

1120

DM
MEST/M.1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA GRAVIDEZ E PARENTALIDADE

TESE DE MESTRADO

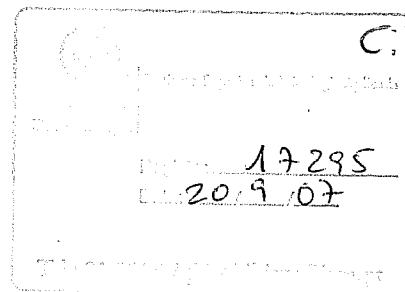
A Auto Eficácia em Adolescentes Diabéticos

Maria Constança Palma Mestre – Nº 12129

Orientador: Prof. Dr. António Pires
Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Lisboa



2006



Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Dr. António Pires, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Gravidez e da Parentalidade em conformidade com o disposto na portaria nº842/2005 de 19 de Setembro.

AGRADECIMENTOS

- Ao **Hospital D. Estefânia**, na pessoa da Psicóloga Clínica **Célia Pinto**, da Enfermeira **Vitória Lamego** e da Endocrinologista **Lourdes Lopes** pelo reconhecimento e gratidão.
- Ao **Hospital Curry Cabral**, na pessoa do Enfermeiro **Manuel Cardoso** pelo estímulo e apoio.
- Aos **Técnicos** dos Centros de Saúde da zona Sul que em conjunto possibilitaram a realização desta investigação.
- À **Associação dos Jovens Diabéticos de Portugal**, na pessoa do Presidente **Paulo Madureira** pela confiança depositada.
- Aos **Jovens** que participaram neste estudo e seus **Responsáveis** pela compreensão em prol da ciência.
- Ao Prof. Dr. **António Pires** pelo estímulo permanente e conhecimentos transmitidos.
- Às minhas colegas de Mestrado, **Marta e Luz**, com as quais compartilhei alegrias e sofrimentos. A nossa amizade foi essencial.
- À Dra. **Celeste Caeiro**, pela minha formação e estímulo ao meu aperfeiçoamento técnico e pessoal.
- Ao, **João** pela cumplicidade e presença constante ao longo desta etapa.
- Aos meus **pais e irmão**, sempre presentes, e a quem dedico este trabalho.

E a todos que, directa ou indirectamente contribuíram para a execução deste trabalho expresso os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

O objectivo era perceber se existem diferenças ao nível da Auto-Eficácia em adolescentes diabéticos, de diferentes idades de diagnóstico e da doença, em função da sua participação ou não no campo de férias. Os participantes eram 80 adolescentes insulino-dependentes, com idades entre os 8 e 21 anos. Para os adolescentes participantes no campo férias (n=50) a escala de Auto – Eficácia relativa à diabetes (SEDS), adaptada por (Pereira & Almeida, 2004), para a população portuguesa, foi preenchida em quatro momentos diferentes (no primeiro dia do campo de férias; no penúltimo dia; após um mês e após 3 meses do final do campo férias). Por outro lado, os adolescentes não participantes do campo férias (n=30) procederam ao seu preenchimento apenas em dois momentos com um mês de intervalo. Os resultados mostram uma elevada auto-eficácia relativa ao tratamento e à confiança pessoal dos adolescentes diabéticos participantes no campo férias após uma semana de estadia. Também mostram que o grupo de adolescentes participantes no campo de férias tem os valores mais altos de auto-eficácia na 1ª aplicação da escala e após 1 mês relativamente ao grupo de adolescentes não participantes no campo de férias. Por outro lado, os factores tempo da doença e escolaridade são significativos na auto-eficácia quanto ao tratamento e às interacções sociais.

Palavras-chave: Diabetes, Adolescentes, Auto-Eficácia, Campo de Férias

ABSTRACT

The aim was to understand the self efficacy differences in diabetic adolescents has a function of diagnostic and disease time as well as their participation or not in summer camps. There were 80 insulin dependent participants with ages ranging from 8 to 21 years old. For the participants in summer camps (n=50) the Self-Efficacy Diabetic Scale (SEDS) adapted by (Pereira & Almeida, 2004), to the Portuguese population, has been applied in four different moments (in the first day of the summer camps; in the last day; after 1 month; and after 3 months). By the other side, the insulin dependent not participant (n=30) scales, have been filled only in two moments, with a time interval of one month. The results show us an high Self-Efficacy relative to treatment and personal confidence of diabetic adolescent participants in summer camps after a week stay. They also show us that the diabetic adolescent group participant in summer camp has the higher levels of Self-Efficacy in the 1st scale application and after 1 month relative to the not participants group. By the other hand, the time of disease and scholarship factors are significant in Self-Efficacy in respect to treatment and social interactions.

Keys words: diabetes, adolescents, self efficacy, summer camps

ÍNDICE

	Página
Resumo	IV
Abstract	V
1 – INTRODUÇÃO	1
1.1 - Formulação do problema	2
2 - REVISÃO DE LITERATURA	5
2.1 – A Diabetes Mellitus.....	5
2.1.1 - Classificação Etiológica da Diabetes Mellitus.....	6
2.1.2 - Causas e Incidência	8
2.1.3 - Sintomas Clínicos.....	11
2.2 – Tratamento.....	12
2.2.1 - Insulinoterapia.....	12
2.2.2 - Regime terapêutico	12
2.2.3 - Complicações da Diabetes.....	14
2.3 - Adesão ao Tratamento.....	17
2.3.1 - Educação do Diabético.....	20
2.3.2 - Profissionais de saúde.....	21
2.3.3 - Colônia de férias para Jovens Diabéticos.....	22
2.4 - Repercussões Psicológicas da Diabetes Tipo 1	23
2.4.1 – O Impacto da Diabetes na Criança.....	23
2.4.2 – O Impacto da Diabetes no Adolescente.....	26
2.4.3 –O Impacto da Diabetes na Família.....	29
2.4.4 - A influência do Grupo de Pares.....	31
3 - A Auto-Eficácia	32
3.1 - Teoria da Auto Eficácia.....	32
3.2 - Relação entre a Percepção de Auto Eficácia e Acção.....	35
3.3 - Fontes de Informação da Auto Eficácia.....	36
3.4 - Auto Eficácia e a Saúde Humana.....	42
3.4.1 - Auto Eficácia e a Diabetes.....	44

	Página
4 – MÉTODO	47
4.1 – Delineamento.....	47
4.2 – Participantes	47
4.3 – Procedimentos.....	48
4.4 – Instrumento.....	48
4.5 - Validação dos Instrumentos.....	49
4.6 – Resultados.....	50
4.7 – Discussão e Conclusão dos Resultados.....	53
 Referencias Bibliográficas	 56
Anexos	
Anexo A: Escala de Auto-Eficácia (SEDS)	63
Anexo B: Ficha de Caracterização	66
Anexo C: Consentimento Informado aos Pais	68
Anexo D: Consentimento Informados aos Adolescentes	70
Anexo E: Base de Dados SPSS	72

LISTA DE QUADROS

	Página
QUADRO 1: Médias e desvio padrão da Auto Eficácia para Adolescentes Diabéticos participantes no Campo de Férias.....	50
QUADRO 2: Médias e desvio padrão da Auto Eficácia para Adolescentes Diabéticos não participantes no Campo de Férias.....	51

1. INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objectivo comparar a auto eficácia em adolescentes diabéticos, de diferentes idades de diagnóstico e da doença, em função da sua participação ou não no campo de férias. Isto é, se os seus grupos de pares associados à doença influenciam os comportamentos adoptados para lidar com ela, tal como o tratamento e a aceitação da diabetes.

A Diabetes Mellitus de Tipo 1 caracteriza-se por um défice de insulina, resultante da destruição das células beta dos ilhéus por um mecanismo imunitário. O funcionamento do pâncreas é inexistente e conseqüentemente não existe produção de insulina e nesse caso a sobrevivência torna-se impossível. É necessário substituir a insulina que o pâncreas não produz, por meio de injeções diárias e daí a designação de diabetes insulino dependente. A quantidade de insulina tem, obrigatoriamente, que ser suficiente para as 24 horas do dia e as doses variam de acordo com a necessidade de cada doente. O controlo desta doença crónica impõe restrições no estilo de vida, na adesão através da auto-administração de insulina, pelo que na grande maioria dos casos, o seu impacto psicossocial se faz sentir de forma intensa. É uma das doenças crónicas clássicas que impõem mudanças precisas no estilo de vida das pessoas. Frequentemente esse estilo de vida impõe regimes de tratamento que se torna o elemento central na vida do diabético e dos seus próximos.

O modo como o adolescente enfrenta o diagnóstico da doença depende da forma como soube da doença (apercebeu-se sozinho, outra pessoa mostrou-lhe, adiu ter conhecimento do diagnóstico, preferiu saber logo); das experiências pessoais anteriores em relação a doença, por exemplo amigos ou pessoas da família que tiveram ou têm a doença; e do como a família e os amigos reagiram frente ao diagnóstico. Os pares são uma fonte imprescindível de suporte emocional para os adolescentes diabéticos, pelo que devem ser envolvidos no acompanhamento e apoio emocional nos cuidados com a diabetes.

Desde o início que o adolescente tem de executar um conjunto de tarefas, nomeadamente a precisão da avaliação do estado de glicemia, em tempos certos, e a sua correcção em medidas precisas. E a gestão correcta do comportamento destes doentes visa estabilizar a doença. Daí que a percepção ou expectativa de auto eficácia é uma avaliação pessoal e está relacionada com as crenças sobre as próprias

capacidades individuais. A adesão ao tratamento de uma doença crónica pode ser melhorada aumentando esta auto-eficácia.

Contudo, trata-se de um estudo comparativo que procura encontrar em 2 grupos de adolescentes a sua auto-eficácia relativamente à diabetes, nomeadamente para resolver tarefas relativas à doença, ao tratamento ou à sua vida em geral. Neste estudo vai ser utilizado a Escala de Auto – Eficácia (Pereira & Almeida, 2004), a versão portuguesa de Self Efficacy Diabetic Scale (Grossman, Brink, & Hauser, 1987) desenvolvida com base na teoria de Auto – Eficácia de Bandura. Esta escala avalia as percepções pessoais relativas à competência, capacidades e meios para os adolescentes lidarem de forma adequada com as exigências impostas pela diabetes. É aplicada em momentos diferentes, nos dois grupos de adolescentes (os participantes do campo de férias e os que não participaram no campo de férias). Relativamente ao primeiro grupo (participantes do campo de férias), o questionário foi aplicado no 1º dia do campo de férias, no penúltimo dia do campo férias, passado um mês do final do campo de férias e após três meses depois do final do campo de férias. Os adolescentes que não participaram no campo de férias preencheram o mesmo questionário em dois momentos, com um mês de intervalo. Nós esperamos que a influência do grupo de pares com a mesma patologia como ocorre nos campos de férias aumenta a auto-eficácia dos adolescentes diabéticos face aos diferentes comportamentos a ter com a sua doença. E que os adolescentes que não foram participantes do campo de férias apresentem uma menor auto-eficácia relativamente àqueles que frequentaram o campo de férias.

1.1. Formulação do Problema

A Auto Eficácia corresponde à convicção de que se é capaz de executar com sucesso determinado comportamento. Refere-se às crenças que temos sobre a nossa capacidade de organizar e executar acções exigidas para alcançar esse comportamento proposto (Bandura, 1997, 2001) bem como aos julgamentos de valor sobre o que cada um pode fazer com as suas próprias habilidades (George & Feltz, 1995). A aquisição de um sentido de auto-eficácia deriva da avaliação das experiências passadas, do comportamento dos outros e das informações e incentivos fornecidos pelos outros significativos (Bandura, 2001). A Auto Eficácia surge do

juízo do sujeito sobre a sua habilidade para desempenhar com sucesso um padrão específico de comportamento. Quando persuadido de que é capaz de desempenhar com sucesso a actividade proposta tende a ter maior auto-eficácia e a mobilizar um esforço maior e sustentado (Bandura, 1997).

A Auto-eficácia elevada permite prever a adesão ao tratamento por exemplo, quanto à intenção de deixar de fumar, a participação em programas de rastreio (Anderson, 2004). A Auto-Percepção de Eficácia também foi indicadora de resultados positivos em programas de controlo do alcoolismo (Harrison & Honeyman, 1999). A Auto-eficácia elevada surge da observação de modelos de sucesso, ao se concluir que por esforço próprio, pessoas em situações semelhantes à sua tiveram sucesso no desempenho proposto (Bandura, 1997); (Maia & Araújo, 2002), o que se pode repercutir na adesão ao tratamento e no controlo metabólico da diabetes. As exigências diárias impostas pela doença aos diabéticos são passíveis de serem influenciadas pela sua competência. Os indivíduos com níveis elevados de auto-eficácia são mais capazes de gerir o auto-controlo da sua doença, (Hurley e Shea, 1992), daí que uma elevada auto-eficácia em jovens diabéticos com diabetes de tipo 1 está associada a uma melhor qualidade de vida e menos barreiras na adesão ao tratamento (Maddux & Meier, 1995); (Howells, 2002). Na infância a adesão ao tratamento depende da intervenção dos pais ou de outros membros da família, enquanto que na adolescência a adesão ao tratamento depende quer do próprio adolescente quer dos pares. A capacidade para assumir o controlo da sua doença, assim como o planejar acções terapêuticas (adesão ao tratamento) depende totalmente do jovem adolescente e da influência dos pares (Barros, 2003). Elevadas expectativas de auto-eficácia relaciona-se com um estado de saúde mais positivo e uma melhor integração social (Schunk, 1995). No entanto, não se encontram estudos sobre o impacto do grupo de pares na auto-eficácia, apesar da investigação ter demonstrado o relevo que o grupo de pares assume no ajustamento à doença (sob a forma de adesão ao tratamento ou como evolução clínica da diabetes), uma vez que à medida que os jovens vão crescendo, o grupo de pares atinge maior proeminência como fonte de apoio social (La Greca *et al.* 1995). Segundo os resultados do estudo de La Greca e Thompson (1998), os pares são uma fonte imprescindível de suporte emocional para os adolescentes diabéticos, pelo que devem ser envolvidos no acompanhamento e apoio emocional nos cuidados com a doença. Realçam-se então, os estudos quanto à adesão ao tratamento através do apoio emocional dos amigos (Hanson *et al.* 1996), e

da importância dos contextos sociais onde o diabético está envolvido (Graça e colaboradores, 2000). Os resultados obtidos evidenciam que o contacto com os pares favorece uma maior aceitação e melhor adaptação à doença (Barros, 2003). As relações positivas com os pares ao resultar numa melhor adaptação à doença, é igualmente plausível, que a inclusão dos pares com a mesma patologia, como ocorre nos campos de férias, é uma experiência importante no funcionamento psicossocial da diabetes. O contacto com outros jovens diabéticos é benéfico, ao fornecer a visão da diabetes como algo comum em suas vidas e ao salientar as dimensões positivas desse apoio (Matos e Ferreira, 2000). De acordo com Graça e colaboradores (2000), integrar o diabético num grupo de iguais é ajudá-los a falar sobre a doença, o que possibilita trabalhar as atitudes de controlo da doença a um grupo com a mesma patologia. A experiência dos campos de férias tem demonstrado uma melhor integração social e aceitação da doença pelos adolescentes diabéticos (Maia e Araújo, 2002).

O objectivo deste estudo é perceber se existem diferenças ao nível da Auto-Eficácia em adolescentes diabéticos, de diferentes idades de diagnóstico e da doença, em função da sua participação ou não no campo de férias.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. A Diabetes Mellitus

As doenças crónicas caracterizam-se por não terem cura, ou serem de longa duração, necessitando por isso de ser geridas constantemente, como a diabetes. Há as que implicam pequenas alterações na vida diária, e aquelas que provocam grandes limitações na vida dos doentes, obrigando a tratamentos difíceis ou mesmo incapacitantes (Barros, 2003).

A Diabetes, é uma das mais exigentes doenças crónicas, quer a nível físico, quer psicológico, estando os aspectos psicossociais presentes em quase todos os aspectos da doença e do seu complexo tratamento que exige uma integração na vida diária e uma adesão permanente e continuada no tempo, pois só assim se evitam as graves complicações que a doença pode desencadear. A diabetes é uma situação muito frequente na nossa sociedade e a sua frequência aumenta muito com a idade, atingindo os dois sexos. Em Portugal, calcula-se que existam entre 400 a 500 mil diabéticos. A diabetes é uma doença que, de momento, não tem cura. Mas com acompanhamento médico, cuidados na alimentação, desporto e uma atitude mais saudável em relação à vida, pode ser controlada, de tal modo que um diabético pode ter uma vida normal em todos os aspectos (Fagulha & Santos, 2004).

A Diabetes pode dividir-se em dois tipos: a Diabetes Insípida em que há deficiência de produção da hormona antidiurética produzida pela hipófise; E a Diabetes Mellitus que consiste precisamente na ineficácia da acção ou na insuficiência da qualidade ou ainda na ausência da hormona insulina que é produzida pelo pâncreas, com a consequente não metabolização da glicose. A Diabetes Mellitus é uma doença crónica, auto-imune, que resulta numa deficiência na produção de insulina, por parte das células beta pancreáticas, cuja consequência imediata é a anomalia em manter níveis de glicose no sangue, o que causa insuficiência no metabolismo dos açúcares, inapropriadamente elevados (hiperglicemia), ou insuficientes (hipoglicemia) (Menéndez, *et al* 1999). A Diabetes Mellitus é uma perturbação em que os valores sanguíneos de glicose (açúcar simples) são anormalmente altos, dado que o organismo não liberta insulina ou utiliza-a inadequadamente. O pâncreas humano, órgão situado perto do estômago, tem a

função de segregar uma substância depois da refeição (a insulina), cuja missão é aumentar a permeabilidade das células à glicose. A falta de insulina provoca a permanência de glicose no sangue, atingindo estas taxas muito elevadas. A insulina, uma hormona produzida no pâncreas, permite que a glicose seja transportada para o interior das células, de modo que estas produzam energia ou armazenem a glicose até que a sua utilização seja necessária. A diabetes manifesta-se quando o corpo não produz a quantidade suficiente de insulina para que os valores sanguíneos de açúcar se mantenham normais ou quando as células não respondem adequadamente à insulina. Isto é, a elevação das concentrações de açúcar no sangue depois de comer estimula o pâncreas para produzir a insulina, a qual evita um maior aumento dos valores de açúcar e provoca a sua descida gradual. Na diabetes este mecanismo de compensação não funciona. É então necessário substituir a insulina que o pâncreas deixou de produzir, o que se faz por meio de injeções diárias. A quantidade de insulina tem, obrigatoriamente, que ser suficiente para as 24 horas do dia e as doses variam de acordo com a necessidade de cada doente. Não deve nunca ser tomada em excesso, uma vez que pode ocasionar uma situação de descompensação perigosa que é a hipoglicemia (A.P.D.P., 2001). A diabetes Mellitus quando não controlada pode provocar complicações futuras graves e irreversíveis.

