas. **Resultados:** emergiram crenças comportamentais relacionadas às vantagens e desvantagens do uso dos medicamentos, como a possibilidade de evitar complicações do diabetes, evitar ou retardar o uso de insulina e percepção de reações adversas. Evidenciou-se que os filhos e o médico são importantes referentes sociais que influenciam a adesão medicamentosa. Dentre os fatores que facilitam a adesão destacaram-se o acesso gratuito aos medicamentos e a tomada dos medicamentos relacionada a marcadores temporais. A complexidade terapêutica, por outro lado, foi considerada fator que dificulta a adesão. A compreensão da forma de uso dos medicamentos e o esquecimento impactam a percepção da capacidade de aderir aos antidiabéticos orais. **Conclusão:** a adesão medicamentosa é um comportamento complexo, permeado por crenças comportamentais, normativas, de controle e autoeficácia que devem ser consideradas na avaliação dos determinantes do comportamento.

Descritores: Adesão à Medicação; Comportamento; Diabetes Mellitus; Enfermagem.

¹ Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil, processos nº 2012/05224-1 e 2010/10006-8, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, processo nº 309827/2012-4 e do Fundo de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão da Unicamp (FAPEX), Brasil, processo nº 519.294.

² Doutoranda, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

⁴ PhD, Professor Assistente, Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil.

⁵ Pós-Doutoranda, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

⁶ PhD, Professor Associado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Professor Titular, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, Canadá.

Endereço para correspondência:

Fernanda Freire Jannuzzi
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Cidade Universitária Zeferino Vaz
CEP: 13083-887, Campinas, SP, Brasil
E-mail: fernandafj@yahoo.com.br

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

Para controlar o *Diabetes Mellitus* (DM) e facilitar o seu manejo, é recomendada a utilização de medidas não farmacológicas e farmacológicas. Nesse sentido, particular atenção tem sido dada aos fatores relacionados à adesão medicamentosa, uma vez que as doenças crônicas e inicialmente assintomáticas são aquelas com maior propensão à não adesão medicamentosa⁽¹⁾. Sabe-se que, apesar dos grandes avanços tecnológicos em relação ao diagnóstico e ao tratamento dos pacientes com DM, alta proporção de pessoas não adere ao tratamento preconizado⁽²⁻³⁾.

De modo geral, a adesão medicamentosa é compreendida na medida em que os pacientes seguem as instruções para os tratamentos prescritos⁽⁴⁾. Considera-se que a decisão de tomar ou não os medicamentos é um método empírico-racional que os pacientes utilizam para expressar as suas tentativas de lidar com a doença. É importante reconhecer e não subestimar a capacidade de tomada de decisão dos pacientes, identificando suas crenças e os auxiliando na adoção de comportamentos apropriados.

A Teoria do Comportamento Planejado (*Theory of Planned Behavior* – TPB)⁽⁵⁾, um dos principais modelos utilizados para estudar comportamentos em saúde, postula que as crenças impactam os fatores preditores da intenção (motivação) – determinante imediato do comportamento. Assim, acessar as crenças relacionadas à adesão medicamentosa é essencial para compreender as ações de autocuidado adotadas, uma vez que representam as opiniões sobre as orientações de saúde, com base em conhecimentos próprios ou em experiências vividas, permitindo que se rejeite ou aceite as condutas prescritas⁽⁶⁾.

Observa-se, no entanto, que, apesar de extensamente utilizada na compreensão de diferentes comportamentos em saúde, é escassa a aplicação da TPB na compreensão dos comportamentos relacionados à prevenção e/ou controle do DM. Entre os pacientes com DM foram estudados os comportamentos de atividade física regular⁽⁷⁾, administração de insulina⁽⁸⁾, consumo de alimentos pobres em gordura saturada⁽⁹⁾ e a adesão ao uso de antidiabéticos orais⁽¹⁰⁾. Porém, não há estudos dessa natureza realizados na população brasileira com DM.