2.1.1. Classificação Etiológica da Diabetes Mellitus

As diversas formas de Diabetes Mellitus podem ser separadas em vários agrupamentos referidos na classificação universal da O.M.S, nomeadamente entre dois grupos (A.D.A., 2004):

Diabetes Mellitus de Tipo 1

A Diabetes tipo 1, também conhecida como diabetes insulino dependente é mais rara (a sua forma juvenil não chega a 10% do total) e atinge na maioria das vezes crianças ou jovens, podendo também aparecer em adultos e até em idosos. Na diabetes do tipo 1, as células β do pâncreas deixam de produzir insulina pois existe uma destruição maciça destas células produtoras de insulina. As causas da diabetes tipo 1 não são, ainda, plenamente conhecidas. Contudo, sabe-se que é o próprio sistema de defesa do organismo (sistema imunitário) do diabético que ataca e destrói

as suas células, isto é, verifica-se a existência de anticorpos agressivos contra as células pancreáticas. Por isso, esta doença é também designada por auto-imunitária, ou seja, é causada por auto-anticorpos. Estes são produzidos pelo nosso organismo por engano, pois em vez de adoptarem um comportamento de auto-defesa têm-no de auto-agressão, destruindo as células pancreáticas. Outros casos surgem por um processo desconhecido daí ser designadas por Diabetes Mellitus de Tipo 1 Idiopático. Dentro da Diabetes Mellitus de Tipo 1 Autoimune distinguem-se duas formas: a de aparecimento agudo, mais frequente em jovens e de início quase sempre brutal, e uma segunda forma geralmente de aparecimento insidioso e lento atingindo adultos por vezes na quarta e quinta décadas de vida. Torna-se necessário substituir a insulina que o pâncreas não produz, por meio de injeções diárias e daí a designação de diabetes insulino dependente. Estes diabéticos necessitam de terapêutica com insulina para toda a vida porque o pâncreas deixa de a poder fabricar. A causa desta Diabetes do tipo 1 é, pois, a falta de insulina e não está directamente relacionada com hábitos de vida ou de alimentação errados.

Diabetes Mellitus de Tipo 2

A Diabetes tipo 2 é a mais frequente, sendo responsável por 90% dos casos (entre 500 a 600 mil portugueses). Esta é também conhecida como diabetes não – insulino dependente e ocorre em indivíduos, habitualmente com início na idade adulta, que herdaram uma tendência para a doença (têm, frequentemente, um familiar próximo com a doença: pais, tios, ou avós) e que, devido a hábitos de vida e de alimentação errados e por vezes ao “stress”, vêm a sofrer de diabetes quando adultos. As pessoas com este tipo de diabetes, quase sempre, têm peso excessivo e em alguns casos são mesmo obesos. Fazem pouco exercício físico e consomem calorias em doces e/ou gorduras em excesso, para aquilo que o organismo gasta na actividade física. Têm, com frequência, a tensão arterial elevada (hipertensão arterial) e por vezes “gorduras” (colesterol ou triglicéridos) a mais no sangue (hiperlipidemia). Ou seja, na maioria dos casos, os doentes são efectivamente obesos (80% dos diabéticos), e em que a quantidade de insulina produzida é insuficiente em relação ao peso excessivo da pessoa. Sendo uma doença com predisposição genética, provocada predominantemente por um estado de resistência à acção da insulina associado a uma relativa deficiência da sua secreção, a diabetes, pode ser herdada entre familiares, passando de geração em geração. Isto significa que, numa família, existe um ou mais

genes com modificações. Estes poderão ser transmitidos de pais para filhos, dando origem à continuação da doença. Na Diabetes tipo 2 o pâncreas é capaz de produzir insulina. Contudo, a alimentação incorrecta e a vida sedentária, com pouco ou nenhum exercício físico, tornam o organismo resistente à acção da insulina (insulino-resistência), obrigando o pâncreas a trabalhar mais (e mais), até que a insulina que produz deixa de ser suficiente. Nessa altura surge a diabetes. O excesso de peso e a obesidade estão intimamente relacionados com a diabetes. A redução do peso contribui, nestas situações, de uma forma muito sensível para o controlo da glicemia. Mesmo uma pequena diminuição do peso tem reflexos benéficos na glicemia. As pessoas com Diabetes tipo 2 têm frequentemente insulino-resistência. O excesso de gordura, sobretudo abdominal, contribui para esta insulino-resistência e, conseqüentemente, para o aumento da glicemia.

Diabetes Gestacional

Existe, ainda, a diabetes que ocorre durante a gravidez. Define-se como uma intolerância à glicose que pode assumir diversos níveis de gravidade e que se inicia ou é identificada pela primeira vez durante a gravidez. Isto é, Esta forma surge em grávidas que não eram diabéticas antes da gravidez e, habitualmente, desaparece quando esta termina. Contudo, quase metade destas grávidas diabéticas virão a ser, mais tarde, diabéticas do tipo 2 se não forem tomadas medidas de prevenção. A diabetes gestacional ocorre em cerca de 1 em cada 20 grávidas e, se não for detectada através de análises e a hiperglicemia corrigida com dieta e, por vezes com insulina, a gravidez pode complicar-se para a mãe e para a criança. São vulgares os bebés com mais de 4Kg à nascença e a necessidade de cesariana na altura do parto. Podem, por exemplo ocorrer abortos espontâneos.

Outros tipos de Diabetes

Existem outros tipos de diabetes que não tipo 1 ou 2. Por exemplo a diabetes tipo MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young) que afecta adultos jovens mas também adolescentes e crianças. Apresentam-se com características de diabetes tipo 2 e são causadas por uma mutação genética que leva a uma alteração da tolerância à glucose. São situações muito raras.

2.1.2. Causas e Incidência

A diabetes é uma doença que resulta de uma deficiente capacidade de utilização do nosso organismo da nossa principal fonte de energia – a glucose. Muitos dos alimentos que ingerimos são transformados em glucose no nosso aparelho digestivo. Resulta da digestão e transformação dos amidos e dos açúcares da nossa alimentação. Depois de absorvida, entra na circulação sanguínea e está disponível para as células a utilizarem e para que a glucose possa ser utilizada como fonte de energia, é necessária a insulina. A hiperglicemia (açúcar elevado no sangue) que existe na diabetes, deve-se em alguns casos à insuficiente produção; noutros à insuficiente acção da insulina e, frequentemente, à combinação destes dois factores. Se a glucose não for utilizada, acumula-se no sangue (hiperglicemia) sendo depois, expelida pela urina. A insulina é produzida nas células β dos ilhéus de Langerhans do pâncreas. A sua falta ou a insuficiência da sua acção leva a alterações muito importantes no aproveitamento dos açúcares, das gorduras e das proteínas que são a base de toda a nossa alimentação e constituem as fontes de energia do nosso organismo (A.P.D.P., 2001).

A Diabetes Mellitus não é somente uma desordem mas um conjunto de desordens de diferentes causas e com múltiplas perturbações anormais (Bricarello & Bricarello, 1999). As alterações metabólicas da Diabetes aparecem em indivíduos portadores de uma constituição genética própria. A Diabetes de qualquer um destes tipos é hereditária, mas essa é diferente de um para o outro. Na Diabetes Mellitus de Tipo 2 há bastantes probabilidades dos filhos e netos serem diabéticos, no caso de excesso de peso. Enquanto que, na Diabetes Mellitus de Tipo 1 essa probabilidade é muito reduzida (Debray, 1995). Perante o factor hereditário pode-se suspeitar a probabilidade de aparecimento da doença em indivíduos considerados como tendo risco de diabetes: Gémeos homozigóticos de um diabético; Filhos de pai e mãe diabéticos; Mulher que dera a luz filhos com mais de 4kg de peso (A.P.D.P., 2001).

Na Diabetes Mellitus de Tipo 1, a causa básica é uma doença auto imune que lesa irreversivelmente as células pancreáticas produtoras de insulina (células beta). Assim sendo, nos primeiros meses após o início da doença, são detectados no sangue dos doentes, diversos anticorpos, sendo o mais importante o anticorpo anti-ilhota pancreática, o anti corpo contra enzimas das células beta (anticorpos antidescarboxilase do acido glutamico - antiGAD, por exemplo) e anticorpos anti

insulina. Ou seja, a Diabetes de Tipo 1, a forma mais grave, tem uma evolução rápida. As células pancreáticas que segregam a insulina são destruídas, provavelmente em consequência de uma resposta imunológica a uma infecção viral, e a produção de insulina cessa quase totalmente. A maior parte dos doentes que sofrem de Diabetes de Tipo 1 desenvolvem a doença antes dos 30 anos (A.P.D.P., 2001).

Os cientistas acreditam que um factor ambiental (possivelmente uma infecção vital ou um factor nutricional na infância ou na adolescência) provoca a destruição, pelo sistema imunitário, das células que produzem a insulina no pâncreas. É mais provável que seja necessária uma predisposição genética para que isto aconteça. Seja como for, na diabetes tipo I mais de 90% das células que produzem a insulina no pâncreas (células beta) são destruídas de uma forma irreversível. A deficiência insulínica é grave e, para sobreviver, uma pessoa com esta afecção deve injectar-se regularmente com insulina (A.D.A., 2004).

Na Diabetes Mellitus de Tipo 2 (diabetes não insulínica), o pâncreas continua a produzir insulina, inclusive em valores mais elevados que os normais. Contudo, o organismo desenvolve uma resistência aos seus efeitos e o resultado é um relativo défice insulínico. Na Diabetes Mellitus de Tipo 2, ocorrem diversos mecanismos de resistência à acção da insulina, sendo o principal deles a obesidade, que está presente na maioria dos doentes. A obesidade é um factor de risco para este tipo de diabetes, já que os obesos se contam entre os 80% e 90% das pessoas que sofrem desta doença. A Diabetes Mellitus de Tipo 2 aparece nas crianças e nos adolescentes, mas em geral começa depois dos 30 anos e é mais frequente a partir dessa idade. Esta doença caracteriza-se por um defeito na secreção da insulina e pela resistência à insulina, parecendo ser provável que ambos os factores estejam implicados. Geralmente nestes casos, o tratamento adoptado será a normalização do peso e o exercício físico o que muitas vezes basta para que a quantidade de insulina passe a ser suficiente. Outras vezes é necessário a ingestão de antidiabéticos orais. Nos doentes com outras formas de Diabetes Mellitus, o que surge em geral é uma lesão anatómica do pâncreas, decorrente de diversas agressões tóxicas seja por álcool, drogas, medicamentos ou infecções, entre outras (A.P.D.P., 2001).

Outras causas de diabetes

Há outras causas bastante mais raras de diabetes como por exemplo, doenças do pâncreas como alguns tumores e a pancreatite provocada pelo álcool (A.P.D.P.,

2001).

2.1.3. Sintomas Clínicos

Os sintomas da Diabetes Mellitus são normalmente de aparecimento gradual, sendo a doença frequentemente descoberta ocasionalmente, antes mesmo do paciente apresentar queixas definidas. Os sintomas que antecedem o diagnóstico da diabetes são muito variados, e dependem de pessoa para pessoa. O volume de líquidos ingeridos é proporcional ao volume da urina eliminada. Devido à eliminação de acetona e de ácido diacético acumulados no sangue a boca permanecerá sempre seca e nos casos mais graves existirá um hálito adocicado. Estes sintomas aparecem como consequência da falta de insulina e consequente aumento da glicose no sangue. A falta de insulina não permite que o corpo use o açúcar como fonte de energia, e como alternativa o metabolismo queima gorduras. Isto provoca a perda acentuada de peso, assim como o aparecimento de cetoacidose (cetonas no sangue). A fome que o novo diabético sente deriva do facto do corpo tentar arranjar fontes de açúcar. A polidipsia e a necessidade de urinar frequentemente são o resultado do excesso de glicemia, são a resposta do corpo na esperança de expelir o açúcar em excesso através dos rins. A sede aparece como resposta a uma eventual desidratação. É de notar que estes sintomas se podem arrastar durante alguns meses, ou simplesmente algumas semanas, e podem existir outras manifestações de sintomas menos comuns. De uma maneira geral, os sintomas do aumento da glicemia são: o urinar em grande quantidade e mais vezes (Poliúria); a sede constante e intensa (Polidípsia); a fome constante e difícil de saciar (Polifagia); a sensação de boca seca (Xerostomia); a fadiga; a comichão (prurido) no corpo (sobretudo ao nível dos órgãos genitais; a visão turva e a perda acentuada de peso (A.P.D.P., 2001).

Sintomas na Criança e no Jovem

Quase sempre na criança e nos jovens a diabetes é do tipo 1 e aparece de maneira súbita e os sintomas são muito nítidos, nomeadamente: Urinar muito (por vezes, pode voltar a urinar na cama); Ter muita sede; Emagrecer rapidamente; Grande fadiga com dores musculares; “Comer muito sem nada aproveitar”; Dores de cabeça, náuseas e vômitos.

Perante estes sintomas, o diagnóstico de diabetes deve ser rápido, seguido do início do tratamento com insulina pois, se o não fizer, o diabético entra em Coma Diabético e corre perigo de vida (A.P.D.P., 2001).

2.2. Tratamento

Na Diabetes Mellitus a cura integral não é possível uma vez que abrange situações clínicas com uma causa genética. Os objectivos do tratamento da Diabetes Mellitus são dirigidos para se obter uma glicemia normal tanto em jejum como ao longo do dia, e controlar as alterações metabólicas associadas. Para um diabético insulino dependente estar bem controlado necessita de saber administrar correctamente a insulina de que precisa através de injeções. As injeções de insulina são usualmente administradas 20 minutos antes das refeições para permitir a absorção da insulina, rodando o local de aplicação da injeção, entre braços, barriga e nádegas (A.D.A., 2004).

O tratamento visa o prolongamento da vida, o alívio dos sintomas e prevenção de complicações de longo prazo, e o seu êxito depende da manutenção dos níveis de glucose do sangue tão próximos do normal quanto possível, através do controle do peso, de actividade física regular e de uma gestão cuidadosa da dieta alimentar, através da toma de refeições a horas certas bastante fraccionadas, controlando os hidratos de carbono de modo a evitar as grandes oscilações nos níveis de glicemia. É na perfeita articulação entre a insulina, a alimentação e o exercício físico que reside o segredo de viver bem e ter a vida perfeitamente normal e sem limitações com esta doença (A.P.D.P, 2001).

2.2.1. Insulinoterapia

A insulina é uma hormona produzida pelo pâncreas e é responsável pela utilização eficiente da glucose pelo organismo. Quando não é produzida ou em quantidades insuficientes origina a Diabetes Mellitus, doença que é caracterizada pela intolerância à glucose e por alterações no metabolismo lipídico e proteico. Trata-se de uma molécula proteica que promove a captação da glucose e o seu armazenamento na maioria dos tecidos. É constituída por duas cadeias de

aminoácidos ligadas entre si por duas ligações dissulfureto. As células do pâncreas sintetizam a insulina através de um precursor designado por préproinsulina que sofre clivagem para formar a proinsulina que, por sua vez, sofre proteólise e origina a insulina (A.D.A., 2004).

As principais diferenças farmacocinéticas das insulinas exógenas são o tempo para o início da acção, o tempo para atingir a concentração máxima (pico de acção) e a sua duração de acção. Na actual classificação farmacoterapêutica (desp.nº21 884/2004 de 12 de Outubro), as insulinas humanas estão classificadas consoante a sua duração de acção: insulinas de acção curta, intermédia e prolongada (A.P.D.P., 2001).

2.2.2. Regime Terapêutico

A insulinoterapia deve ser adaptada de forma a simular a acção fisiológica da insulina endógena produzida naturalmente pelo pâncreas. Os seus objectivos são a substituição da insulina fisiológica e a obtenção de níveis de glucose o mais normal possível, sendo os valores de referência de 110mg/dl em jejum e abaixo dos 145mg/dl uma a duas horas após as refeições (pós-prandial). É fundamental que a dose administrada a cada doente lhe permita alcançar valores de glicemia em jejum e pós-prandiais de forma a manter um valor de hemoglobina glicosilada inferior a 6.5% e sem ocorrência de episódios de hiperglicemia. O controlo do diabético passa por uma monitorização da glicemia. Enquanto um diabético de tipo II pode fazer glicémias em intervalos de tempo bastante espaçados (semanalmente ou quinzenalmente), um diabético de tipo I deve fazer cerca de 4 ou 5 glicemias diárias, às principais refeições, de modo a determinar as doses de insulina adequadas à sua situação actual. Para manter a glicémia dentro de valores normais (entre os 80mg/dl e os 120mg/dl), é necessário haver um balanço entre três importantes factores: insulina, comida e exercício físico (A.P.D.P., 2001).

Não existem fórmulas para o cálculo rigoroso da dose de insulina a administrar. Os regimes terapêuticos são individualizados mediante, fundamentalmente, o tipo de diabetes, avaliação clínica e padrão da glicemia. Este último depende da actividade física do diabético, do regime alimentar por ele preconizado e também pelas situações de stress a que o diabético possa estar sujeito.

A dieta do diabético não tem de ser extremamente rígida, mas é necessário saber compensar os excessos ou as falhas com o exercício físico e com a insulina. Caso isso não se verifique, pode-se dar o caso de ficar com uma hipoglicemia (baixa concentração de açúcar) ou hiperglicemia (elevada concentração de açúcar) (A.P.D.P., 2001).

2.2.3. Complicações da Diabetes

Hipoglicemia

Uma hipoglicemia é um descontrolo da glicemia, quando esta desce abaixo dos valores desejáveis. A falta de açúcar no sangue tem efeitos imediatos, uma vez que o nosso cérebro necessita de açúcar para funcionar correctamente, os nossos músculos necessitam de açúcar para se mexerem. As causas da hipoglicemia são muito extensas. Pode ser por excesso de insulina, exercício físico não compensado com comida, alterações hormonais ou alimentação pouco calórica. Os sintomas de hipoglicemia são muito variados, e variam não só de pessoa para pessoa como de hipo para hipo. As mais comuns de acordo a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (A.P.D.P., 2001) são:

- Tonturas
- Suores frios
- Tremores
- Cansaço
- Sonolência
- Palidez
- Dificuldade de visão
- Confusão mental

A compensação da hipoglicemia deve ser feita de imediato, ingerindo açúcar, quer na forma bruta, quer através de sumos ou pastilhas de glucose, que possuem açúcar de acção rápida. No entanto, devido ao rápido consumo deste tipo de açúcares, devemos ainda complementar com hidratos de carbono (contidos em bolachas, pão...) de forma a não termos uma recaída. Se não compensarmos a hipoglicemia a tempo, pode ocorrer um desmaio ou mesmo coma hipoglicémico, acompanhado por convulsões. Esta situação é extremamente grave, já que indica uma forte quebra de

açúcar, que tem efeitos a nível cerebral. Neste caso torna-se necessário a injeção de uma outra substância (obviamente por outra pessoa), chamada glucagon. Esta substância vai permitir a libertação de glicogénio, o açúcar armazenado pelo fígado. Apesar de não haver produção de insulina, o pâncreas ainda produz outras substâncias, como o glucagon. Ocorre por vezes a libertação de glucagen se o corpo detectar uma hipoglicemia. Este efeito, somado à compensação feita pela própria pessoa, leva muitas vezes a um estado de hiperglicemia. Ainda que este efeito se verifique, não se deve deixar de compensar hipoglicemias (A.P.D.P., 2001).