Este estudo, portanto, tem como objetivo identificar e analisar as crenças salientes – comportamentais, normativas, de controle e de autoeficácia – relacionadas ao comportamento de adesão aos antidiabéticos orais, por meio da aplicação da TPB. A identificação das crenças, de

acordo com a TPB, constitui etapa essencial para subsidiar a construção de instrumento de medida que possibilite a identificação dos fatores determinantes do comportamento de aderir aos antidiabéticos orais. A compreensão desses determinantes possibilitará o delineamento de intervenções que sejam efetivas na promoção do comportamento para aderir aos antidiabéticos orais.

Método

Estudo transversal, exploratório, com abordagem qualiquantitativa, norteado pelo referencial teórico da TPB.

Referencial Teórico

Trata-se de modelo motivacional derivado das teorias cognitivo-sociais, no qual o comportamento é determinado pela *intenção* (motivação) para agir (efetivar o comportamento) e pela percepção de controle sobre o comportamento. A intenção, antecedente imediata do comportamento, é determinada por três fatores: *Atitude* – avaliações do indivíduo quanto aos resultados prováveis ou esperados no desempenho do comportamento; *Norma Subjetiva* – que se refere à pressão social percebida, ou seja, a percepção do indivíduo sobre a opinião dos referentes sociais sobre realização ou não do comportamento e *Controle Comportamental Percebido* – que trata das percepções do sujeito em relação ao quanto de controle tem sobre a realização do comportamento^(5,11). Cada um dos três determinantes da Intenção é formado por suas respectivas crenças. As *crenças comportamentais* se referem à avaliação dos resultados do comportamento e produzem atitude favorável ou desfavorável à sua realização. As *crenças normativas* são relativas à percepção de referentes sociais sobre o comportamento e resultam na norma subjetiva. As *crenças de controle* são elaboradas pela presença dos fatores percebidos que podem facilitar ou dificultar a realização do comportamento em questão e influenciam o controle comportamental percebido^(5,11). O modelo preconiza que, no levantamento das crenças, sejam consideradas aquelas salientes, isto é, as que primeiro vêm à mente quando o entrevistado é abordado com questões abertas sobre o comportamento⁽¹²⁾.

Embora a literatura aponte o forte poder preditivo da TPB na determinação da intenção comportamental em relação a uma gama complexa de comportamentos, estudiosos⁽¹³⁾ têm arguido que a inclusão de outras variáveis podem melhorar a explicação da variabilidade da motivação e seu poder preditivo sobre o comportamento. A seleção dessas variáveis depende de sua relevância

para a compreensão do comportamento desejado e das características do comportamento estudado. Em relação à adesão medicamentosa, a variável *Autoeficácia* foi considerada relevante para o estudo desse comportamento e se refere à confiança do sujeito em sua capacidade para realizar determinados comportamentos que influenciam os eventos que afetam sua vida⁽¹⁴⁾.

Local da pesquisa

O estudo foi realizado no ambulatório geral de adultos de um hospital universitário de grande porte, no interior do Estado de São Paulo.

Sujeitos

Participaram deste estudo indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de DM do tipo 2, em uso contínuo de medicamento(s) antidiabético(s) oral(is), há pelo menos seis meses, e em seguimento ambulatorial no referido campo de pesquisa. Foram excluídos os sujeitos cuja administração de medicamentos era gerenciada por um cuidador, aqueles que faziam uso de insulina, que relataram história de hospitalização ou cirurgia nos últimos 30 dias e que mostraram incapacidade de compreensão e de comunicação verbal oral. Foi utilizada a amostra por conveniência, isto é, foram incluídos, consecutivamente, todos os pacientes que atenderam os critérios de inclusão até ser alcançada a saturação dos dados, ponto em que não se obteve nenhuma nova informação e atingiu-se a redundância⁽¹⁵⁾.

Coleta de dados

Os dados foram obtidos no período de março a abril de 2012, por meio de entrevista semiestruturada, individual, sob o formato de respostas livres, visando suscitar crenças salientes⁽¹¹⁾. As entrevistas foram conduzidas em ambiente privativo, sendo seu conteúdo gravado e, posteriormente, transcrito na íntegra.

Instrumentos

- Caracterização sociodemográfica e clínica: composto por dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade, situação de trabalho e renda familiar) e clínicos (tempo de diagnóstico, número de medicamentos e classes de antidiabéticos em uso).
- Medida autorrelatada de adesão medicamentosa considerada segundo dois critérios⁽²⁾ - 1) *proporção de adesão* - avaliada por meio de quatro quadros que descrevem: 1. nome, dose e posologia dos medicamentos prescritos; 2. forma de utilização de cada medicamento nas 24 horas anteriores à entrevista; 3. utilização dos

mesmos na semana anterior; 4. utilização no mês anterior. Os quadros 2 e 3, referentes à tomada dos medicamentos na véspera e semana anterior, visam obter respostas mais acuradas por meio da minimização do viés da memória. A adesão aos antidiabéticos orais foi calculada com base nas doses omitidas no último mês, declaradas pelo paciente, segundo o seguinte cálculo: $[(\text{doses prescritas} - \text{doses perdidas}) \times 100 / \text{doses prescritas}]^{(16)}$. Para aqueles que faziam uso de mais de um antidiabético oral, a proporção final foi calculada pela média das porcentagens de adesão a cada um. A proporção de adesão foi avaliada como variável contínua (média da tomada dos medicamentos prescritos) e categórica, classificada em dose adequada ($\geq 80\%$ da prescrita) e dose insuficiente ($< 80\%$); 2) *avaliação global da adesão* considera, além da proporção das doses utilizadas, a forma como os medicamentos são tomados, a frequência e os cuidados necessários à sua administração, considerando a associação com marcadores temporais: jejum, desjejum, almoço, jantar e ao deitar. Os pacientes foram classificados nos grupos: I - dose e cuidados adequados à prescrição; II - dose adequada e cuidados inadequados; III - dose insuficiente e cuidados adequados e IV - dose e cuidados inadequados. Foram considerados aderentes os pacientes classificados no grupo I e não aderentes aqueles classificados nos grupos II, III e IV.

- Levantamento das crenças de aderir ao uso de antidiabéticos orais: criado segundo os pressupostos da TPB⁽¹¹⁾ e submetido à validade de conteúdo, por meio da avaliação de cinco juízes especialistas na área de estudos do comportamento, na aplicação da TPB e na construção e validação de instrumentos de medida⁽¹⁷⁾. O instrumento é composto por 17 questões abertas e semiabertas, distribuídas em crenças gerais sobre o comportamento (uma), crenças salientes comportamentais (três), normativas (cinco), de controle (seis) e de autoeficácia (duas). O comportamento foi definido como: "tomar os medicamentos para o tratamento do diabetes exatamente como receitados pelo seu médico nos próximos dois meses", o que contempla os elementos de alvo, ação, contexto e tempo, de acordo com os pressupostos da TPB⁽¹¹⁾.

Análise dos dados

As respostas foram submetidas à análise de conteúdo com base nas recomendações do modelo teórico da TPB^(11,18). Foram percorridas as seguintes etapas de análise: i) exploração do material com vistas à sua categorização, utilizando-se categorias pré-definidas pela TPB, isto é, crenças comportamentais,

normativas, de controle e de autoeficácia, relacionadas ao comportamento de aderir aos antidiabéticos orais; ii) as respostas foram agrupadas em cada categoria de acordo com temas ou subcategorias extraídas das falas dos sujeitos. As subcategorias que emergiram do discurso foram submetidas à análise interobservadores para assegurar a confiabilidade da avaliação (dois pesquisadores *expertises* na aplicação da TPB), com índice de concordância de 95% entre os juízes e iii) contabilizou-se a frequência das subcategorias, sendo destacadas as crenças modais ou mais frequentes. Para identificar quais crenças seriam incluídas, foi utilizado um dos critérios propostos pela TPB, no qual se classificam como modais as crenças que excedem uma determinada frequência. No presente estudo, todas as

crenças mencionadas, por pelo menos 10% da amostra, foram incluídas.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de universidade do interior do Estado de São Paulo (Parecer no6.608/2012).