Cetoacidose

A Cetoacidose também designada por coma diabético, é uma condição grave provocada por falta de insulina. Trata-se da situação provocada pelo excesso de corpos cetónicos no organismo (cetose). Estes corpos cetónicos são substâncias ácidas, tornando-se o sangue ácido e podendo levar ao coma cetoacidótico. É uma situação muito grave e, se não tratada, põe a vida em risco. A cetoacidose diabética é uma complicação da Diabetes Mellitus de Tipo 1. Acontece quase sempre como resultado da suspensão da insulina, embora possa também resultar do stress físico ou emocional. O coma hiperosmolar surge na Diabetes Mellitus de Tipo 2, muitas vezes num doente idoso. A desidratação profunda ocorre devido à diurese decorrente da hiperglicemia quando o paciente não faz a ingestão devida de líquidos (A.D.A., 2004).

Infecções Bacterianas

As infecções bacterianas incluem treçolhos e furúnculos. Por outro lado, as infecções por fungos incluem pé de atleta, tinea e infecções vulvares (A.D.A., 2004)

Hiperglicemias

A hiperglicemia é um descontrolo da glicemia, oposto à hipoglicemia. Trata-se de um aumento da concentração de açúcar no sangue, causado maioritariamente pelas seguintes causas (A.P.D.P., 2001):

- Alimentação pouco cuidada
- Falta de exercício físico
- Falta de insulina

- Situações de Adrenalina (porque dá início a mecanismos que têm um efeito semelhante ao do glucagon)

Os efeitos mais graves da hiperglicemia raras vezes se fazem sentir de forma imediata, excepto se se tratar de uma hiperglicemia muito acentuada. No entanto, é normal sentir-se sede, fome, cansaço e até caimbrãs quando a glicémia está muito acima do desejável. Contudo, se o estado de hiperglicemia se prolongar durante longos períodos de tempo e de forma frequente no dia-a-dia, a médio e longo prazo (normalmente no espaço de anos) vai haver efeitos nefastos e devastadores para o diabético. Alguns dos problemas principais (A.P.D.P., 2001):

- Retinopatia (olhos)
- Nefropatia (rins)
- Fragilização dos vasos sanguíneos
- Problemas vasculares
- Diminuição da cicatrização (especialmente nas extremidades)
- Em casos extremos, pode levar a amputações

No entanto, o controle rigoroso da glicemia, a níveis muito próximos do normal pode atrasar ou prevenir o aparecimento dessas mesmas complicações. As hiperglicemias seguindo-se de uma acumulação no organismo de acetona e outros corpos cetónicos tornam a respiração cada vez mais lenta, conduzindo a um estado de inconsciência profunda a que se pode seguir o coma diabético e a morte, se não se actuar clinicamente. Mas é de salientar que todos estes problemas aparecem quando há descontrolo. Ou seja, um diabético controlado terá tantos problemas como um indivíduo sem a mesma doença. Actualmente é possível ter um controlo excelente da doença, sem ter complicações. É usual surgirem complicações nos doentes após 20 anos de Diabetes. No seu processo evolutivo, sobretudo nos casos em que houve um desequilíbrio das glicemias, em que o controlo foi deficiente, vários são os órgãos importantes que podem ser afectados (A.D.A., 2004). O doente diabético é susceptível de complicações que causam morbidade e mortalidade prematura. Os sintomas costumam aparecer entre 10 a 15 anos após o início da hiperglicemia. As causas das complicações permanecem desconhecidas embora se admita que possam ser multifactoriais (Harrison, 1999). O ambiente metabólico por si mesmo influencia ou provoca as complicações independentemente dos factores genéticos.

2.3. Adesão ao Tratamento

A Adesão ao tratamento é um dos principais problemas que se coloca quando estamos perante um doente com Diabetes. Quando surge uma doença crónica não só a componente biológica do ser humano se altera como também toda a sua forma de vida é objecto de profundas alterações. A Diabetes Mellitus é uma doença crónica, cujo controlo impõe restrições no estilo de vida, na adesão através da auto-administração de insulina, pelo que na grande maioria dos casos, o seu impacto psicossocial se faz sentir de forma intensa. É uma das doenças crónicas clássicas que impõem mudanças precisas no estilo de vida das pessoas, e a qualidade de vida do diabético depende da aquisição de comportamentos saudáveis. Isso permite-lhe evitar ao máximo problemas desnecessários na sua vida quotidiana. Torna-se indispensável que o diabético aceite a sua nova condição associada à sua doença. O diabético ao enfrentar uma doença crónica passa pelas seguintes fases, de acordo com o paradigma das etapas de adaptação psicológica à doença (Kubler-Ross, citado por Hoey, 2004):

Negação (Choque e Recusa da realidade)

Na fase de negação, o doente é confrontado com o diagnóstico de doença crónica, levando-o ao processo defensivo de recusa, de negação da realidade do diagnóstico ou à gravidade da doença menosprezando a sua importância. Em alguns casos, o diabético que passa por esta etapa de negação não aceita a sua condição, e procura uma segunda opinião, para que não exista necessidade de mudar os seus hábitos. Daí, torna-se problemático quando o doente permanece nesta fase, negando a sua doença. Por esta razão, a equipa médica, deverá estar atenta para que esta fase não se prolongue mais que o necessário.

Depressão (meditação, reflexão)

Nesta fase o doente vai tomando gradualmente consciência do que tem e considera importantes as recomendações quanto às mudanças que deve realizar. Daí encontrar-se motivado o suficiente para assumir de uma forma comprometida quanto ao auto controlo da sua doença. Torna-se importante ajudar o doente a desenvolver as suas capacidades de auto aplicação e auto ajuste das doses de insulina e de auto medição da glicemia, entre outras coisas.

Negociação (está bem, tenho esta doença, mas...)

Durante esta terceira fase, o doente aceita de uma forma integral a sua nova condição. Assume as atitudes, os comportamentos, os hábitos necessários para levar uma vida mais sã e saudável possível. O diabético reconhece que a sua saúde depende primordialmente do seu comportamento.

As próprias características da terapêutica (diária e ao longo de toda a vida) como a complexidade, exigência e responsabilidade do doente, predizem, por si só, uma difícil adesão. Frequentemente esse estilo de vida impõe regimes de tratamento que se torna o elemento central na vida do diabético e dos seus próximos. As alterações na vida diária do doente diabético traduzem-se, justamente, pela adesão incondicional aos protocolos terapêuticos instituídos (Bishop, 1994). Uma fraca adesão ao regime prescrito, constitui o maior impedimento a um estado de boa saúde, nos indivíduos com diabetes (Anderson, 2000). Outros problemas estão relacionados com o enfraquecimento do auto controlo ao longo do tempo. Felizmente há pessoas que aceitam a doença adequadamente, vivendo de forma próspera, perfeitamente integradas no seu ambiente social. Porém, isso não significa devermos retirar a angústia e a preocupação que o carácter de cronicidade sempre representa. Perante o diagnóstico, as reacções podem ser variadas, dependendo, em especial da idade da pessoa, da estrutura da personalidade e também das medidas que se adoptem face à situação. As variáveis psicológicas mais importantes a considerar relativamente aos comportamentos de auto controlo são as seguintes (Lustman e cols, 2000):

Características Individuais do Doente

Os doentes com temperamentos explosivos têm maiores dificuldades em controlar a glicose. O estilo de coping relativo à resolução de problemas específicos da diabetes e a capacidade de lidar com o stress diário pode também influenciar o auto controlo. As diferentes crenças acerca dos sintomas, severidade da doença, vulnerabilidade a consequências negativas, benefícios e custos do tratamento e capacidade para perceber a sua auto eficácia influenciam a adesão e aspectos específicos relacionados com o auto controlo.

Factores Sociais e Familiares

As interações familiares também interferem na adesão ao tratamento.

Particularmente nas crianças, as disfunções e conflitos familiares são variáveis que nos permitem prever as dificuldades de adesão. Por outro lado, coesão e organização no seio da família e um adequado suporte familiar, estão associadas a uma melhor adesão e controlo metabólico. De acordo com um estudo, a adolescência é uma das etapas do ciclo de vida em que há maiores dificuldades com o auto controlo. As dificuldades acrescidas em controlar a diabetes relacionam-se com as modificações biológicas, influências sociais e interações entre ambas.

Durante a adolescência é também usual aumentarem os conflitos pais e filhos, que também poderão estar relacionados com as maiores dificuldades no controlo metabólico durante este período desenvolvimental (Miller - Johnson e cols, 1994).

Factores Ambientais e Contingências Comportamentais

A adesão ao tratamento pode ter consequências negativas, uma vez que regimes de insulina mais intensivos aumentam o risco de hipoglicemia. Apenas o controlo rigoroso e continuado da diabetes permite prolongar a vida, diminuir o sofrimento e evitar as complicações. O comportamento de adesão só por si tem um grande impacto no tratamento e na sua eficácia. A ênfase do tratamento é colocada no controlo da doença ou dos sintomas, implicando, evidentemente uma transferência da responsabilidade pela administração do tratamento, pela monitorização e pela adaptação, para o doente e para a família.

No caso das crianças, a transferência faz-se para a família numa primeira fase, e progressivamente para a criança, à medida que esta vai crescendo (Barros, 2003).

A Diabetes insulino dependente tem um certo número de características que podem ser assinaladas. Trata-se uma doença irreversível, que necessita de apoio médico continuado: há fundamentalmente uma deficiência na utilização da glicose, ligada geralmente a uma insuficiência insulino pancreática (A.P.D.P., 2001).

2.3.1. Educação do Diabético

A diabetes é uma doença crónica que necessita tratamento durante toda a vida do indivíduo. Um tratamento especialmente complexo que origina importantes mudanças na vida quotidiana e requer a colaboração da família, e aquisição de capacidades e conhecimentos específicos (Oliveira, 1999).

A promoção da saúde no adolescente diabético deverá seguir o conceito bio-psico-social. Segundo (Geed, 2001) os objectivos do tratamento da diabetes são proporcionar uma boa qualidade de vida e prevenir as complicações agudas e crónicas. O controlo da glicemia próximo da normoglicemia pode reduzir e atrasar o aparecimento da retinopatia, neuropatia e nefropatia.

Os objectivos específicos para adolescentes diabéticos são o crescimento e a maturação normal, independência no autocuidado incluindo o desenvolvimento social e psicológico conduzindo à maturidade e ao bem-estar (Góis, 2002). Não nos é difícil constatar a importância que tem para o diabético auto controlar-se e auto vigiar-se de modo a diminuir ou mesmo evitar descompensações glicémicas e consequentemente o aparecimento de complicações tardias, principalmente ao nível do rim e olhos que lhe reduziriam assim o seu bem-estar e esperança de vida. Este controle implica a determinação com certa regularidade das suas glicemias de modo a que o diabético saiba num certo momento qual a taxa de açúcar no sangue e que medidas deve tomar, se for necessário corrigi-la (A.P.D.P., 2001).

Os primeiros educadores são os membros da equipa médica, formada por um médico, enfermeira, dietista e um psicólogo. Os profissionais de saúde devem ter em conta o conhecimento que o jovem apresenta sobre a diabetes, o grau de desenvolvimento cognitivo, o desempenho no controle de atitudes relacionadas com a doença e também o ambiente familiar. Daí, a educação centrar-se no jovem e na sua família, capacitando os seus pais e o próprio jovem, quanto ao ajuste da ingestão de alimentos (dieta) e administração de insulina (doses de insulina), para que exista a responsabilidade do auto controle da doença (Zanetti, 2000). Este envolvimento ajuda a reduzir a frustração e melhora os resultados do tratamento. A educação é contínua e consiste na resolução de problemas e identificação das barreiras psicossociais que obstruem um controlo eficaz da diabetes (Hoey, 2004).

O apoio educacional torna-se necessário quando o que se pretende é exactamente, com o surgimento da doença a pessoa não se sinta numa dependência total da ajuda dos outros. É importante que se sinta uma pessoa livre mais autónoma possível e que consolide o seu modo de viver com os vários actos de auto controle e vigilância. Na Educação do diabético está englobada a auto-vigilância e o auto-controlo da diabetes através de testes ao sangue e nalguns casos de urina feitos diariamente pelo doente e que permitem o ajuste da dose de insulina e da alimentação (A.P.D.P., 2001).

Uma característica que diferencia a diabetes do resto de outras doenças crónicas, é a necessidade de que o paciente adopte um papel activo quanto ao seu auto cuidado, tornando-se responsável nas decisões sobre os diferentes aspectos do tratamento. Consequentemente, um conhecimento adequado por parte do doente das consequências dos seus comportamentos pode constituir um requisito para uma adesão adequada (Menendez *et al*, 1999).

Todos os diabéticos podem levar uma vida saudável, plena e sem grandes limitações. Para tal é apenas necessário que efectuem o controlo da diabetes correcta e periodicamente. O objectivo é manter o açúcar (glucose) no sangue, o mais próximo possível dos valores normais, o que pode ser conseguido através de um cuidado com a alimentação, da administração correcta de insulina e da prática regular de um exercício físico. Se cumprirem estas regras, os doentes sentir-se-ão melhor, prevenindo ainda as complicações futuras que a diabetes normalmente acarreta. Além disso, diminuirão o risco de eventuais descompensações agudas (bruscas variações de glucose no sangue). Em termos práticos, a alimentação aumenta o açúcar no sangue, enquanto a insulina e o exercício físico o diminuem. O bom controlo da diabetes resulta assim dos testes efectuados diariamente ao sangue (que permitem determinar o teor de açúcar) e do equilíbrio entre três factores: alimentação/insulina/exercício físico (A.D.A., 2004).

2.3.2. Profissionais de Saúde

A Diabetes Mellitus é uma entidade clínica apaixonante. O procurar um equilíbrio (*balance*) dependente de um grande número de factores, todos eles com variações, leva a que o controle metabólico tenha que ser efectuado de uma forma inteligente e sensata. A responsabilidade deste controlo é assumida pela pessoa com diabetes (*Empowerment*), tendo o profissional de saúde a função de educar (Ortiz & Ortiz, 2005). O jovem com diabetes constitui um desafio dentro desta área. A passagem para a idade adulta só "*per se*" constitui um risco acrescido. Os problemas psicológicos e as complicações crónicas incipientes, agravadas, por vezes pelo pobre controlo metabólico (Mortensen *et al*. 2000) são factores a considerar. A maturação e a independência no auto cuidado poderão dificultar o controle metabólico. A construção da auto imagem inicia-se na adolescência, é uma época ideal para a

educação, integrando-se o auto cuidado diário e adoptando atitudes adequadas que contribuam para lidar com a diabetes.

2.3.3. Colónias de Férias para os Jovens Diabéticos

As Colónias de Férias são um recurso muito popular, em quase todos os países desenvolvidos. O facto de colocar jovens com os seus pares, numa atmosfera descontraída, propicia uma oportunidade para a interacção e troca de experiências. Os profissionais de saúde integrados no grupo apercebem-se das necessidades educativas e vão desenvolvendo actividades em conjunto ou individuais que permitem ao jovem uma aprendizagem saudável. A equipa técnica pode ser composta por duas médicas endocrinologistas, uma enfermeira, um psiquiatra e uma dietista. Estas actividades de promoção de saúde não possuem um suporte por parte do estado nem das suas instituições. A sua realização encontra-se dependente de factores como o voluntariado dos profissionais de saúde e dos monitores, apoio financeiro dependente da boa vontade da indústria farmacêutica e de donativos, sendo algumas das despesas asseguradas pelos familiares dos jovens (Maia & Araújo, 2002).

Este género de actividades é mais comum nos Estados Unidos do que na Europa. Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento gradual do seu número. Portugal tem acompanhado esta mudança de uma forma gradual. Estes campos além da componente recreativa e desportiva são dirigidos para a educação e a aprendizagem sobre a diabetes. A efectividade das intervenções efectuadas nos campos encontra-se demonstrada, com a vantagem na avaliação, de que todos os participantes usufruem experiências similares. Em termos de conhecimento sobre a doença, Maia e Araújo (2002) revela que no final dos campos existe um aumento significativo no conhecimento da diabetes. Outros tipos de ganhos muito importantes na forma de gerir a doença também são estudados (treino no uso da administração da insulina e na sua auto-gestão conduzindo a uma maior independência; a comunicação assertiva, a tomada de decisões, e o “*stress management*” bem como a melhoria dos problemas comportamentais). Os campos podem ter um impacto benéfico no controlo metabólico, de forma significativa, bem como a redução das doses de insulina.

2.4. Repercussões Psicológicas da Diabetes Tipo I

As perturbações emocionais associadas à diabetes iniciam-se no momento do diagnóstico, momento em que são vivenciados elevados níveis de angústia e ansiedade. Lidar com a doença não é tarefa fácil em qualquer fase da vida, e acarreta estados emocionais particulares decorrentes da própria doença e do ser doente. O seu carácter crónico bem como as características específicas da doença proporcionam um conjunto de vivências que interferem no ambiente afectivo, familiar e social. O aparecimento da doença implica, desde logo, uma difícil luta entre a perda da saúde e a integridade do corpo (Ortiz & Ortiz, 2005). Nos momentos posteriores ao diagnóstico, a negação da doença é uma atitude frequente, bem como intensos momentos de angústia e ansiedade, face ao aparecimento da mesma. Algo de desconhecido surge na vida do sujeito, sem que ele saiba à partida, a origem, a gravidade e as consequências. De uma maneira geral, a diabetes como qualquer outra doença crónica representa sempre uma carga para o sujeito, sendo suportada de forma diferente, consoante vários factores (Zanetti & Mendes, 2000).

2.4.1. O Impacto da Diabetes na Criança

Quando a doença surge nesta fase da vida, os problemas incidem não só na criança, em particular, como se estendem também a toda a sua família. O tratamento diário das crianças com a diabetes vai interferir com o comportamento familiar, afectando as relações entre os membros da família. O modo como a diabetes é integrada na dinâmica familiar vai influenciar a sua evolução e o equilíbrio físico e emocional da criança. Os pais ou os seus substitutos tem um papel primordial na forma como a criança reage à doença. Frequentemente, os pais destas crianças adoptam condutas de super protecção, tanto mais evidentes quanto maior for a sua angústia e culpabilidade. Ou então se esta situação se torna um drama e o demonstram à frente da criança, tanto no que se refere às injeções, às análises, como à alimentação, a criança irá deprimir, ficar ansiosa). Estas crianças têm frequentemente, um pensamento de causa – efeito podem culpar-se a si próprias por serem diabéticas e considerar as injeções e as restrições alimentares como castigos.