Resultados

A amostra foi constituída por 17 sujeitos sendo, em sua maioria, mulheres (64,7%), com média de idade 59,8 anos, com escolaridade média de 3,9 anos de estudo e que moravam acompanhados (88,2%). A renda familiar média foi de 2,5 salários-mínimos (SM) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes com *diabetes mellitus* em seguimento ambulatorial em hospital universitário (N=17). Campinas, SP, Brasil, 2012

Variáveis	n	%	Média (dp)	Mediana	Varição observada
Sociodemográficas					
Idade (anos)			59,8 (13,9)	57	40-84
Escolaridade (anos de estudo)			3,9 (3,3)	4	0-11
Renda familiar mensal (SM)*			2,5 (2,0)	1,9	1-8
Sexo – feminino	11	64,7			
Situação de trabalho					
Ativo	1	5,9			
Inativo/do lar	16	94,1			
Clínicas					
Tempo de diagnóstico do DM (meses)			68,6 (62,1)	48	8-240
Número de classes de medicamentos em uso			6,8 (2,8)	7	3-13
Antidiabéticos orais em uso					
Metformina	8	47,1			
Sulfonilureia	2	11,8			
Metformina + sulfonilureia	7	41,2			
Proporção de adesão (%)			83,7 (25,7)	95	0-100
Uso ≥80% das doses prescritas	12	70,6			
Avaliação global da adesão					
Aderentes	9	53,0			
Não aderentes	8	47,0			

*Salário-mínimo (SM) vigente=R\$622,00

Em relação à prescrição dos antidiabéticos orais, constatou-se a prescrição de metformina isoladamente (47,1%) ou associada com sulfonilureia (41,2%). Os pacientes referiram utilizar, em média, 83,7% das doses prescritas no mês anterior à entrevista, e a maioria (52,9%) foi considerada aderente na avaliação global da adesão.

Considerando as crenças comportamentais sobre adesão aos antidiabéticos orais, sete subcategorias analíticas emergiram, representando as vantagens e desvantagens relacionadas ao comportamento de aderir

aos antidiabéticos orais (Tabela 2). As desvantagens foram apontadas, na maior parte dos discursos, com destaque para as reações adversas aos fármacos (82,4%), seguida pelos sintomas de hipoglicemia atribuídos aos medicamentos (29,4%), como pode ser evidenciado nos discursos a seguir. *Não é normal ficar soltando o intestino desse jeito. Pode desidratar. Às vezes começa a dar suor, a língua adormece. Aí, eu tenho que comer uma coisa salgada ou uma coisa doce. Sempre dá isso aí em mim. Ela descontrola. Então, eu acho que é o uso do medicamento direto* (Sujeito 16).

As vantagens incluíram o controle da glicemia e da doença, apontadas em 58,8% dos discursos e a prevenção de complicações evidenciadas em 52,9% das falas, conforme observado nas falas adiante. *Então, os remédios controlam o açúcar mais que a dieta. Daí, nesses dias que eu não estou tomando, ele tá subindo* (Sujeito 2). *Agora se não tomar, mais tarde vêm as complicações. Eu tenho medo de complicar sim, porque na família teve um caso desses e eu tinha que cuidar dessa pessoa. Só que ela não tomava os medicamentos* (Sujeito 16). Em menor proporção destacam-se a prevenção de desfechos negativos, como a hospitalização e a morte,

o retardo da indicação do tratamento com insulina e a melhora dos sintomas de hiperglicemia. Os trechos a seguir revelam, respectivamente, as crenças citadas. *Quando a esposa esquece, as filhas vai lembrar. Então eu tô sempre lembrando. Elas não querem me ver internado no hospital devido à falta da medicação* (Sujeito 7). *O médico falou que se eu me desse bem com esse comprimido, não era necessário fazer uso de insulina. Então, eu prefiro acertar com os comprimidos que tomar a insulina* (Sujeito 13). *Melhora, assim, melhora os sintomas do diabetes. A queimação dos pés. Eu sinto melhor. Não sara, mas melhora* (Sujeito 10).

Tabela 2 - Crenças comportamentais relacionadas ao comportamento de aderir aos antidiabéticos. Campinas, SP, Brasil, 2012

Crenças comportamentais	%
Tomar os medicamentos para o tratamento do diabetes exatamente como prescritos...	
Provoca reações adversas	82,4
Mantém a glicemia e o diabetes sob controle	58,8
Evita complicações do diabetes	52,9
Evita internações e a morte	41,2
Evita ou retarda a indicação de insulina	29,4
Provoca sintomas de hipoglicemia	29,4
Melhora os sintomas de hiperglicemia	23,5

Em relação às crenças normativas, os participantes identificaram 4 grupos de referentes sociais positivos – filhos, médicos, cônjuges e equipe de enfermagem, evidenciados nas falas a seguir. *Um dos filhos sempre me ajuda. Se não me lembrarem, eu não tomo nenhum. Eu esqueço. Minha ideia de uns tempos pra cá fugiu muito. Fica mais difícil* (Sujeito 8). *Eu sigo as ordens dos médicos, confio muito neles* (Sujeito 7). *Ele (aponta para o marido) que ajuda, que vai buscar. Porque o posto é meio longe e como eu tenho essas dores nas pernas, ele pega e vai buscar. Me dá a receita aí, ele fala* (Sujeito 2). *Tem as enfermeiras na reunião dos diabéticos. Elas falam assim: a tal da diabetes mata, né? Tem que cortar a perna, não pode machucar* (Sujeito 2). Os familiares mais próximos (cônjuge e filhos) foram considerados favoráveis à adesão, uma vez que oferecem apoio na aquisição dos medicamentos, organizam os fármacos em recipientes próprios, auxiliam na lembrança dos horários e na explicação do esquema terapêutico ao paciente.

Observa-se, nas falas dos sujeitos, que outras pessoas diabéticas que não aderem ao tratamento medicamentoso são apontadas como referentes sociais negativos. *Tem uma prima da minha esposa que fala assim: "minha avó tinha diabetes desde 30 anos, nunca tomou remédio e morreu com 90. Larga mão disso". Ela faz assim e acha que tô fazendo mal porque me proibem de comer tantas coisas. Ela acha que é por*

isso que tô sofrendo à toa, que não precisa tomar isso, não (Sujeito 7). Esses referentes são aqueles com complicações do DM, que não aderem às demais orientações do tratamento, que relatam problemas familiares, não se preocupam com a saúde, moram sozinhos, são muito idosos ou jovens e, especialmente, não acreditam no tratamento (Tabela 3).

Em relação às crenças de controle, foram reportados os fatores que impedem/dificultam, e aqueles que favorecem/facilitam o comportamento, que representaram uma e cinco subcategorias, respectivamente. Dentre os cinco fatores que facilitam destacaram-se a aquisição dos medicamentos de forma gratuita, ter rotinas e controle das atividades diárias, tomar os medicamentos associados aos marcadores temporais, levar os medicamentos ao sair de casa e diferenciar os comprimidos e drágeas por cor, formato e tamanho. As falas destacadas a seguir revelam as crenças de controle. *Pegar no posto facilita [...] Tem dia que você não tem um real prá compra pão. Eu acabo de almoçar, e já tomo em cima, com o estômago cheio* (Sujeito 17). *Quando eu saio eu levo. Faz parte já. É que nem minha carteira: prá onde vou, eu levo* (Sujeito 7). *Eu não sei o nome, mas sei pela cor e pelo tamanho. Alguns são tudo igual* (Sujeito 12). *Eu tenho horário pra tudo, pro café, pro almoço, pro café da tarde, prá janta, tudo. Eu tenho horário prá tudo* (Sujeito 4).

Foi mencionado que tomar os medicamentos mais do que uma vez por dia dificulta o comportamento de aderir aos antidiabéticos. *Tem que tomar cedo e à noite, e é isso aí que me atrapalha. Melhor se fosse só uma vez* (Sujeito 10) (Tabela 4).

Tabela 3 - Crenças normativas relacionadas ao comportamento de aderir aos antidiabéticos orais. Campinas, SP, Brasil, 2012

Crenças normativas	%
Ao tomar os medicamentos para o tratamento do diabetes exatamente como prescritos, seria aprovado por...	
Meus filhos	70,6
Meu médico	58,8
Meu esposo ou esposa	52,9
A equipe de enfermagem	17,6
Ao tomar os medicamentos para o tratamento do diabetes exatamente como prescritos, <i>não</i> seria aprovado por...	
Conhecidos que são diabéticos e não aderem ao tratamento	58,8

Tabela 4 - Crenças de controle relacionadas ao comportamento de aderir aos antidiabéticos orais. Campinas, SP, Brasil, 2012