Por outro lado, da parte da criança podem surgir reacções de rebeldia, de benefícios secundários (quando utiliza a sua doença como meio para atingir tudo aquilo que quer), de negar ou assumir qualquer tipo de responsabilidade e participação na doença. Após o diagnóstico de diabetes é necessária a mudança de comportamentos e aquisição de novos hábitos. Quem melhor do que a criança para o fazer uma vez que esta é a fase de aprendizagem espontânea por excelência. Todo o investimento feito na modelagem do seu comportamento, ou seja, apresentação de modelos ideais que a criança possa imitar, nesta etapa, trará lucros ao longo de toda a sua vida (Barros, 2003). A adaptação psicossocial das crianças à Diabetes depende da sua maturidade física, cognitiva e emocional. Divididos em três grandes faixas etárias, apresentamos de seguida, alguns aspectos que mais se evidenciam e para os quais os pais deverão ter maior atenção (Covinhas, 2004):

0 – 18 Meses

Até esta altura da vida, a criança encontra-se totalmente dependente do adulto. A doença crónica, nesta fase, vai interromper a consciência de que o mundo é bom, passando o mesmo a ser visto como algo de inseguro, aterrador e incompreensível conduzindo a criança a olhá-lo com desconfiança. O relacionamento instável, com os pais ansiosos e deprimidos, que vêem frustradas as suas expectativas da criança ideal, as frequentes hospitalizações conduzindo à separação das figuras de referência e ao contacto com estranhos e às restrições físicas a que a criança tem que estar sujeita são os principais factores que conduzem ao desenvolvimento deste sentimento de desconfiança.

18 Meses – 3 anos

A doença crónica introduz nesta altura mútuas restrições e exigências. Limita, em parte, a mobilidade da criança, tão característica nesta idade, impedindo-a de uma normal exploração do meio, o que vai, por sua vez ter influência no desenvolvimento cognitivo. A hospitalização provoca a quebra das rotinas diárias, a separação das figuras de vinculação afectiva e as experiências dolorosas, incompreensíveis e incontroláveis vão desencadear muitos momentos de angústia e choro que, em muitos casos, podem agravar o próprio estado de saúde da criança. A relação com os pais é primordial e são estes que alternadamente devem administrar insulina e medir glicemias num ambiente seguro e tranquilo, uma vez que a incapacidade da criança

para perceber o tratamento leva a que este seja sentido como uma punição. Muitas vezes, por sofrimento e para compensar a criança, os pais podem tornar-se demasiado permissivos, não estabelecendo limites, regras e imposições que são fundamentais para o adequado crescimento da criança e sua integração num mundo social mais alargado com a entrada para o infantário.

4 - 7 Anos

A criança tem uma vida imaginária muito fértil e não tem, como os adultos, a noção de causa – efeito na utilização do raciocínio lógico, podendo assim culpabilizar-se pela sua doença ou sentir o tratamento como um castigo. A fantasia pode assumir proporções irrealistas. Deve ainda ser percebida e antecipada a comparação que é feita com as outras crianças, não diabéticas. Neste período, são sobretudo os pais quem assume uma maior responsabilidade pela aquisição, por parte da criança, dos problemas relativos à saúde. Nesta altura, a criança encontra-se em condições de receber explicações directas e claras sobre a sua doença e a razão de ser dos tratamentos. Todo este conjunto de atitudes possibilita à criança o mais correcto desenvolvimento do sentido de auto controlo e autonomia.

8 - 11 Anos

Nesta fase, as necessidades de identificação, de pertencer a um grupo, e de participar em jogos e actividades com os colegas, são fundamentais e devem ser estimuladas pelos pais e educadores que, ao invés, muitas vezes as inibem, por exemplo por medo das hipoglicémias. Uma das principais dificuldades da criança com doença crónica neste período, é sentir-se diferente em relação ao grupo de amigos ou colegas de escola. Esta auto percepção poderá levá-la a limitar ou a impedir a expansão das suas actividades sociais. Do mesmo modo força-la a executar tarefas para as quais ainda não se sente capaz, poderá levar a criança a sentir-se mais ansiosa, com risco de posteriores atitudes de rebeldia, de não cumprimento do tratamento. A super protecção além de impedir o que é mais importante nestas idades, a construção de uma auto-estima forte e auto-determinação, reforça as limitações e diferenças que a criança possa sentir. Isto não é sinónimo de permissividade total ou entrega dos cuidados da diabetes apenas à criança, uma vez que esta não tem ainda maturidade para gerir as doses de insulina a administrar nas diferentes situações, embora já tenha capacidade para fazer a auto injeção. Devem ser ouvidos os pontos

de vista da criança e "negociados" os comportamentos na medida do possível estando desta forma a valorizar e estimular a sua autonomia.

2.4.2. O Impacto da Diabetes no Adolescente

Segundo os últimos cálculos de incidência na população portuguesa, aparecem cerca de 500 novos casos de diabetes tipo 1 anualmente, sendo a maioria em adolescentes e jovens adultos. A nível dos jovens a taxa de incidência ajustada dos 0 aos 14 anos é superior aos 20/100.000 por ano, que corresponde a uma alta incidência (Geed, 2001).

A Adolescência é uma fase de tensão e conflitualidade desencadeando-se mudanças profundas na relação do sujeito consigo próprio, com os outros e com toda a realidade que o rodeia. O adolescente reconhece que as suas acções podem contribuir de forma decisiva para o equilíbrio da sua saúde, assim como os seus próprios pensamentos e sentimentos. A capacidade para assumir o controlo da sua doença, assim como o planear acções terapêuticas depende totalmente do jovem adolescente. No entanto, o aparecimento da doença crónica como a Diabetes, nomeadamente de Tipo 1 vai ter implicações no futuro do jovem, vai acentuar a possibilidade do surgimento de um desequilíbrio psicológico (Bricarello & Bricarello, 1999). A adolescência caracteriza-se também por alterações nas características psicossociais (ambiente familiar, suporte social da família e dos amigos) e psicológicas (cognição, *locus* de controlo, auto-eficácia, *stress* e capacidades de confronto com a doença) as quais se podem repercutir na adesão ao tratamento e no controlo metabólico da diabetes. A doença é vista como uma ameaça para o adolescente (Fagulha & Santos, 2004). O surgimento da diabetes no período da adolescência leva a que o sujeito fique preocupado e angustiado com a sua doença em relação a transformações pubertárias (Bricarello & Bricarello, 1999). Muitos dos adolescentes diabéticos parecem estar significativamente bem ajustados, todavia sentimentos de isolamento podem aparecer (Fagulha & Santos, 2004). Inicialmente o tratamento é carregado de aspectos bastante negativos, mesmo que o adolescente esteja bem informado, à medida que vai apercebendo-se das complicações secundárias, gera em si grande ansiedade. Normalmente a reacção psicológica inicial é diferente de um adolescente diabético para outro. Neste contexto, a diabetes é

sentida como algo que muda a vida do adolescente e o discrimina em relação às pessoas. Nas raparigas, a diabetes pode interferir no desenvolvimento de uma imagem corporal satisfatória conduzindo a distúrbios do comportamento alimentar. Nos rapazes, o aparecimento da doença na fase de puberdade, tem impacto no relacionamento com os pares e na construção da sua identidade social (Shillitoe, 1991). É comum o adolescente com diabetes desafiar a doença, ou seja, em vez de tomar as duas doses de insulina prescritas, toma apenas uma "para ver o que acontece". Se não estiver consciencializado, ele poderá também usar a doença para agredir os outros, especialmente os pais, imputando a eles a responsabilidade do tratamento (Santos, 1998).

Na adolescência, a Diabetes mellitus é motivo de grande preocupação, uma vez que a doença pode comprometer o desenvolvimento físico (Chipkevitch, 1994; Bricarello & Bricarello, 1999). Alguns estudos indicam que o mau controlo da diabetes pode também conduzir a um quadro de atraso no crescimento, devido aos episódios de internamento, e contribuir para o estado de infelicidade, tristeza e desânimo (Halpern & Mancini, 1993). Consequentemente, podem ocorrer dificuldades escolares e sociais devido a uma redução na auto-estima, fruto dos cuidados exigidos pela doença, que permite ao jovem sentir-se diferente dos outros adolescentes (Thompson & Gustafson, 1996). A sua imaturidade pode mostrar-se no momento em que têm que assumir todos os cuidados, como a administração de insulina e o seguimento de uma dieta, por exemplo. Além da imaturidade e das dificuldades na aquisição do auto-controlo, também as mudanças hormonais podem fazer com que a incumbência do controlo da taxa de glicose no sangue seja ainda mais difícil durante a adolescência (Sarafino, 1994). Os Jovens inseguros de si mesmos têm maiores possibilidades de não cumprir as tarefas do tratamento, pois procuram evitar sentirem-se diferentes dos seus companheiros. Outros adolescentes também tentam tirar proveito da situação de ser diabético, e procuram, de alguma maneira, manipular as pessoas e as situações a fim de chamar mais atenção para si (Chipkevitch, 1994; Oliveira, 1999). Enquanto que os jovens com elevados níveis de auto-estima, sentem-se competentes socialmente, e tendo um suporte familiar são mais propensos a aderir ao tratamento (Sarafino, 1994). De acordo com Debray (1995), o modo como o sujeito enfrenta o diagnóstico da doença depende de três factores: o modo como soube da doença (apercebeu-se sozinho, outra pessoa mostrou-lhe, adiou ter conhecimento do diagnóstico, preferiu saber logo); as

experiências pessoais anteriores em relação a doença, por exemplo amigos ou pessoas da família que tiveram ou têm a doença; o modo como a família e os amigos reagiram frente ao diagnóstico.

Desde o início que se tem de executar um conjunto de tarefas, nomeadamente a precisão da avaliação do estado de glicemia, em tempos certos, e a sua correcção em medidas precisas. E a gestão correcta do comportamento destes doentes visa estabilizar a doença (Ribeiro & Meneses, 1998). Segundo Geed (2001) dependendo de como a doença se manifesta e do significado que ela tem na fantasia do paciente, pode atingir a sua auto-estima, a sua qualidade de vida, as possibilidades e qualidades das relações pessoais. A doença seja ela sofrida ou implicando em mudanças no estilo de vida, nunca é bem recebida. Mesmo os que parecem mais adaptados têm uma dose de revolta por detrás da sua tolerância, porque ninguém quer ficar doente. E alguma dificuldade de adaptação advém do passar do tempo e do jovem começar a sentir o peso de “já ser doente há muito tempo”. Menéndez *et al* (1999) acredita que antes dos 10 anos de idade o paciente diabético aceita a doença mais passivamente, sem ter muita consciência dela, mas com a adolescência chega também a revolta e a dissimulação. Já Graça e colaboradores (2000) parecem relacionar a questão da aceitação da doença com os recursos internos e não especificamente com a fase de desenvolvimento em que o paciente se encontra. Para Silva *et al* (2002) estes doentes com diabetes têm sentimentos de inferioridade devido aos cuidados constantes exigidos para controlar a doença. Menéndez *et al* (1999) também concorda que o controle da diabetes é muito intenso e chega a classificar a criança diabética como escrava de seu tratamento. Vários autores, como Graça e colaboradores (2000) e Debray (1995), consideram a diabetes mellitus uma doença psicossomática, ou seja, que sofre influência de factores emocionais. Estes estudos indicam que a diabetes tipo 1 é um factor de risco para o desenvolvimento de desordens psiquiátricas em crianças e adolescentes. As principais desordens são depressão, baixa auto-estima. Os problemas de ajustamento à diabetes podem aparecer logo após o diagnóstico da doença, mas muitas crianças resolvem este problema dentro de um ano, já as que não resolvem, começam a apresentar controlo metabólico fraco, problemas de adesão ao tratamento e dificuldades psicossociais (Delamater & cols., 2001).

2.4.3. O Impacto da Diabetes na Família

A maior dificuldade que enfrentam os pais de uma criança diabética, logo a partir do diagnóstico, é a de viverem um estado de receio constante. Isto é, desde o momento do diagnóstico que os pais sentem que nunca mais estarão totalmente descansados, que este novo receio estará sempre e para sempre presente. O receio constante vai diminuindo de intensidade com o tempo, tornando-se novamente mais forte quando existe uma nova crise, e influencia toda a forma como os pais vivem a sua vida e a do seu filho, como pensam o dia-a-dia e o futuro, influenciando assim todos os seus actos e decisões (Barros, 2003). Uma destas características é a imprevisibilidade da doença. De facto, por muito cuidado que os pais tenham em seguir todas as prescrições médicas, por vezes os valores de glucose no sangue alteram-se sem explicação, entrando a criança em estado de hipo ou hiperglicémia, às vezes sem sinais visíveis de que tal está a acontecer. Assim, esta imprevisibilidade pode levar a um sentimento de impotência e dificultar a adaptação dos pais à doença, dando lugar a um sentimento de desconforto e insegurança quando não estão próximos da criança (Barros, 2003).

A Família passa por várias fases na resposta à doença, constituindo o período após o conhecimento do diagnóstico um momento crítico. E quanto mais precoce for o diagnóstico da doença, maior será o impacto na dinâmica familiar (Santos, 1998). A disponibilidade de apoio social, é hoje aceite como um factor capaz de mitigar a relação entre a doença e a qualidade de vida, La Greca & Thompson (1998). Algumas investigações salientam que ter uma família coesa e apoiante está associado a um melhor controlo metabólico e da doença, em geral (Hauser *et al.*, 1990). E que o apoio social de membros da família tem sido ainda identificado como um recurso importante para os diabéticos que lidam com o *stress* da doença. Os problemas de ajustamento da criança podem estar mais relacionados com o funcionamento familiar do que com a presença da doença, (Santos, 1998). Góis (2002), constatou que os estudos empíricos revelam que o apoio social, (dos pares e família), influi no ajustamento psicológico e na adesão. Há uma associação positiva entre apoio parental e adesão, através duma melhoria na competência social e auto-eficácia do adolescente face ao *stress*. Mas, o efeito deste apoio correlaciona-se negativamente com a idade, sendo o ponto de viragem aos 15-16 anos. Os pais representam a maior fonte de apoio social, seguida do grupo de pares. Contudo à

medida que os mesmos vão crescendo, o grupo de pares atinge proeminência como fonte de apoio social (La Greca, *et al.* 1995). No entanto, a qualidade do apoio social da família e dos pares é diferente. A família é mais importante no suporte instrumental, na adesão (insulina, controlo da glicemia e da dieta) e os pares no suporte emocional e no ajustamento psicológico. Quando a diabetes afecta o jovem em tenra idade, toda a família é igualmente afectada, na medida em que ela é responsável pela gestão das tarefas inerentes ao controlo da doença e ao bem-estar do jovem (Barros, 2003). Debray (1995) faz uma análise da dinâmica familiar vivida pelo paciente diabético: devido aos cuidados extremos exigidos pela doença os pais protegem demais os filhos, principalmente no caso de crianças, fazendo com que estas percam ou não adquiram autonomia. Este autor acredita que a super protecção pode estar a encobrir uma rejeição inconsciente. No entanto, os pais que forneciam apoio específico em relação à doença tinham filhos com uma melhor adesão ao tratamento do que os pais que eram menos apoiantes das actividades do cuidado da diabetes. Os sentimentos mais encontrados por parte de destes pais de diabéticos são a incapacidade inicial de adaptar-se às mudanças requeridas pela nova realidade que se descortina; o desespero associado com sentimentos de perda e de responsabilidade acima das suas capacidades; o excesso de protecção associada com a rejeição ou a tendência de tratar filhos como especiais; a frustração por ter gerado um filho “doente”; o sentimento de martírio misturado com castigo, que favorece a indisciplina do filho; os sentimentos de culpa, crueldade e punição para com o filho, por proibir as guloseimas, por aplicar injeções, assumindo um papel que não condiz com o “ser mãe ou pai”; a busca de alternativas para fugir das injeções e da restrição alimentar; a dificuldade de lidar com os sentimentos provocados nos restantes filhos, pela atenção dada ao filho diabético; medos e ansiedades que terminam desviando o filho diabético das actividades normais para idade.

A Aceitação e o ajustamento à Diabetes pela família estão relacionados com o controle da doença (Grey, Davidson, Boland & Tamborlane, 2001). Após o diagnóstico da diabetes no adolescente vão ocorrer reacções estereotipadas no seio da família. Toda a vivência familiar passa-se a centrar sobre o adolescente diabético, os problemas familiares passam a ser exclusivamente um, a doença. Após a fase do choque, e de reconhecimento correspondente à organização familiar e tratamento segue-se a reorganização das relações familiares entre os pais e o adolescente. Podem surgir, nomeadamente na família dois tipos de atitudes: os sentimentos de rejeição,

por uma situação incompreensível mas da qual culpam o outro; a super protecção mais ou menos manifesta, que tem como base, sentir o adolescente como um doente, necessitando de cuidados especiais. Em famílias mais desfavorecidas, a informação é mais difícil de reter e daí surgirem mais intensamente nos adolescentes factores depressivos e o aparecimento de uma ansiedade importante pela parte dos pais em relação ao futuro do seu filho e a sua impossibilidade de fazer qualquer coisa para o mudar (Oliveira, 1999).

2.4.4. A Influência do Grupo de Pares

É inegável o relevo que o grupo de pares associado a contextos escolares assume no ajustamento à doença (sob a forma de adesão ao tratamento ou como evolução clínica da diabetes). Uma das maneiras de ajudar estes jovens diabéticos é através do trabalho proposto por Graça e colaboradores (2000), ou seja, integrar o diabético num grupo de iguais. O objectivo da formação de grupos é a melhora e não a cura, até mesmo porque é preciso pesar a realidade de que a diabetes mellitus é uma doença crónica e incurável até ao presente momento. O falar sobre a doença possibilita trabalhar as fantasias dela, trocar entre iguais, partilhar sentimentos, dúvidas e assim aprender a conviver melhor com ela. Delamater e colaboradores (2001) também consideram fundamental o trabalho de grupo para jovens diabéticos, uma vez que melhoram, a curto prazo, o controlo da glicemia.

De acordo com os resultados do estudo de La Greca e Thompson (1998), os pares são uma fonte imprescindível de suporte emocional para os adolescentes diabéticos, pelo que devem ser envolvidos no acompanhamento e apoio emocional nos cuidados com a diabetes. Tendo em conta a extrema importância da compensação da diabetes na prevenção das manifestações tardias, é fundamental envolver o melhor possível a família e os amigos no apoio aos adolescentes diabéticos, para que eles consigam gerir da melhor forma os desafios de uma doença crónica como a diabetes. As reuniões em grupo permitem criar um espaço para que a criança e o adolescente com diabetes, bem como seus familiares, possam expressar suas dificuldades e aprender a lidar com elas. Ao dar oportunidade de elaborar as soluções e modificar a postura em relação aos problemas. Ao mesmo tempo, estimulam a organização da metodologia do controlo e as trocas de experiências, o

que permite fortalecer a compreensão do mecanismo de controlo e melhorar directamente os objectivos comuns e individuais. Os participantes aprendem a viver e não apenas conviver com a diabetes. E o maior nível de conhecimento sobre a doença e as suas complicações relacionam-se a uma melhoria da qualidade de vida, com redução do número de crises de hipoglicemia, menor número de internamentos hospitalares, melhor controlo metabólico e maior aceitação da doença.