Crenças de controle	%
Torna-se <i>mais fácil</i> a tomada dos medicamentos para o tratamento do diabetes exatamente como prescritos...	
Adquirir os medicamentos de forma gratuita	70,6
Associar a tomada de medicamentos aos marcadores temporais	29,4
Levar os comprimidos ao sair de casa	29,4
Diferenciar os medicamentos por cor, formato e tamanho	17,7
Ter rotinas e controle das atividades diárias	11,8
Torna-se <i>mais difícil</i> a tomada dos medicamentos para o tratamento do diabetes exatamente como prescritos	
Ter que tomar os medicamentos mais do que uma vez por dia	23,5

As crenças de autoeficácia dizem respeito à percepção que o indivíduo tem de sua capacidade ou não para realizar o comportamento. A análise da fala – *A única coisa que eu tava comentando é que tem remédio aqui que eu tava tomando e nem sabia prá quê que era. [...] Mas, entendendo prá que serve fica mais fácil* (Sujeito 13) – revela que o fator que

justificou a capacidade em realizar o comportamento foi a compreensão da receita. A crença que explicou a possível incapacidade para a adesão aos antidiabéticos orais foi o esquecimento, como mostra o discurso: [...] *quando a gente lembra, né? Eu trabalho, e levo os remédios no trabalho. O problema é que a gente esquece, fica envolvido* (Sujeito 14) (Tabela 5).

Tabela 5 - Crenças de autoeficácia relacionadas ao comportamento de aderir aos antidiabéticos orais. Campinas, SP, Brasil, 2012

Crenças de autoeficácia	%
Eu me sinto capaz de tomar os medicamentos para o tratamento do diabetes exatamente como prescritos devido...	
À compreensão da receita e da forma de uso dos medicamentos	35,3
Às vezes, eu não me sinto capaz de tomar os medicamentos para o tratamento do diabetes exatamente como prescritos devido ao...	
Ao esquecimento	17,6

Discussão

O objetivo deste estudo foi suscitar e analisar as crenças salientes relacionadas à adesão aos antidiabéticos orais, por meio da aplicação da TPB. Trata-se de investigação pioneira no contexto brasileiro, cujos achados

fornecem subsídios para construção de instrumento para medida dos determinantes da adesão aos antidiabéticos orais. Segundo a TPB, cada um dos determinantes cognitivos do comportamento consiste em um conjunto de crenças e de sua avaliação pelos sujeitos. Dessa forma, conhecer as crenças subjacentes ao uso dos antidiabéticos

orais é essencial para a compreensão dos determinantes da adesão medicamentosa, bem como para subsidiar o delineamento intervenções efetivas na promoção desse comportamento entre pacientes com DM⁽¹⁹⁾.

Ao lidar com um paciente com a doença mal controlada, o profissional de saúde enfrenta desafios ao tentar descobrir a causa da hiperglicemia, ou seja, se relacionada à não adesão medicamentosa ou se ocorre a despeito do uso correto dos medicamentos. Uma vez que os sujeitos podem estar mais dispostos a relatar as crenças negativas sobre o tratamento medicamentoso do que admitir a baixa adesão, questionar as crenças pode permitir identificar os pacientes com maior propensão à não adesão.

Em relação às crenças comportamentais, destaca-se o impacto percebido pelas reações adversas atribuídas aos antidiabéticos orais, o que pode conduzir à não adesão, achado também observado em estudos prévios⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Outra desvantagem da adesão são os episódios de hipoglicemia, responsáveis por sensações de irritação, mal-estar e fraqueza que contribuem para o não alcance do controle glicêmico no DM⁽²¹⁾. O medo desses eventos aumenta o estresse associado ao DM, com significativo impacto no manejo da doença e no controle metabólico⁽²²⁾. As vantagens da adesão se relacionam ao controle da doença, à minimização das complicações e à prevenção de desfechos negativos, o que evidencia a percepção do DM pelos sujeitos como doença progressiva, potencialmente fatal, que culmina no tratamento com insulina e no impacto da qualidade de vida. Em estudo semelhante⁽¹⁰⁾ também foram verbalizadas a sensação de bem-estar proporcionada pelo uso regular dos antidiabéticos orais, a potencial redução de complicações e a manutenção da glicemia e do DM sob controle.