3. A Auto-Eficácia

3.1. Teoria da Auto-Eficácia

As crenças, atitudes e outras variáveis cognitivas determinam a auto regulação do comportamento. O modelo da Auto-Eficácia destaca-se na regulação deste comportamento. O conceito de Auto-Eficácia tem gerado interesse e alguma controvérsia desde que foi introduzido por Bandura (1997) no contexto da Teoria da Aprendizagem Social, e tem se mostrado uma variável chave na psicologia clínica, educacional e social, do desenvolvimento e da saúde. A Auto-Eficácia percebida foi inicialmente definida como a crença do indivíduo de que ele pode executar um comportamento específico ou tarefa futura. É a teoria da Auto-Eficácia de Bandura (1997), que traça uma relação entre Auto-Eficácia, motivação e execução. A Auto-Eficácia, dentro do aspecto cognitivo – social, é colocada como um mecanismo cognitivo que mede a motivação nas pessoas nos padrões de pensamento e na conduta.

A aquisição de um sentido de Auto-Eficácia deriva da avaliação das experiências passadas, do comportamento dos outros e das informações e incentivos fornecidos pelos outros significativos (Bandura, 1997). A percepção de Auto-Eficácia enquadra-se no controlo pessoal das acções, refere-se às expectativas pessoais quanto à sua capacidade para realizar um comportamento específico desejado. A percepção de Auto-Eficácia ou a Auto-Eficácia percebida reflecte os julgamentos, as avaliações sobre o que pode o sujeito realizar com as competências que possui para executar comportamentos específicos em situações determinadas. Não tem a ver com as competências que uma pessoa tem, mas com os julgamentos que uma pessoa pode efectuar, quaisquer que sejam as aptidões que possui (Bandura,

1997). A Auto-Eficácia consiste no grau de convicção que uma pessoa tem de que pode executar com sucesso determinado tipo de comportamento, necessário para produzir um determinado resultado (Hurley & Shea, 1992). Mais recentemente, Bandura (1997) declara que a Auto-Eficácia se refere às crenças do indivíduo acerca das suas capacidades para organizar e executar os cursos de acção necessários para produzir determinados resultados. A percepção de Auto-Eficácia é um alicerce central na teoria de cognição social de Bandura (1997) que se refere às crenças que temos sobre nossa capacidade de organizar e executar acções exigidas para alcançar os objectivos específicos propostos. As crenças de Auto-Eficácia determinam o nível de motivação, tal como se reflecte na quantidade de esforço empregue para alcançar um objectivo e o tempo que persiste face aos obstáculos. As crenças de Auto-Eficácia influenciam o comportamento através dos efeitos nas escolhas de comportamentos alternativos, do esforço dispendido, da activação face às condições e da persistência face às dificuldades. As crenças na Auto-Eficácia funcionam como um importante conjunto de determinantes próximos na motivação humana, do afecto e da acção (Bandura, 1997). Isto é, agem através dos processos intervenientes motivadores, cognitivos e afectivos. Assim sendo, as crenças na Auto-Eficácia que a pessoa têm determinam seu nível de motivação e o quanto ela vai se empenhar e por quanto tempo. Maior a crença, maior a persistência e maior o esforço. Quando existem dúvidas sobre a sua eficácia pessoal os sujeitos desistem de tentar, muito cedo, ou alteram seus objectivos e estabelecem soluções medíocres (Bandura, 1997). De acordo com este autor, os diferentes incentivos que podem contribuir para o crescimento do interesse e da Auto-Eficácia são: Incentivos positivos produzidos pelo próprio desempenho; Ganhos de conhecimento e de habilidades que possibilitam a alguém preencher os padrões de mérito pessoal; Sucesso no alcance dos resultados desejados através de desempenhos positivos; A própria recompensa pode ter um valor informativo da eficácia quando as competências são difíceis de serem obtidas com um único desempenho; A informação social sobre a qualidade do desempenho.

De acordo com Bandura (1997), há dois tipos de expectativas relativamente às capacidades e competências para lidar com as exigências comportamentais: a expectativa de resultado, que é definida como a percepção de que um determinado comportamento provocará o resultado correspondente; e a expectativa de auto eficácia, que é definida como a percepção de que se é capaz de desempenhar o

comportamento requerido. As expectativas de resultado e de eficácia são diferenciadas porque os indivíduos podem acreditar que uma determinada acção produzirá certos resultados, mas se eles têm sérias dúvidas sobre eles podem desempenhar as actividades necessárias tal informação não influencia os seus comportamentos. A mudança de comportamento depende das expectativas quanto ao resultado e das expectativas de eficácia pessoal (Bandura, 1989 cit. por Pereira & Almeida, 2004). Bandura (1997) aceita que há alguma aproximação entre a teoria e a pesquisa sobre expectativas e a noção de eficácia. O comportamento é visto como uma função da generalização das expectativas de que os resultados serão determinados pelas próprias acções ou pelas forças externas além do próprio controlo. Ou seja, a crença de Auto-Eficácia é composta pela expectativa desta e expectativa de resultados. A expectativa de Auto-Eficácia é a convicção (crença) de que se pode executar o comportamento necessário para se atingir determinados resultados, enquanto que a expectativa de resultados é a crença (convicção) pessoal de que dado comportamento levará a determinados resultados. Dadas as competências apropriadas e os incentivos adequados, as expectativas de eficácia são o principal determinante das escolhas pessoais de actividade, a quantidade de esforço que despenderão e a quantidade de tempo em que manterão o esforço para lidar com essas situações.

Bandura (2002) salientam ainda a importância de distinguir dois conceitos distintos: as expectativas de eficácia pessoal e as expectativas de resultado. Enquanto estas últimas se referem à crença pessoal de que um determinado comportamento levará ou originará determinados resultados as expectativas de eficácia pessoal referem-se ao grau de certeza e convicção pessoal de que é capaz de realizar com sucesso os comportamentos exigidos para produzirem um determinado resultado. Postula que a iniciação, persistência ou abandono de uma estratégia ou comportamento são particularmente afectados pelas crenças pessoais quanto às suas competências e probabilidade de lidar e ultrapassar as exigências ambientais, (Bandura, 1992 cit. por Pereira & Almeida, 2004). Para Schunk (1995), estes dois conceitos são distintos e, muitas vezes, são confundidos na literatura. Embora muitas das expectativas de resultado e expectativas de eficácia pessoal possam estar relacionadas, já que os resultados esperados dependem em grande parte das auto-avaliações de eficácia pessoal, não existe no entanto uma relação automática entre ambas.

Assim, o mesmo autor refere que não basta o sujeito possuir elevada expectativa de Auto-Eficácia pessoal, pois ele não produzirá ou conseguirá um rendimento bem sucedido se ele não possuir conhecimentos, competências ou aptidões básicas para as tarefas que terá de executar. As expectativas dos resultados e as crenças de Auto-Eficácia, contribuem ambas para predizer os interesses. Os interesses (a par com as expectativas dos resultados e as crenças de Auto-Eficácia) predizem os objectivos, que por sua vez levam a comportamentos relacionados com a escolha e a prática de actividades, que tendem a conduzir a atingir determinadas performances. A Auto-Eficácia não se refere às habilidades próprias em si mesmas, mas sim aos julgamentos de valor sobre o que um pode fazer com suas próprias habilidades (George & Feltz, 1995).

3.2 Relação entre a Percepção de Auto-Eficácia e Acção

A Percepção de Auto-Eficácia, por si só, pode afectar o nível de motivação, mas não produzirá desempenhos inovadores se as aptidões necessárias para o exercício da actividade pessoal falharem. A percepção de Auto-Eficácia contribui para o desenvolvimento de competências, assim como as ajusta para as adaptar a novos padrões de comportamento (Bandura 1997). As pessoas podem possuir as competências necessárias e um forte sentimento de eficácia de que conseguem executar bem as tarefas, mas, mesmo assim, podem escolher não desempenhar as actividades porque não têm incentivos para o fazer. Para uma análise adequada das expectativas de Auto-Eficácia relativamente a um comportamento específico é necessária uma avaliação detalhada destas dimensões. Segundo Maddux (1995) os julgamentos de eficácia variam em várias dimensões que tem importantes implicações no desempenho:

Magnitude

Diz respeito ao grau de dificuldade que se acredita alcançar numa tarefa. Estas a realizar apresentam diferentes graus de dificuldade e as expectativas de Auto-Eficácia podem limitar-se às tarefas simples, alargar-se às moderadamente difíceis ou mesmo incluir as realizações mais esforçadas, dentro de um domínio particular do

funcionamento. Isto é, Os julgamentos de auto eficácia de diferentes pessoas podem ser limitadas a tarefas simples ou estendidas a maiores dificuldades.

Generalidade

As pessoas podem-se julgar a si próprias como apenas eficazes em certos domínios de funcionamento ou entre um vasto leque de actividades e situações.

Força / Intensidade

Refere-se ao grau de convicção do sujeito sobre as suas próprias capacidades para a realização de um comportamento específico. As auto percepções fracas de Auto-Eficácia são facilmente negadas através de experiências não confirmadas, enquanto que quanto mais forte for a expectativa de Auto-Eficácia maior probabilidade de sucesso no comportamento a realizar.

As discrepâncias entre o julgamento de Auto-Eficácia e o desempenho aumentam quando, tanto as tarefas, como as circunstâncias sob as quais são desempenhadas, são ambíguas. Quando os objectivos são claros e os níveis de desempenho são compreendidos, as auto percepções de eficácia funcionam como reguladores influenciáveis para atingir o desempenho (Bandura 1997).

3.3. Fontes de informação da Auto-Eficácia

Segundo Bandura (1997), as expectativas de eficácia e de resultados provêm de origens diferentes: dos resultados do desempenho da experiência pessoal, da observação de outros indivíduos, da persuasão verbal combinada com a influência social de alguém que possua certas capacidades e da auto percepção do estado fisiológico, a partir dos quais, em parte, o sujeito julga a sua capacidade, a sua força e vulnerabilidade:

Resultados do desempenho da experiência pessoal

É a fonte que mais influencia na formação das expectativas de eficácia, por basear – se nas próprias experiências de realização pessoal. Ou seja, a experiência pessoal constitui a fonte de informação de Auto-Eficácia mais influente, já que se baseia numa experiência autêntica vivida pelo sujeito (Bandura, 1997; Pajares &

Schunk, 2000). Os efeitos das acções e as interpretações desses efeitos ajudam a criar as expectativas de Auto-Eficácia. Essas experiências podem afectar os julgamentos de Auto-Eficácia por meio do processamento cognitivo de tal informação. Se essas experiências forem percebidas repetidamente como êxito, então aumentarão as expectativas de eficácia e, se forem percebidas como fracasso, então diminuirão as expectativas. Em geral, o sucesso eleva as expectativas de eficácia, enquanto o fracasso, definido como a falta de habilidade para completar com êxito uma tarefa, as diminui. O fracasso é especialmente debilitante se é experimentado durante o processo de desenvolvimento. Todavia, uma vez atingido um nível de eficácia elevado, o fracasso ocasional exerce consideravelmente menos influências na percepção da eficácia. Essas falhas ocasionais podem fortalecer a persistência auto motivada, ao proporcionar a experiência de que a inclusão de maiores dificuldades pode ser superada mediante um esforço superior. Contudo, os insucessos que são ultrapassados por esforço podem fortalecer as expectativas de eficácia, levando os sujeitos a acreditar que os obstáculos, mesmo os mais difíceis podem ser ultrapassados por esforço e persistência (Maddux, 1995).

Quando as pessoas atribuem suas más actuações às estratégias inadequadas, o fracasso induzirá à crença de que, no futuro, estratégias melhores poderão conduzir ao êxito. Os fracassos que são superados com base no esforço podem instaurar crenças fortes de Auto-Eficácia. As tarefas difíceis são as que maiores informações podem oferecer aos sujeitos sobre sua habilidade. Se o mesmo esforçar-se e consegue êxito diante de uma tarefa difícil, isso poderá ser indicativo de que tem capacidade para consegui-lo, porém, se fracassar, pode ser um indicativo de que não tem capacidade ou de que é insuficiente (Pajares & Schunk, 2000).

A observação de outros indivíduos

As experiências próprias não são a única fonte de informação sobre as próprias capacidades, a conduta realizada por outras e as consequências delas, podem nos orientar sobre a nossa própria capacidade. Os seres humanos aprendem a maior parte da sua conduta por meio da observação, por meio do modelo. Ver outras pessoas semelhantes a desempenhar com sucesso uma actividade, pode aumentar as auto percepções de eficácia em observadores que também possuem capacidades para controlar actividades comparáveis. Os sujeitos persuadem-se a eles próprios de que se os outros conseguem, eles também serão capazes de atingir pelo menos alguma

melhoria no desempenho (Bandura, 1997). Ou seja, a observação de outros sujeitos a realizarem com sucesso determinados comportamentos pode levar as expectativas de Auto-Eficácia nos observadores, na medida que os leva a julgar que possuem as mesmas capacidades e que podem igualmente realizar com êxito actividades comparáveis. Ao observarmos os outros, podemos ter uma ideia de como executam as novas condutas e, posteriormente, essa informação codificada serve-nos como guia das nossas próprias acções (Bandura, 1997). Mais adiante, quando o sujeito realiza algumas aproximações iniciais sobre os padrões de respostas que já aprendeu por observação, esses vão ser redefinidos por meio de ajustes baseados no feedback informativo da execução. Dessa forma, vai se desenvolvendo gradualmente a ideia da conduta apropriada, a qual vai se adquirindo a partir dos efeitos que proporcionam. Quando vemos ou imaginamos que outras pessoas conseguem obter êxito, é possível aumentar a auto percepção de eficácia do observador, chegando a crer que ele possui também as capacidades suficientes para dominar actividades similares (Maddux & Meier, 1995). É necessário cumprir uma série de requisitos para que a aprendizagem tenha êxito. Quando um indivíduo tem pouca ou nenhuma experiência prévia sobre a tarefa, a Auto-Eficácia pode ser facilmente alterada por meio da modelagem. Um indivíduo sem experiência prévia tenderá a confiar mais na experiência. As expectativas de resultados melhoram quando existe um modelo similar ou diversificado (Balaguer, 1994). Quando as pessoas estão inseguras quanto às suas capacidades ou quando tem limitadas experiências anteriores, tornam-se mais sensíveis a esta fonte. O processamento cognitivo deste tipo de informação envolve comparações sociais com outros indivíduos. Esta comparação, em conjunto com a observação do modelo, pode influenciar o desenvolvimento de auto percepções de competência (Schunk citado por Maddux, 1995).

Persuasão verbal

Os indivíduos também podem criar e desenvolver as suas expectativas de Auto-Eficácia pelo resultado da persuasão verbal. É muito utilizada para convencer as pessoas a acreditarem que possuem competências que lhes permitem conseguir o que querem (Maddux, 1995). Isto é, podemos levar os indivíduos a acreditarem que possuem capacidades necessárias para a realização de tarefas específicas. Persuadidos de que possuem as capacidades necessárias para realizarem um determinado comportamento, têm maior probabilidade de desenvolver esforços,

enfrentar dificuldades e de atingir os objectivos que delinearão. No entanto, a persuasão ao permitir modificar as expectativas de eficácia pessoal, as trocas obtidas sobre a percepção de eficácia a partir dessa fonte de informação podem ser fracas e com duração curta, porque não se baseiam na experiência pessoal. Normalmente, por meio da persuasão, é mais difícil aumentar que diminuir um nível de eficácia que tenha longa duração. No geral, é difícil utilizar a persuasão para aumentar a eficácia se os intentos forem contrariados por fortes experiências negativas prévias (O'Leary, 1992). No entanto, é consideravelmente mais fácil diminuir a eficácia utilizando a persuasão, já que os indivíduos podem ter um repertório mais amplo de experiências pessoais negativas ou uma base limitada de qualquer tipo de experiência de êxito. Para que as técnicas persuasivas sejam efectivas, temos de levar em conta uma série de requisitos. Em primeiro lugar, que a fonte de persuasão seja uma pessoa com credibilidade, prestígio e alto nível de conhecimentos sobre o tema que está a ser tratado para persuadir o sujeito (Bandura, 1997).

Estados fisiológicos / respostas emocionais

As pessoas confiam na informação do seu estado fisiológico ao julgarem as suas competências. A ansiedade, o stress e os estados de humor afectam as expectativas de Auto-Eficácia. Todos estes sintomas podem ser interpretados como um indicador de que o sujeito não tem capacidade para desempenhar uma tarefa específica (Bandura, 1997). O nível e a qualidade da activação fisiológica também são fontes da auto-eficácia que podem influir na execução (Bandura, 2001). Uma elevada activação emocional geralmente debilita o desempenho, pelo que os sujeitos quando estão tensos e agitados consideram-se menos aptos a realizar determinada tarefa. O grau no qual as expectativas de resultados contribuem para a motivação independentemente das crenças pessoais de eficácia é parcialmente determinado pela relação entre as acções e os resultados num dado domínio de actividades. Se as actividades exigem competência para alcançar os resultados, então, os tipos de resultados que as pessoas antecipam para si dependem muito das suas crenças sobre quão bem são capazes de executar tal actividade na situação específica. Somente quando os resultados não são completamente determinados pela qualidade do desempenho, as expectativas de resultados contribuem para a motivação independentemente das crenças de Auto-Eficácia (Bandura, 2001). No geral, as crenças de auto eficácia parecem ser mais salientes para a adesão a planos

terapêuticos mais difíceis e exigentes, como é o caso requerido para o tratamento da diabetes (Horne 1997).

A percepção de Auto-Eficácia, além de ser geradora de capacidade ou de competência, também tem outros efeitos sobre a actividade humana. A escolha do comportamento, os resultados esperados, o esforço e a persistência na conduta, os padrões de reacções emocionais e de pensamento, as restrições ao próprio desempenho são aspectos afectados pela percepção de auto-eficácia. Por outro lado, esta percepção pode ser afectada pela discrepância entre a acção e os padrões; a má avaliação da própria eficácia conduzindo a resultados insatisfatórios; o intervalo entre a avaliação de eficácia e o desempenho; a falta de avaliação pormenorizada das próprias percepções ou do desempenho; os alvos pouco claros e os desempenhos ambíguos (Bandura, 2001). As percepções que as pessoas têm de sua eficácia afectam as projecções e antecipações que fazem sobre as circunstâncias das suas acções. Se a pessoa tem uma avaliação negativa da sua eficácia antecipa fracasso, e se tem uma positiva, antecipa sucesso. A simulação cognitiva e auto percepção de eficácia funcionam de maneira interactiva, uma afecta a outra e vice-versa. Os que se auto avaliam como ineficazes estão mais propensos à visualização de cenários de insucesso que prejudicam a sua realização através do acentuar dos aspectos negativos. Por outro lado, um sentido de eficácia elevado favorece a construção cognitiva de acções eficazes, e a percepção de acções eficazes fortalece as auto percepções de eficácia (Maddux, 1995). Na auto-avaliação da eficácia, as realizações passadas e a comparação social avaliativa têm grande peso porque são fontes de informação mais confiáveis da capacidade de alguém. A auto percepção de eficácia não é uma propriedade fixa, mas uma capacidade produtiva. Há diferença entre ter uma habilidade e ser capaz de utilizá-la em diversas circunstâncias. Isto é, a Auto-Eficácia não se refere à capacidade que se tem, mas ao julgamento do que se pode fazer com aquilo que se tem (Bandura, 1997).

A auto percepção de eficácia é um bom indicador do grau de mudança em diversos tipos de comportamento social. Contudo, numerosos factores podem interferir na relação entre a Auto-Eficácia e o comportamento, como por exemplo, o mau julgamento das exigências da tarefa, a visão restrita da acção, o não incentivo para agir conforme a auto percepção de eficácia e as medidas mal definidas da auto-eficácia ou do desempenho. Sabe-se que os indivíduos com as mesmas habilidades podem desempenhar as suas actividades de maneira bem diversa dependendo das

suas próprias crenças sobre a sua eficácia, pois estas afectam o como as pessoas utilizam as capacidades que possuem (Bandura, 1997). O comportamento humano é dirigido, mais pelas percepções da eficácia pessoal e do ambiente social do que pelas propriedades objectivas deste ambiente. A percepção da Auto-Eficácia pessoal actua como o factor central entre aqueles mecanismos que governam a motivação e a acção humana, na perspectiva da teoria sócio-cognitiva (Bandura, 1997).

Para a teoria da cognição social, os auto-incentivos afectam o comportamento através de sua função motivadora (Bandura, 1997). As pessoas gratificam-se pelos desempenhos que consideram satisfatórios para si e ficam satisfeitas consigo mesmas pelas suas realizações. Ao fazerem isto elas motivam-se para despender novos esforços. Se Insatisfeitas com o próprio desempenho produzem incentivos para melhorarem e alcançarem melhores realizações. Tanto a satisfação antecipada das realizações desejadas quanto as insatisfações com o desempenho insuficiente aumentam a probabilidade de desempenhos melhores (Bandura, 1997). A auto eficácia influencia assim as escolhas que o sujeito faz, o esforço aplicado na tarefa e o tempo que persiste quando confrontado com obstáculos ou falhas. As percepções de Auto-Eficácia afectam não só o comportamento, mas também as reacções emocionais, ao operar como um mecanismo cognitivo, cuja controlabilidade reduz a instigação de medo (Bandura, 1997). A teoria da Auto-Eficácia postula que é, sobretudo, a percepção de ineficácia ao lidar com eventos potencialmente aversivos que os torna ameaçadores. Se a pessoa acredita que pode exercer algum controlo numa situação prejudicial, ela não sentirá medo. Pessoas que são induzidas a crer que podem exercer controlo sobre estímulos dolorosos exibem menos instigação autónoma (autonomic arousal) e menos prejuízo no desempenho do que aquelas que acreditam ter perdido o controlo pessoal, mesmo quando em situações onde sofrem estimulação dolorosa (Bandura, 2001). A teoria da cognição social pretende explicar os determinantes da actividade humana e considera a possibilidade de o indivíduo ser um agente, um autor de seu destino e não mero coadjuvante. No ponto de vista de Balaguer (1994), elevada Auto-Eficácia é condição necessária, porém só isso não é suficiente para uma boa execução. De acordo com Gouveia (2000), na relação entre Auto-Eficácia e motivação, os tipos de resultados que as pessoas antecipam dependem muito do nível com que acreditam que serão capazes de render em determinadas situações. Por exemplo, as pessoas que se julgam capazes poderão formular expectativas de resultados positivos e favoráveis em relação às que se

julgam menos capazes. Se pensarmos que a Auto-Eficácia é a confiança que uma pessoa tem em sua capacidade de actuação diante de uma tarefa particular, envolvida em um processo cognitivo, por meio do qual a pessoa forma um raciocínio subjectivo da sua habilidade para reagir às demandas ambientais estabelecidas, podemos pensar que a Auto-Eficácia pode ser uma percepção subjectiva, a qual reflecte, em parte, o que a pessoa acredita e está representando exactamente o estado real de interesses. A Auto-Eficácia refere-se à opinião individual em que a sua capacidade de executar uma tarefa específica, depende tanto da motivação como do desempenho actual.

3.4. Auto-Eficácia e a Saúde Humana

Na promoção da mudança comportamental ligada à saúde, é preciso fornecer às pessoas não só as razões para mudar o comportamento de saúde, mas também os meios e recursos para fazê-lo. Com ampla utilização na área da saúde, o conceito de auto eficácia tem-se revelado um poderoso predictor em vários domínios de comportamentos, tais como: parar de fumar, perder peso, participar em programas de prevenção, entre outros (Horne, 1997). Pesquisas sobre Auto-Eficácia na área da saúde mostraram que Auto-Eficácia elevada está relacionada com os estilos de vida saudáveis. A percepção de eficácia pode afectar os comportamentos de saúde através dos seus efeitos motivacionais e dos seus efeitos emocionais. Enquanto variáveis motivacionais de carácter cognitivo que determinam a eleição de comportamentos e o esforço e a persistência nos comportamentos escolhidos, as expectativas de eficácia podem regular as intenções de abandonar hábitos prejudiciais à saúde e podem determinar o esforço e a persistência no cumprimento de comportamentos favorecedores da saúde, auto impostos ou prescritos pelos médicos. O sucesso requer não apenas habilidades, mas também uma forte crença na própria capacidade de exercer controle. A teoria da Auto-Eficácia abarca todos esses aspectos da mudança comportamental favorável à saúde (O'Leary, 2000).

Hoje em dia, muitos problemas de saúde podem ser resolvidos deixando aos indivíduos o controlo sobre os seus comportamentos de saúde, em vez de este só se restringir aos médicos (O'Leary, 2000). A este nível as expectativas de Auto-Eficácia tem-se revelado um factor importante no processo de início e de mudança de

comportamentos, já que representam a crença pessoal de poder mudar um determinado comportamento através da acção pessoal. As expectativas de Auto-Eficácia mediatizam a intenção de mudar o comportamento de risco para a saúde, influenciam o esforço dispendido no sentido de atingir o objectivo e a persistência de continuar a manter o comportamento de saúde, apesar de eventuais dificuldades situacionais. Deste modo, os julgamentos de eficácia determinam quais as actividades que se vão tentar e quais as que se vão evitar, a quantidade de esforço dado a uma tarefa e a duração da persistência quando são encontradas dificuldades. A adesão dos doentes a regimes médicos difíceis vai ser mais duradoura em indivíduos cujas crenças nas suas capacidades para modificar a sua saúde são mais fortes. Uma elevada percepção de eficácia também pode reduzir a ansiedade durante procedimentos médicos agressivos (O'Leary, 2000).

A Auto-Eficácia elevada foi capaz de prever a intenção de deixar de fumar, a participação em programas de rastreio, a adesão ao tratamento e diminuição de sintomas físicos e psicológicos (Anderson, 2004). Alguns estudos mostraram que os pacientes com Auto-Eficácia elevada apresentaram um humor mais positivo, menos comportamentos dolorosos, menos sintomas depressivos, menor falta de esperança e menos angústia emocional (Jensen *et al.*, 1994; Anderson, 2004; Lefebvre *et al.*, 1999). Os estudos relacionados com os hábitos tabágicos verificaram que a influencia das expectativas de Auto-Eficácia é basicamente de carácter motivacional: quanto mais elevadas as expectativas de Auto-Eficácia, maior é o esforço para abandonar o hábito (O'Leary, 2000). A nível do exercício físico também se tem verificado relações com as expectativas de Auto-Eficácia, que se parecem constituir como uma força instigadora do processo de início e manutenção da prática regular de exercício físico. E o controlo de peso e a adesão a um regime alimentar são comportamentos de saúde que também tem sido demonstrado serem influenciados pelas expectativas de auto eficácia (Schwazer & Fuchs, 1996). A auto percepção de eficácia também foi indicadora de resultados positivos em programas de controlo do alcoolismo (Schunk, 1995). A percepção de eficácia em fazer alguma coisa funciona como um mediador da ansiedade (Bandura, 1997). Não só a percepção de eficácia no fazer, mas também a auto percepção, de que se pode controlar pensamentos perturbadores, afecta o despertar da ansiedade em situações de risco, (Bandura, 2002).

Elevadas expectativas de Auto-Eficácia relaciona-se com um estado de saúde mais positivo e uma melhor integração social (O'Leary, 2000). Também o aumento das expectativas de Auto-Eficácia relativamente à realização de um comportamento de saúde específico se associa a melhorias no estado de saúde nas áreas afectadas por esse comportamento (Schwazer & Fuchs, 1996). As evidências empíricas das possibilidades de aplicação da teoria de Auto-Eficácia, com destaque para a sua utilização na aquisição e manutenção de comportamentos saudáveis, na prevenção de doenças e de comportamentos de risco são uma realidade. As cognições regulam a adopção de comportamentos promotores da saúde. Desta maneira podemos concluir que a teoria da Auto-Eficácia pode ser útil no campo da saúde na estruturação de tratamentos da seguinte maneira (Schwazer & Fuchs, 1996): Como guia no desenvolvimento de programas que facilitem o senso de eficácia pessoal; Na elaboração e no uso de escalas de Auto-Eficácia que podem identificar os pacientes com maior risco ou maior dificuldade na adopção de novos hábitos de saúde; Na promoção de julgamentos de Auto-Eficácia de forma contínua ao longo de programas de promoção da saúde de modo a permitir identificar os ambientes e os momentos de maior risco de perda do sentimento de Auto-Eficácia e que induzem o Indivíduo a desistir do seu esforço de mudança de hábitos referentes à saúde, sobretudo no contexto do trabalho com pessoas, contribuindo para uma prática de saúde mais preventiva que curativa.

É a auto percepção de eficácia que vai possibilitar ao indivíduo ser agente de seu destino e não mero coadjuvante. Os comportamentos de saúde variam na sua complexidade e também no nível e número de competências requeridas para a sua execução. Quanto mais elevada é o número de competências requeridas para controlar o comportamento, maior peso terão as expectativas de Auto-Eficácia ao nível do desempenho (O'Leary, 2000).

3.4.1. Auto-Eficácia e a Diabetes

A Auto-Eficácia consiste na crença relativamente às capacidades para ultrapassar as dificuldades inerentes a uma determinada situação. A investigação tem demonstrado que a adesão ao tratamento de uma doença crónica pode ser melhorada aumentando a Auto-Eficácia. A Auto-Eficácia percebida (a crença nas próprias

capacidades para organizar e executar os cursos de acção relativamente a situações futuras, isto é, a convicção ou crença de que tem capacidade para se organizar e executar as acções requeridas para alcançar esse comportamento, quaisquer que sejam as suas perícias ou capacidades) mede a relação entre a responsabilidade e aderência ao tratamento, por parte dos adolescentes diabéticos (O'Leary, 1992). A Auto-Eficácia elevada em adolescentes com Diabetes de Tipo 1 está associada com melhor qualidade de vida, auto-estima elevada, menos depressão, melhor compensação da diabetes e menos barreiras na adesão ao tratamento (Howells, 2002). Uma maior auto-eficácia em jovens diabéticos insulino dependentes está associado a uma melhor qualidade de vida, menor depressão e elevada auto-estima, (Maddux & Meier, 1995). Por outro lado, a Auto-Eficácia pode conduzir a um melhor controlo das glicemias, incrementar no paciente a habilidade para seguir o tratamento, de uma forma independente da equipa médica, (Ortiz & Ortiz 2005).

A Auto-Eficácia pode ser estimulada ou aumentada através de 4 mecanismos principais de acordo com Hurley e Shea, (1992):

Domínio de perícias ou desempenhos

Para o doente diabético se tornar auto-eficaz no controlo diário da glicemia tem que aprender a picar o dedo e a manipular a máquina). O treino das perícias ou desempenhos deve ser feito passo a passo. Neste contexto o doente pode ser ajudado a estabelecer um contrato em que decide o que quer atingir, como o vai fazer, quando e com que frequência. Pode utilizar-se uma lista de comportamentos escolhendo o doente um deles, que deverá ser exequível (nivelar por baixo). Finalmente, verificar numa escala de 0 a 100, qual o grau de certeza que o doente tem relativamente ao cumprimento do contrato. Se o grau for inferior a 70 é aconselhável a revisão do contrato.

Modelos

O contacto com pessoas com o mesmo problema pode ajudar a alterar os comportamentos. O modelo a escolher deve ser apropriado.

Persuasão verbal

Apoiada em objectivos a curto prazo e realísticos, não indo muito mais além daquilo que os doentes pensam conseguir atingir naquele momento. (ex: em vez de dizer “podia perder 20 kg se quisesse” afirmar “ podia perder 2 kg esta semana”).

As exigências diárias impostas pela doença aos diabéticos são passíveis de serem influenciadas pela sua competência. Os indivíduos com níveis elevados de auto eficácia são mais capazes de gerir o auto controlo da sua doença.

4. MÉTODO

4.1. Delineamento

Trata-se de um estudo comparativo que procura encontrar diferenças quanto à Auto-Eficácia relativamente à diabetes, nomeadamente para resolver tarefas relativas à doença, ao tratamento ou à sua vida em geral, nos adolescentes que participaram ou não no campo de férias, tendo sido utilizado com instrumento de avaliação a Escala de Auto-Eficácia (30 itens).

4.2. Participantes

Neste estudo participaram 80 adolescentes diabéticos Tipo 1, 44 do sexo feminino (55%) e 36 do sexo masculino (45%) com idade entre os 8 e os 21 anos, sendo a média de 13.74 com desvio padrão de 2.79. Apresentam uma duração da doença média de 5.58 anos. Relativamente ao diagnóstico da diabetes este foi realizado em média aos 8.13 anos. A totalidade dos adolescentes está inserida no sistema de ensino. A maioria dos adolescentes diabéticos (65%) encontra-se no ensino secundário. O perfil sócio económico confirmado pela análise da profissão dos progenitores revela que a maioria dos adolescentes é oriunda de famílias de classe social média (47 dos progenitores) e classe mais elevada (34 dos progenitores). Quanto à situação de frequência em campo de férias, apenas 22,5% refere que nunca o fez.

Os participantes do campo de férias foram 50 adolescentes, dos quais 30 são do sexo feminino (60%) e 20 do sexo masculino (40%), com uma média de idades de 13.76 anos, com uma idade de diagnóstico de 8.13 e tempo de doença de 5.58 anos. Os adolescentes não participantes foram 30, dos quais 14 são do sexo feminino (46.7%) e 16 do sexo masculino (53.3%). Têm uma média de idades de 13.70 anos, e uma idade de diagnóstico de 8.13 anos e uma duração da doença de 5.57 anos.

4.3. Procedimentos

Para proceder à recolha de dados, as instituições foram contactadas e informadas sobre esta investigação. Todos os participantes foram informados da realização e esclarecidos quanto aos objectivos do estudo. A descrição dos riscos, garantia de confidencialidade e a liberdade de recusar foi lhes também apresentada. A sua participação no estudo foi voluntária e consistiu no auto preenchimento de questionário de Auto Eficácia (SEDS), que incluía questões ligadas ao seu comportamento para com a sua doença (auto eficácia relativa ao tratamento, à confiança e situações de carácter social). Foram dadas previamente instruções sobre a forma de responder ao questionário. Os campos de férias realizaram-se durante o mês de Julho, entre os dias 8 a 16 Julho, nas instalações de APPACDM (Associação de Pais e Amigos da criança com deficiência mental), na Quinta da Fonte Quente, Tocha-Figueira da Foz e nos dias 15 a 21 Julho no Centro de Estágios do Estádio Nacional-Lisboa. Os questionários foram distribuídos nestes locais. Os adolescentes participantes destes campos de férias preencheram o questionário de auto eficácia (SEDS) individualmente em quatro aplicações durante os meses de Julho, Agosto e Outubro de 2006: 1ª Aplicação foi realizada no primeiro dia do campo de férias; 2ª Aplicação no penúltimo dia do campo de férias; 3ª Aplicação após um mês do final do campo de férias (a devolução do questionário pelo correio); 4ª Aplicação após 3 meses do final do campo férias. Os adolescentes diabéticos não participantes do campo férias procederam ao preenchimento dos questionários nas instalações dos centros de saúde, de algumas regiões da zona sul, durante os meses de Outubro e Novembro de 2006: 1ª Aplicação (Outubro); 2ª Aplicação (um mês depois).

Os dados relativos à caracterização dos adolescentes participantes e não participantes foram também recolhidos através do preenchimento de uma ficha de caracterização.

4.4. Instrumento

Neste estudo utilizou-se a Escala de Auto-Eficácia (Pereira & Almeida, 2004), a versão portuguesa de Self Efficacy Diabetic Scale (Grossman, Brink, & Hauser, 1987) desenvolvida com base na teoria de Auto-Eficácia de Bandura. Esta escala

avalia as percepções pessoais relativas à competência, capacidades e meios para os adolescentes lidarem de forma adequada com as exigências impostas pela diabetes. Isto é, a percepção de eficácia para resolver tarefas relativas à diabetes, ao tratamento ou à sua vida em geral. Consiste em 30 itens que foram agrupados em 3 componentes: 1) Auto-Eficácia específica para a diabetes / Tratamento (SED-D: 21 itens): Exemplo de item: Encarregar – me sozinho de tomar a insulina; 2) Auto-Eficácia relativa a situações médicas / confiança pessoal (SED-M:4itens): Exemplo do item: Saber que dose de insulina tomar quando fico doente; 3) Auto-Eficácia em situações gerais / Eficácia Social (SED-G:5 itens): Exemplo item: Explicar a um professor as minhas opiniões, numa aula.

As respostas são assinaladas numa escala com 5 alternativas: (1 - não consigo com certeza; 2 - não consigo; 3 - talvez consiga, 4 - consigo; 5 - consigo com certeza). Na cotação apenas são anotadas as respostas positivas, de 1 (talvez consiga) a 3 (consigo com certeza), obtendo-se resultados para cada sub-escala e um resultado total (SED-T), sendo os valores mais elevados indicadores de maior percepção de Auto-Eficácia.

4.5. Validação do Instrumento

Os autores no estudo da versão original recorreram ao coeficiente de Kuder-Richardson para medir a fiabilidade do instrumento. Foram encontrados coeficientes $\partial = .90$ para o total da escala, $\partial = .92$ para a SED-D, $\partial = .70$ para a SED-M, e $\partial = .60$ para a SED-G. A fiabilidade da escala (e sub - escalas) do instrumento na versão portuguesa foi calculada a partir do alfa de Cronbach, sendo de $\partial = .90$ para a escala total. Os alfas para as sub – escalas: Auto-Eficácia em situações médicas, Auto – Eficácia em situações gerais e Auto-Eficácia face ao tratamento da diabetes são respectivamente de: 62,63,87. A validade da escala também foi testada através da análise de componentes principais, com rotação Varimax.

4.6. Resultados

Para determinar se os dois grupos de adolescentes (participantes vs não participantes) no campo de férias eram idênticos à partida, no que diz respeito à idade, idade de diagnóstico, tempo da doença, sexo, escolaridade e frequência em campos de férias recorreu-se ao *t student* para grupos independentes. Os resultados revelam que não há diferenças significativas entre os dois grupos de adolescentes, relativamente à idade ($t(78) = 0.926$); idade de diagnóstico ($t(76) = 0.983$); tempo da doença ($t(76) = 0.983$); sexo ($t(78) = 0.251$); escolaridade ($t(74) = 0.456$) e frequência nos campos de férias ($t(78) = 0.094$). Podemos afirmar, com uma probabilidade de erro inferior a 5%, que os dois grupos de adolescentes são semelhantes.