Com respeito às crenças normativas, os referentes sociais positivos evidenciados foram os filhos, o médico, o cônjuge e a equipe de enfermagem. Os pacientes diabéticos que não aderem ao esquema medicamentoso foram considerados referentes sociais negativos. O profissional de saúde deve considerar a influência dos referentes sociais na motivação do paciente diabético em aderir ao tratamento e propor intervenções que considerem os referentes positivos. Em estudo prévio⁽²³⁾, que utilizou a TPB na identificação de crenças relacionadas à adesão à terapia antirretroviral entre imigrantes latinos soropositivos, a família, o cônjuge/companheiro, o médico, os amigos que são soropositivos, além do conselheiro de HIV/AIDS e dos membros de grupos de apoio aos pacientes com HIV, foram considerados referentes sociais positivos para a adesão.

Quanto às crenças de controle, foi considerado fator que impede ou dificulta a adesão medicamentosa a necessidade de tomar os medicamentos mais do que uma vez por dia, o que aponta a complexidade do esquema terapêutico como fator desfavorável ao uso correto dos medicamentos. Os fatores que favorecem ou facilitam o comportamento foram: aquisição dos medicamentos de forma gratuita, ter rotinas e controle das atividades diárias, tomada dos medicamentos associada aos marcadores temporais, levar os medicamentos ao sair de casa e diferenciar os comprimidos e drágeas por cor, formato e tamanho. Tais itens revelam que a adesão medicamentosa é sustentada pela facilidade de acesso aos medicamentos e pela incorporação das ações de tomada dos medicamentos às rotinas diárias, estudos prévios corroboraram esse achado^(10,24).

Por fim, a crença positiva em relação à autoeficácia para a adesão foi a compreensão da receita e da forma de uso dos medicamentos. A crença negativa suscitada nessa categoria foi o esquecimento. Tais dados corroboram achados da literatura⁽²⁰⁻²⁵⁾. Estudo semelhante⁽¹⁹⁾ identificou que a maioria das crenças referentes à adesão medicamentosa no DM está relacionada à baixa adesão, destacando-se a percepção de que não há necessidade de tomar os medicamentos quando o resultado da glicemia é normal, as preocupações com efeitos colaterais e dependência e a complexidade do esquema terapêutico.

Conclusão

Os resultados deste estudo evidenciam que a adesão aos antidiabéticos orais é um comportamento complexo permeado por crenças comportamentais, normativas e de controle que devem ser consideradas na avaliação dos determinantes do comportamento. Emergiram crenças comportamentais sobre a percepção de reações adversas, hipoglicemia, possibilidade de controle da glicemia e da doença e prevenção de desfechos negativos. Os referentes sociais foram os filhos, médico, cônjuge, equipe de enfermagem e outras pessoas diabéticas. Facilitam a adesão: adquirir gratuitamente os medicamentos, ter rotinas e controle no dia a dia, tomar os medicamentos associados aos marcadores temporais, levar os medicamentos ao sair de casa e diferenciá-los por cor, formato e tamanho. Dificulta o comportamento ter que tomar os medicamentos mais do que uma vez por dia. A compreensão da receita justificou a capacidade para realizar o comportamento e o esquecimento, explicou a possível incapacidade para a adesão. A investigação da influência das crenças na intenção em aderir aos

antidiabéticos orais fornecerá subsídios para intervenções focadas na promoção da adesão medicamentosa entre pacientes com DM.

Referências

1. Tsai JC. Medication adherence in glaucoma: approaches for optimizing patient compliance. *Curr Opin Ophthalmol*. 2006;17:190-5.
2. Jannuzzi FF. Qualidade de vida relacionada à função visual e adesão medicamentosa em idosos com retinopatia diabética [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2009. 151p.
3. Bailey GR, Barner JC, Weems JK, Leckbee G, Solis R, Montemayor D, et al. Assessing barriers to medication adherence in underserved patients with diabetes in Texas. *Diabetes Educ*. 2012;38(2):271-9.
4. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;16(2):CD000011.
5. Ajzen I. *The Theory of Planned Behavior*. Organizational Behavior and Human Decision Process. 1991;50:179-211.
6. Boogar IR, Mohajeri-Tehrani MR, Besharat MA, Talepasand S. The Effect of Sociostructural and Collaborative Decision-Making on Diabetes Self-Management. *Iran J Public Health*. 2013;42(3):280-92.
7. Boudreau F, Godin G. Participation in Regular Leisure-Time Physical Activity Among Individuals with Type 2 Diabetes Not Meeting Canadian Guidelines: the Influence of Intention, Perceived Behavioral Control, and Moral Norm. *Int J Behav Med*. 2014. [Epub ahead of print]
8. Louch G, Dalkin S, Bodansky J, Conner M. An exploratory randomised controlled trial using short messaging service to facilitate insulin administration in young adults with type 1 diabetes. *Psychol Health Med*. 2013;18(2):166-74.
9. White KM, Terry DJ, Troup C, Rempel LA, Norman P. Predicting the consumption of foods low in saturated fats among people diagnosed with Type 2 diabetes and cardiovascular disease: the role of planning in the theory of planned behaviour. *Appetite*. 2010;55(2):348-54.
10. Farmer A, Kinmonth A-L, Sutton S. Measuring beliefs about taking hypoglycaemic medication among people with Type 2 diabetes. *Diabet Med*. 2006; 23(3):265-70.
11. Ajzen I. Constructing a Theory of Planned Behavior Questionnaire. [Internet]. 2010. [acesso 6 mar 2014]. University of Massachusetts at Amherst WebSite. Disponível em: http://people.umass.edu/ajzen/pdf/tpb_measurement.pdf
12. Ajzen I, Fishbein M. Attitudes and the attitude-behavior relation: reasoned and automatic processes. In: Stroebe W, Hewstone M, editors. *European review of social psychology*. Chichester, UK: Wiley; 2002. v.11, p. 1-33.
13. Conner M, Armitage CJ. Extending the theory of planned behavior: a review for further research. *J Appl Soc Psychol*. 1998;15:1429-64.
14. Bandura A. Self-efficacy. In: Ramachandran VS, editor. *Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press; 1994. [acesso 6 mar 2014]. v. 4, p. 71-81. Disponível em: <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>
15. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
16. Ventura-Cerdá JM, Mínguez-Gallago C, Fernández-Vellalba EM, Alós-Almiñana M, Andrés-Soler J. Escala simplificada para detectar problemas de adherencia (ESPA) al tratamiento antirretroviral. *Farm Hosp*. 2006;30(3):171-6.
17. Jannuzzi FF, Rodrigues RCM, Spana TM, Cornélio ME. Desenvolvimento e validação de instrumento para levantamento de crenças relacionadas à adesão aos antidiabéticos orais. *Caderno de Resumos*. 17º Congresso Brasileiro Multidisciplinar de Diabetes, 2012. São Paulo; 2012.
18. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1980.
19. Mann DM, Ponieman D, Leventhal H, Halm EA. Misconceptions about diabetes and its management among low-income minorities with diabetes. *Diabetes Care*. 2009;32(4):591-3.
20. Stewart DW, DePue J, Rosen RK, Bereolos N, Goldstein MG, Tuitele J, et al. Medication-taking beliefs and diabetes in American Samoa: a qualitative inquiry. *Transl Behav Med*. 2013;3(1):30-8.
21. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. Hypoglycemia in the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes*. 1997;46(2):271-86.
22. Wild D, von Maltzahn R, Brohan E, Christensen T, Clauson P, Gonder-Frederick L. A critical review of the literature on fear of hypoglycemia in diabetes: Implications for diabetes management and patient education. *Patient Educ Couns*. 2007;68(1):10-5.
23. Vissman AT, Hergenrather KC, Rojas G, Langdon SE, Wilkin AM, Rhodes SD. Applying the theory of planned behavior to explore HAART adherence among HIV-positive immigrant Latinos: elicitation interview results. *Patient Educ Couns*. 2011; 85(3):454-60.

24. Hjelm K, Bard K. Beliefs about health and illness in latin-american migrants with diabetes living in Sweden. *Open Nurs J.* 2013;7:57-65.
25. Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Difficulties of diabetic patients in the illness control: feelings and behaviors. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2007; 15(6):1105-12.

Recebido: 15.11.2013
Aceito: 20.5.2014