Valores médios da Auto-Eficácia

O Quadro 1 ilustra os valores médios e o desvio padrão da Auto-Eficácia relativamente aos adolescentes diabéticos participantes no campo férias avaliada através da Escala de Auto-Eficácia relativa à diabetes (SEDS).

Quadro 1

Médias e desvio padrão da Auto-Eficácia para
Adolescentes Diabéticos participantes no Campo Férias

SEDS	1ª Aplicação 1º Dia			2ª Aplicação Penúltimo Dia			3ª Aplicação 1º Mês			4ª Aplicação 3º Mês		
	n	M Média	SD Desvio padrão	n	M Média	SD Desvio padrão	n	M Média	SD Desvio padrão	n	M Média	SD Desvio padrão
SED-D (Aetrat)	50	4.07	0.77	50	4.44	0.53	40	4.21	0.57	31	4.11	0.54
SED-M (Aecon)	50	4.13	0.61	50	4.29	0.42	40	4.14	0.50	31	4.11	0.48
SED-G (Aesocial)	50	4.45	0.61	50	4.61	0.51	40	4.47	0.51	31	4.08	0.99
SEDS (T)	50	12.65		50	13.34		40	12.82		31	12.30	

Nota: 1ª Aplicação (questionário aplicado no 1º dia do campo férias); 2ª Aplicação (questionário aplicado no penúltimo dia do campo férias); 3ª Aplicação (questionário aplicado 1 mês depois do final do campo férias); 4ª Aplicação (questionário aplicado 3 meses depois do final do campo férias).

No quadro 2 mostram-se os resultados médios obtidos pelos adolescentes diabéticos não participantes no campo de férias.

Quadro 2

Médias e desvio padrão da Auto-Eficácia para
Adolescentes diabéticos não participantes no Campo Férias

SEDS	1ª Aplicação			2ª Aplicação 1 Mês depois		
	n	M Média	SD Desvio padrão	n	M Média	SD Desvio padrão
SED-D (Aetrat)	30	3.51	0.60	30	3.63	0.56
SED-M (Aecon)	30	3.61	0.50	30	3.71	0.52
SED-G (Aesocial)	30	3.68	0.58	30	3.83	0.51
SEDS (T)	30	10.80		30	11.17	

Nota: 2ª Aplicação (questionário aplicado 1 mês depois da 1ª aplicação)

Diferenças significativas na auto-eficácia

Foram realizados testes *t de student* para grupos emparelhados, no sentido de averiguar a existência de diferenças significativas entre o início do campo de férias e os momentos seguintes (1 semana, 1 mês, e 3 meses depois) no grupo experimental e entre os dois momentos de avaliação para o grupo controlo.

A análise dos resultados dos adolescentes participantes no campo férias permite-nos concluir que as únicas diferenças significativas existentes são entre o primeiro dia no campo de férias (1ª aplicação) e após uma semana de estadia no mesmo (2ª aplicação) relativamente ao factor tratamento (SED-D) ($t(49) = -4.03$, $p < 0.05$) e o factor confiança pessoal (SED-M) ($t(49) = -2.03$, $p < 0.05$). Sendo a Auto-Eficácia mais elevada após uma semana no campo de férias, em relação ao tratamento e confiança pessoal.

Procedeu-se em seguida à análise dos resultados dos adolescentes não participantes no campo de férias. Para estes adolescentes existem diferenças

significativas entre as duas aplicações feitas com apenas um mês de intervalo, quanto à Auto-Eficácia relativa aos factores confiança pessoal (SED-M) ($t(29) = -2.71$, $p=0.011$) $< \partial=0.05$); interacções sociais (SED-G) ($t(29) = -2.13$, $p=0.041$) $< \partial= 0.05$). Sendo a Auto-Eficácia mais elevada após um mês depois, no que respeita à confiança pessoal e interacções sociais.

No sentido de avaliar diferenças entre os dois grupos (Participantes vs. Não Participantes), relativamente à 1ª aplicação e ao fim de um mês, procedeu-se à realização do teste *t student* para dois grupos independentes. Os resultados obtidos indicam-nos a existência de diferenças significativas nas três sub-escalas da Auto-Eficácia, nomeadamente quanto ao tratamento (SED-D) ($t(78)=3.41$, $p<0.05$); à confiança pessoal (SED-M) ($t(78)=3.93$, $p<0.05$) e quanto às interacções sociais (SED-G) ($t(78)=5.52$, $p <0.05$), relativamente à 1ª aplicação da escala. Após um mês, os resultados ainda são significativos nas três sub-escalas da Auto-Eficácia, relativa aos factores tratamento (SED-D) ($t(68)=3.75$, $p<0.05$); confiança pessoal (SED-M) ($t(68)=3.53$, $p<0.05$); interacções sociais (SED-G) ($t(68)=5.30$, $p<0.05$). Sendo a Auto-Eficácia mais elevada relativamente ao grupo de adolescentes participantes no campo de férias.

Factores significativos na auto-eficácia

Seguidamente procedeu-se à análise da correlação entre os valores médios dos dois grupos de adolescentes quanto aos factores idade, idade de diagnóstico, tempo da doença e escolaridade com o objectivo de identificar qual o factor significativo nos resultados da Auto-Eficácia na 1ª aplicação da escala. Verificou-se que o factor tempo da doença tem uma correlação significativa relativamente à Auto-Eficácia relacionada com o tratamento (SED-D) ($r=0.29$, $p <0.05$); e o factor escolaridade tem uma correlação significativa relativamente à Auto-Eficácia relacionada com as interacções sociais (SED-G) ($r=0.24$, $p <0.05$). Isto é, um maior número de anos da doença está associado a maior Auto-Eficácia relativa ao tratamento, e quanto mais anos de escolaridade maior o número de interacções sociais, e consequentemente uma maior capacidade de comunicação aumenta a Auto-Eficácia na interacção com os outros.

4.7. Discussão e Conclusão dos Resultados

Este estudo analisou as diferenças ao nível da Auto-Eficácia em adolescentes diabéticos, de diferentes idades de diagnóstico e de tempo da doença, em função da sua participação ou não em campo de férias. Os resultados obtidos para os adolescentes participantes no campo de férias mostram que as únicas diferenças significativas existentes são entre o 1º dia no campo de férias e no penúltimo dia no campo de férias, quanto à Auto-Eficácia relativamente ao tratamento (SED-D) (M=4.07; SD=0.77) / (M=4.44; SD=0.53) e confiança pessoal (SED-M) (M=4.13; SD=0.61) / (M=4.29; SD=0.42). Sendo a auto-eficácia relativa ao tratamento e à confiança pessoal mais elevada após essa semana de estadia no campo de férias. Já A.D.A, (2004), em termos de conhecimento sobre a doença, revela que no final dos campos existe um aumento significativo no conhecimento da diabetes, relativamente quanto ao treino no uso da administração da insulina e na sua auto-gestão conduzindo a uma maior independência e tomada de decisões. No entanto, estes resultados não se mantêm ao fim de 1 mês após o final do campo de férias. O que evidencia que a educação para o controle da diabetes é um processo contínuo, que requer tempo, espaço e planeamento. As estratégias utilizadas são determinantes nos resultados obtidos.

Quanto aos adolescentes não participantes no campo de férias, os resultados indicam diferenças significativas entre as duas aplicações feitas com apenas 1 mês de intervalo relativamente à Auto-Eficácia respeitante à confiança pessoal (SED-M) (M=3.61; SD=0.50) / (M=3.71; SD=0.52) e interações sociais (SED-G) (M=3.68; SD=0.58) / (M=3.83; SD=0.51). Resultados que vão ao encontro de que qualquer programa de educação do diabético efectuado de uma forma individual e consistente envolve todas as formas possíveis de motivá-lo na integração social e na aceitação da doença (Oliveira, 1999). E de que o contexto social / relacional / médico onde o jovem diabético se encontra inserido são facilitadores de uma maior autonomia face à diabetes, ao estimularem os procedimentos no decurso da sua doença (Bricarello & Bricarello, 1999).

Por outro lado, ao compararmos estes dois grupos de adolescentes, nos momentos (1º dia e ao fim de 1 mês), evidenciam-se diferenças significativas em todas as sub-escalas da Auto-Eficácia, nomeadamente quanto ao tratamento (Participantes – SED-D) (M=4.07; SD=0.77) / (M=4.21; SD=0.57); (Não Participantes –

SED-D) (M=3.51; SD=0.60) / (M=3.63; SD=0.56), à confiança pessoal (Participantes – SED-M) (M=4.13; SD=0.61) / (M=4.14; SD=0.50); (Não Participantes – SED-M) (M=3.61; SD=0.50) / (M=3.71; SD=0.52) e às interações sociais (Participantes – SED-G) (M=4.45; SD=0.61) / (M=4.47; SD=0.51); (Não Participantes – SED-G) (M=3.68; SD=0.58) / (M=3.83; SD=0.51). Estes resultados vão ao encontro de que o facto de se colocar jovens com os seus pares, numa atmosfera descontraída, propicia uma oportunidade para a interacção e troca de experiências. As experiências próprias não são a única fonte de informação sobre as próprias capacidades, a conduta realizada por outras, podem nos orientar sobre a nossa própria capacidade. Os seres humanos aprendem a maior parte da sua conduta por meio da observação, por meio do modelo. As pessoas podem possuir as competências necessárias e um forte sentimento de eficácia de que conseguem executar bem as tarefas, mas, mesmo assim, podem escolher não desempenhar as actividades porque não têm incentivos para o fazer (Bandura, 1997). Ver outras pessoas semelhantes a desempenhar com sucesso uma actividade, pode aumentar as auto percepções de eficácia em observadores que também possuem capacidades para controlar actividades comparáveis (Bandura, 1997).

Realça-se a importância das relações estabelecidas entre o grupo de pares com a mesma patologia como acontece nos campos de férias, através de comportamentos de apoio instrumental e emocional, para incentivar e aumentar as expectativas de Auto-Eficácia. Na diabetes juvenil, para além de ser dada a importância ao adolescente diabético no auto-controlo da sua diabetes, uma Auto-Eficácia mais elevada passa adicionalmente pelo contacto directo com outros adolescentes com a mesma patologia, contribuindo para um estado de saúde mais positivo e uma melhor integração social (O'Leary, 2000).

É uma questão que pretendíamos realçar e que se constatou neste estudo, ao compararmos dois grupos de adolescentes diabéticos, em função da sua participação ou não nos campos de férias. Consideramos ainda que para além da importância da participação no campo férias, o factor tempo da doença é determinante para as diferenças na Auto-Eficácia ao nível do tratamento e o factor escolaridade quanto à Auto-Eficácia nas interações sociais. A literatura pouco adianta sobre o impacto do tempo da doença no controlo da diabetes e na Auto-Eficácia e o nível de escolaridade na Auto-Eficácia relativamente às interações sociais. O que sabemos é que um maior número de anos da doença esta associado a uma melhor relação quanto ao

tratamento. Inicialmente o tratamento é carregado de aspectos bastante negativos, a sua imaturidade pode mostrar-se no momento em que têm que assumir todos os cuidados, como a administração de insulina e o seguimento de uma dieta. De acordo com Debray (1995), o modo como o sujeito enfrenta a doença depende de três factores: o modo como soube da doença (apercebeu-se sozinho, outra pessoa mostrou-lhe, adiou ter conhecimento da doença, preferiu saber logo); as experiências pessoais anteriores em relação a doença, por exemplo amigos ou pessoas da família que tiveram ou têm a doença; o modo como a família e os amigos reagiram frente ao diagnóstico da doença. A adaptação psicossocial das crianças à Diabetes depende da sua maturidade física, cognitiva e emocional (Covinhas, 2004). A correlação significativa entre o factor escolaridade e a Auto-Eficácia nas interações sociais, pode ser explicada pelo quanto maior for o grau de escolaridade maior a capacidade de comunicação, e conseqüentemente a sua interferência nas interações sociais.

O presente estudo ao verificar diferenças na Auto-Eficácia em adolescentes diabéticos participantes em campos de férias (grupo experimental) relativamente aos adolescentes não participativos no campo de férias (grupo controlo), torna-se relevante para a intervenção em diabetes juvenil, nomeadamente por esclarecer os factores intervenientes nestas diferenças. Resumindo, em termos práticos, parece-nos que de forma a melhorar os níveis de Auto-Eficácia em relação à diabetes, se devem desenvolver intervenções orientadas para o contacto com grupo de pares com a mesma patologia, promovendo sessões de educação em conjunto de forma a contribuir e melhorar os valores médios da Auto-Eficácia de cada um para com a doença. Ao nível dos cuidados de saúde, o pessoal médico e de enfermagem devem incentivar a participação dos adolescentes com diferentes idades de diagnóstico e tempo da doença em convívio para manter elevados a Auto-Eficácia de todos relativamente à diabetes.

Para futuras investigações sublinha-se a necessidade de verificar se o controlo metabólico da diabetes também é melhorado devido à participação em campos de férias. Ressaltando o papel que as estratégias de coping têm para os resultados de saúde. Por outro lado, verificar a auto-estima destes adolescentes, uma vez que os jovens inseguros de si mesmos têm maiores possibilidades de não cumprir as tarefas do tratamento, pois procuram evitar sentirem-se diferentes dos seus companheiros. Ou seja, verificar até que ponto uma baixa auto estima resulta numa baixa Auto-Eficácia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (A.P.D.P.). (2001). Viver com a Diabetes. Lisboa: Climepsi
- American Diabetes Association (A.D.A) (2004). Standards of medical care in diabetes (position statement). Diabetes Care 27 (suppl.1):s15-s53.
- Anderson, B.J. (2004). Family conflict and diabetes management in youth: clinical lessons from child development and diabetes research. Diabetes Spectrum,17,22-26.
- Anderson, R. (2000). The diabetes empowerment scale: a measure of psychosocial self- efficacy. Diabetes Care, 11:519-526.
- Balaguer, I. Entrenamiento psicológico en el deporte. Valência: Albatros Educación, 1994.
- Bandura, A. (1997).Self Efficacy: The Exercise of control. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2001). Guide for constructing self-efficacy scales (revised). Available from Frank Pajares, Emory University.
- Barros, L. (2003). Psicologia Pediátrica– Perspectiva Desenvolvimentista (.2ªEdição). Lisboa: Climepsi
- Bishop, G., (1994). Health psychology: integrating mind and body. London: Allyn and Bacon.
- Bricarello, S., & Bricarello, L. (1999). Diabetes infanto-juvenil. Pediatria Moderna 25, 9-21.
- Buescher K.L., Johnston J.A., Parker J.C., Smarr K.L., Buckelew S.P., Anderson

- S.K., Walker S.E. (1991). Relationship of Self-Efficacy to Pain Behavior. The Journal of Rheum 18: 968 – 72.
- Chipkevitch, E. (1994). Puberdade & Adolescência: Aspectos biológicos, clínicos e Psicossociais. São Paulo: Roca.
- Covinhas, A.L. (2004). Mudança de comportamento e adaptação psicossocial da Criança, nº25. APDP
- Debray, R. (1995). O equilíbrio Psicossomático: um estudo sobre diabéticos. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Delamater, A. M., Jacobson, A. M., Anderson, R. B., Cox, D., Fischer, L., Lustman, P., Rubin, R., & Wisocki, T. (2001). Psychosocial therapies in diabetes. Diabetes Care, 24, 1286-1292.
- Fagulha, A., Santos, I. (2004). Controlo Glicémico e tratamento da Diabetes tipo 1 da criança e do adolescente em Portugal. Acta Médica Portuguesa, 17:173-179.
- GEED – Grupo de Estudos em Endocrinologia & Diabetes (2001). Proposta de um Estudo multicêntrico com diabéticos em uso de insulina. Endocrinologia & Diabetes Clínica e Experimental (Curitiba), 1 (5), 15-18.
- George, T. R., Feltz, D. L. (1995). Motivation in sport from a collective efficacy perspective. International Journal of Sport Psychology, 26 (1), pp. 98 -116.
- Góis, C. (2002). Aspectos Psico – sociais do adolescente com Diabetes Mellitus Tipo 1. Psiquiatria Clínica, 23 (1), 63-77.
- Gouveia, N. and Mathee, A. (2000) Collaborative work between Brazil and South Africa on atypical housing conditions. Urban Health and Development Bulletin 3, 64-5.

- Graça, L. A. C., & Burd, M., Mello, F., J. (2000). Grupos com diabéticos. Em J.de Mello F., & cols. (Orgs), grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos (pp.213-232). Porto Alegre: Artes Médicas
- Grey, M.;Davidson,M; Boland, E. &Tamborlane, W. (2001). Clinical and Psychosocial actors associated with achievement of treatment goals in adolescents with diabetes mellitus. J Adolesc Health, 28:377-385.
- Halpern, A. & Mancini, M. (1993). Diabetes mellitus Tipo I. Pediatria Moderna, 29, 419-423.
- Hanson, C., I, De Guire, M.J., Schinkel, A.M., Kolterman, O.G., Goodman, J.P. Buckingham, B.A. (1996). Self-Care Behaviors in insulin-dependent diabetes: Evaluate tools and their association with glycemic control. J of Pediatric Psychology, 21, 467-482.
- Harrison LC., Honeyman, MC..(1999).). Low`s milk and type 1 diabetes: the real debate is about mucosal inmune function. Diabetes 48:1501-1507.
- Hauser, S., Jacobson, A., & Wertlieb, D. (1990). The child with Diabetes: a developmental stress and coping perspective. In P. Costa & G. Vandebos (Eds.), Psychological aspects of serious illness: Chronic conditions, fatal diseases and clinical state (pp. 65-101). Washington: American Psychological Association, Inc.
- Horne, R. (1997). Representations of medication and treatment: advances in theory and measurement. In K.J. Petrie & J. A. Weinman (Eds), Perceptions of Health & Illness: Current Research & Applications, pp. 155-188. London: Harwood Academic Publishers.
- Howells, L. A. L. (2002). Self-efficacy and diabetes: why is emotional “education” important and how can it be achieved? Hormone Research, 57 (1), 69-71.

- Hoey, H. (2004). Capacitar a niños con diabetes y a sus padres. Diabetes Voice. vol. 49
- Hurley, C.A.C., & Shea, C.A. (1992). Self - Efficacy: strategy for Enhancing diabetes self care. The Diabetes Educator, 18 (2), 146-150.
- Jensen, M.P., Turner J.A., Romano J.M., Lawler, B.K. (1994). Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. Pain 57: 301-309.
- Lefebvre, J.C.; Keefe, F.J.; Affleck, G.; Raezer, L.B.; Starr, K.; Caldwell, D.S.; Tennen, H. (1999). The relationship of arthritis self-efficacy to daily pain, daily mood, and daily pain coping in rheumatoid arthritis patients. Pain 80: 425 -435.
- La Greca, A. M., Auslander, W. F., Greco, P., Spetter, D., Fisher, E. B., & Santiago, J. V. (1995). I get by a little help from my family and friends: adolescents support for diabetes care. Journal of Pediatric Psychology, 4, 449 - 476.
- La Greca, A., & Thompson, K. (1998) Family and friends support for adolescents with diabetes. Análise Psicológica, XVI (1), 101-113.
- Lustman, P.J., Anderson, R.J., Freedland, K.E., De Groot, M., Carmey, R..M., & Clouse, R.E. (2000). Depression and poor glycemic control: a meta-analitic review of the literature. Diabetes Care, 23,934-942.
- Maddux, J. (1995). Self – efficacy theory: an introduction. In J.E.. Maddux (Eds). Self –Efficacy, Adaptation and Adjustment: theory, research and application (pp.3-33). New York:Plenum Press.
- Maddux, J. E., & Meier, L. J. (1995). Self-efficacy and depression. Em J. E. Maddux (Org.), Self-efficacy, adaptation, and adjustment: theory, research, and application (pp. 143-169). New York: Plenum Press.

- Maia, F. R., Araújo, L. R. Projeto "*Diabetes Weekend*" – Proposta de educação em diabetes mellitus tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2002; Retirado em 02/11/2005 no www.scielo.br
- Matos, A. P., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento de uma escala de apoio social. *Psiquiatria Clínica*, 21 (3), 243-251.
- Martinez, S., Chaves, F. N., Martinez, R. Programa de educación dialetológica para niños y adolescentes. XI Congresso da ALAD 2001; Retirado em: 02/11/2005 no www.scielo.br.
- Menéndez, E., Lamana, M.S., Iriarte, A., Anda, E., Arquelles. I (1999). Manejo de estresores y adhesión al tratamiento de pacientes jóvenes diabéticos tipo 1 insulino dependientes con mal control metabólico. *Anales*, 22 (Supl 3): 239-244.
- Miller - Johnson, S., Emery, R. E., Marvin, R. S., Clarke, W., Lovinger, R., & Martin, M. (1994). Parent-child relationships and the management of insulino-dependent diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 62,3,603-610.
- O'Leary, A. (1992). Self- Efficacy and Health. Behavioral and stress – physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 229-245.
- O'Leary, A. (2000). Rapid appearance and onset of action of insulin aspart in pediatric subjects with type 1 diabetes. *J Pediatr*, 159:483-488.
- Oliveira, O. (1999). Impacto do processo de educação em saúde no controle do Diabetes em adolescentes. Tese de Doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP.
- Ortiz, M., Ortiz, E. (2005). Adherencia al tratamiento en adolescentes diabeticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. *Rev Méd Chile*, 133:307-313.

- Pajares, F., Schunk, D.H. (2000). Self-beliefs and school success: self-efficacy, self concept, and school achievement. Documento disponível on-line em <Http://www.emory.edu/~mfp/pajareschunk2000.pdf>. Consultado em Junho, 2006.
- Pereira, M.G., & Almeida, P. (2004). Auto-eficácia na diabetes: conceito e validação da Escala. Análise Psicológica, 3 (XXII): 585 - 595. Lisboa. ISPA
- Ribeiro, J. L. P., Meneses, R. F., Meneses, I., & Grupo – QDV. (1998). Avaliação da qualidade de vida em crianças com diabetes tipo 1. Análise Psicológica, 16 (1), 91 – 100.
- Santos, S.V. (1998). A família da criança com doença crónica: Abordagem de algumas características. Análise Psicológica, 16 (1), 65-75. Lisboa: I.S.P.A.
- Sarafino, E. P. (1994). Health psychology: Biopsychosocial interactions (2ª ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Schwarzer, R., Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and Health behaviours. In: conner, M.E.; Norman, P. Predicting Health behaviour. Buckingham: open University press, p.163-196.
- Schunk, D. H. Self-efficacy and education and instruction. (1995). In: Maddux, J. E. (Ed.). Self-efficacy, adaptation, and adjustment: theory, research, and application. Nova York: Plenum., p. 281-303.
- Shillitoe, W.R. (1991). Conselling in Health Care: Diabetes Mellitus. In D.Vilton & I. Falloufield (Eds), Counselling and Communication in Health Care, (pp.71-78). Chichester: John Willey & Sons.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos. H. (2002). Questionário de auto cuidados na Diabetes - Contributo para a criação de um instrumento de avaliação da adesão ao tratamento. Psiquiatria Clínica, 23 (3), 227-237.

Thompson, Jr., R., & Gustafson, K. E. (1996). Adaptation to chronic childhood illness. Washington: American Psychological Association

Zanetti, Ml., Mendes, I. .(2000). Caracterização de crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 em seguimento terapêutico. Ver Gauch Enfermagem: 21(1): 82-99.

Anexo A: Escala de Auto Eficácia (SEDS)

SEDS

INSTRUÇÕES: Por favor lê com atenção as frases seguintes. Para cada questão assinala (X) de que modo pensas que podes fazer o que está escrito. Não há respostas certas ou erradas, por isso dá a tua opinião sobre o que pensas que consegues fazer agora.

	<i>Posso, com muita certeza</i>	<i>Posso, com certeza</i>	<i>Talvez possa</i>	<i>Não posso, com certeza</i>	<i>Não posso, com muita certeza</i>
1) Encarregar-me sozinho de tomar a insulina					
2) Encarregar-me sozinho de preparar as minhas refeições em casa					
3) Encarregar-me do que devo comer quando estou fora de casa					
6) Mudar a dose de insulina quando faço muito exercício físico					
7) Avaliar a quantidade de alimentos que devo comer antes de fazer exercício físico					
8) Saber que dose de insulina devo tomar quando fico doente					
9) Evitar as baixas de açúcar (hipoglicemias)					
10) Evitar ficar com marcas ou vermelhões quando injecto insulina					
11) Conversar sozinho com a enfermeira ou o médico e dizer o preciso					
12) Dizer aos meus pais que preciso de mudar a minha dose de insulina					
13) Dormir fora de casa (visita de estudo ou casa de amigo), onde ninguém saiba que tenho diabetes					

14) Evitar as altas de açúcar (hiperglicemias)					
15) Sei como melhorar os valores das pesquisas glicémicas					
16) Evitar ter acetona na urina					
17) Mudar de médico ou enfermeira se não gostar do tratamento					
18) Tratar uma hipoglicemia, se estiver a acontecer					
19) Pedir ajuda se estiver a sentir-me doente					
20) Dizer a um amigo que tenho diabetes					
21) Praticar desportos que exigem muita energia (Ex.: futebol ou aeróbica)					
22) Dizer ao médico ou enfermeiro se ele se enganar, se não tiver a razão					
23) Evitar problemas nos olhos (cegueira) por causa da diabetes					
24) Dizer ao namorado/a que tenho diabetes					
26) Ter a atenção que preciso quando os diabetes estão descontrolados					
27) Falar facilmente a um grupo de pessoas que não conheço numa festa					
28) Explicar a um professor as minhas ideias, as minhas opiniões					
30) Ter a responsabilidade de fazer os meus trabalhos escolares					
32) Comer alimentos que não estão na minha dieta sem que ninguém perceba					
33) Acredito que tenho capacidade para tratar a diabetes					
34) Cumprir o que o médico recomenda para tratar a diabetes					
35) Viver como se não tivesse diabetes					

Anexo B: Ficha de Caracterização

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome _____

Data Nascimento ___/___/___

Idade _____

Escolaridade _____

Sexo M F

Profissão do Pai _____

Profissão da Mãe _____

Vive com os pais Sim Não Irmãos Sim Não

Nº de irmãos _____

Idade dos irmãos _____

2. SITUAÇÃO CLÍNICA

Idade do Diagnóstico _____

Tempo da Doença _____

3. ADESÃO AO CAMPO DE FÉRIAS

Frequência 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006

Anexo C: Consentimento Informado aos Pais

Autorização para Participação em Trabalho de Pesquisa sobre a Auto Eficácia nos Adolescentes Diabéticos

O meu nome é **Maria Constança Mestre**, sou Psicóloga Educacional. Estou a frequentar o Mestrado em Psicologia da Gravidez e Parentalidade, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada em Lisboa. Para elaboração da dissertação escolhi um estudo que me permita verificar a Auto Eficácia dos jovens diabéticos para com a diabetes que participam nos campos de férias. Caso autorize o seu filho a participar, far-lhe-ei um questionário. As suas respostas são confidenciais.

Muito agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Assinatura do pai ou da mãe: _____

Assinatura da investigadora: _____

Anexo D: Consentimento Informado aos Adolescentes

Carta Consentimento

Eu _____ certifico que concordo em participar voluntariamente, na investigação científica, que Maria Constança Mestre, se encontra a efectuar no âmbito do Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, no Ispa – Lisboa e que tem como orientador o Sr. Prof. Dr. António Pires.

A investigação, assim como a minha participação, foi-me definida e inteiramente explicada. Tive oportunidade de formular as questões que achei oportunas, as quais me foram respondidas satisfatoriamente.

Percebo que os procedimentos desta investigação não têm qualquer risco. Sou livre de responder às questões dos questionários e, posso a qualquer altura retirar o meu consentimento.

Terminando assim a minha participação na investigação, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Data __/__/__

Assinatura do Inquirido

Data __/__/__

Assinatura da Inquiridora

Anexo E: Base de datos SPSS

sexo	idade	escolaridade	profpal	profmae	vivecpais	irmaos
1	10	1	3	1	1	0
2	13	2	3	3	1	1
3	11	1	1	.	1	2
4	11	0	.	.	0	3
5	14	.	2	2	1	0
6	20	1	3	1	1	0
7	10	2	3	3	1	1
8	13	2	1	1	1	1
9	2	10	0	2	2	1
10	16	2	3	3	1	1
11	2	13	1	0	1	2
12	2	12	2	1	1	1
13	2	14	.	2	1	1
14	1	12	2	2	2	1
15	2	17	2	2	2	1
16	1	14	2	1	0	1
17	2	14	2	1	1	0
18	1	12	2	2	2	1
19	1	12	2	2	3	0
20	2	12	1	1	1	2
21	1	14	2	3	2	1
22	1	15	2	1	2	0
23	1	12	2	3	2	2
24	1	20	3	1	0	1
25	1	12	2	3	0	2
26	2	19	2	2	0	1
27	1	9	0	1	0	2
28	1	8	0	.	0	0
29	1	17	2	2	2	1
30	2	10	0	1	3	1
31	2	11	1	3	3	1
32	2	15	2	0	.	1
33	2	16	.	3	3	1
34	2	17	2	3	3	1
35	2	16	2	3	3	1
36	2	13	2	.	1	2
37	2	14	2	.	1	1
38	2	15	2	1	1	1
39	2	11	1	1	1	0
40	1	16	2	3	0	1
41	1	18	2	2	0	1
42	1	13	2	2	3	1
43	1	13	2	3	2	0
44	1	13	2	1	1	1
45	1	13	1	2	3	1
46	1	12	1	2	3	1
47	1	12	2	.	0	4

	xi	dad	irmaos	id	ad	diagnostico	tempo	de	ben	freq	camp	fer	alinea1a	alinea2a	alinea3a
1	0	0	8	1	1	1	2	3	3	4					
2	10	1	12	1	1	1	12	4	3	5					
3	25	.	.	1	1	1	.	3	4	1					
4	13	1	1	1	1	1	1	5	2	4					
5	0	6	8	0	3	5	8	5	4	5					
6	0	10	10	1	1	3	10	3	3	4					
7	10	7	3	1	1	4	7	4	4	5					
8	19	4	9	2	2	4	9	5	5	4					
9	6	4	6	1	1	4	6	4	5	5					
10	11	7	9	2	2	5	9	3	3	5					
11	4	12	1	2	5	4	12	4	4	4					
12	8	11	1	1	4	3	11	4	3	4					
13	11	12	2	2	5	5	12	5	5	3					
14	8	9	3	2	5	4	9	5	4	4					
15	10	13	4	5	5	5	10	5	5	5					
16	1	4	10	2	5	5	4	5	5	5					
17	.	4	10	3	5	5	10	5	5	5					
18	9	3	9	1	5	3	9	3	3	4					
19	5	11	1	1	5	3	11	5	3	4					
20	7	5	7	2	5	5	7	5	5	5					
21	.	13	1	1	5	4	13	5	4	5					
22	10	10	5	3	3	3	10	3	3	3					
23	20	5	7	1	5	5	20	5	5	5					
24	.	11	9	5	5	5	11	5	5	5					
25	20	.	1	1	4	5	20	1	4	5					
26	.	9	10	3	5	5	9	3	5	5					
27	4	7	7	2	1	4	4	1	4	1					
28	.	1	7	2	3	1	1	2	3	1					
29	14	1	16	8	5	5	14	8	5	5					
30	15	6	4	2	5	3	15	2	5	3					
31	4	7	4	4	5	5	4	4	5	5					
32	10	6	9	4	5	4	10	4	5	4					
33	15	4	12	3	5	3	15	3	5	3					
34	19	16	1	1	5	2	19	1	5	2					
35	19	13	3	1	5	4	13	1	5	4					
36	6	12	2	1	5	4	6	1	5	4					
37	18	13	1	1	5	4	18	1	5	4					
38	5	11	4	2	4	3	5	2	4	3					
39	.	3	9	1	5	3	3	1	5	3					
40	16	10	6	2	5	5	16	2	5	5					
41	17	15	3	2	5	5	17	2	5	5					
42	5	3	10	1	5	3	5	1	5	3					
43	.	9	4	2	5	2	9	2	5	2					
44	8	6	7	2	5	4	8	2	5	4					
45	6	10	3	3	4	4	6	3	4	4					
46	9	9	3	1	4	3	9	1	4	3					
47	13	7	5	1	3	3	13	1	3	3					

	alinea14a	alinea15a	alinea16a	alinea17a	alinea18a	alinea19a	alinea20a	alinea21a
1	4	4	3	2	4	5	4	5
2	4	4	5	5	5	5	5	5
3	4	4	4	3	5	5	4	5
4	3	3	3	3	4	4	2	2
5	4	4	4	3	5	5	5	5
6	4	4	3	2	4	5	4	5
7	4	4	5	5	5	5	5	5
8	4	4	4	3	5	5	5	5
9	4	4	4	3	5	5	4	5
10	4	4	4	2	5	5	5	5
11	4	4	4	2	5	4	4	5
12	3	3	5	3	4	5	5	5
13	5	5	4	4	4	5	5	5
14	4	4	4	3	5	5	5	4
15	5	5	5	3	5	5	5	5
16	5	4	4	5	5	5	5	5
17	4	5	5	5	5	5	5	3
18	3	4	3	2	4	4	4	4
19	3	4	4	2	5	5	4	5
20	5	5	3	5	5	5	5	5
21	4	5	4	3	5	4	5	5
22	3	3	3	4	4	4	4	4
23	5	5	5	5	5	4	4	4
24	4	5	5	5	5	5	5	5
25	4	2	4	2	5	5	4	3
26	3	4	2	5	5	4	5	5
27	4	3	3	1	5	5	5	5
28	1	1	1	1	4	4	4	1
29	4	4	4	5	5	5	5	5
30	4	5	5	1	5	5	5	5
31	4	4	4	4	4	5	4	5
32	5	4	5	5	5	5	5	5
33	5	4	5	4	5	5	5	5
34	2	3	2	3	4	4	4	4
35	4	4	4	3	5	4	4	5
36	4	5	5	3	5	5	4	5
37	4	5	5	5	4	5	4	5
38	3	3	3	2	3	3	4	4
39	5	5	4	3	5	5	5	5
40	5	5	5	5	5	5	5	5
41	5	5	5	4	5	5	5	5
42	3	4	3	3	5	5	5	5
43	5	5	5	1	5	5	5	5
44	4	4	3	4	5	4	5	5
45	4	3	4	1	4	3	4	4
46	5	5	4	4	5	5	5	5
47	5	5	5	3	5	5	5	5

	alinea6a	alinea7a	alinea8a	alinea9a	alinea10a	alinea11a	alinea12a	alinea13a
1	3	3	3	3	3	5	5	3
2	5	5	3	4	3	5	5	5
3	4	3	4	4	3	5	5	2
4	5	2	1	4	3	5	2	3
5	4	4	3	4	4	4	4	3
6	3	3	3	3	3	5	5	3
7	5	5	3	4	3	5	5	5
8	4	4	5	5	4	5	5	5
9	4	4	4	4	4	3	5	5
10	4	4	4	4	4	4	5	4
11	3	3	3	3	3	3	4	3
12	3	3	4	4	4	4	5	4
13	5	5	5	5	5	5	5	4
14	4	4	3	4	3	4	5	4
15	5	5	5	5	5	5	5	5
16	5	5	5	5	5	5	5	5
17	5	3	3	5	5	5	5	5
18	5	3	3	4	2	4	5	3
19	4	3	4	4	2	4	3	3
20	5	3	3	5	5	5	5	5
21	4	4	3	4	4	4	4	3
22	3	2	3	2	2	4	3	3
23	4	4	3	5	4	4	5	2
24	5	5	3	5	4	5	5	5
25	3	3	3	5	3	3	4	2
26	5	4	4	4	3	3	4	5
27	4	5	2	4	3	2	5	1
28	1	1	1	1	1	1	1	1
29	5	5	4	4	4	5	5	5
30	5	5	5	3	3	3	5	5
31	4	5	4	4	4	5	4	5
32	5	4	5	5	5	5	5	5
33	5	5	3	4	4	5	2	4
34	4	2	4	4	3	4	4	4
35	4	5	3	4	5	5	4	5
36	4	4	4	4	4	5	5	5
37	3	4	4	4	4	4	5	4
38	2	3	2	3	4	3	3	4
39	5	5	4	5	5	4	5	5
40	5	5	5	5	4	5	5	5
41	5	5	4	5	5	5	5	2
42	5	5	2	3	5	5	5	2
43	5	5	5	3	5	5	5	1
44	5	4	4	4	4	5	4	5
45	3	3	3	4	4	4	3	4
46	5	4	2	4	1	5	5	1
47	2	3	3	3	3	5	3	2

	alinea22a	alinea23a	alinea24a	alinea26a	alinea27a	alinea28a	alinea30	alinea32a
1	4	4	5	4	5	5	5	1
2	5	5	5	5	5	5	5	1
3	4	5	5	4	4	4	4	3
4	2	1	2	2	3	3	3	2
5	3	4	5	5	5	4	4	2
6	4	4	5	4	5	5	5	1
7	5	5	5	5	5	5	5	1
8	4	5	5	5	5	5	4	4
9	3	5	5	4	3	5	5	4
10	4	4	5	5	4	4	5	1
11	3	4	4	4	4	4	4	3
12	4	5	4	5	3	4	5	5
13	5	4	4	4	5	5	5	5
14	4	5	5	5	5	5	5	2
15	5	5	5	5	5	5	5	2
16	5	5	5	5	5	5	5	5
17	5	3	5	5	4	5	5	5
18	4	3	3	3	3	4	4	4
19	5	3	5	5	3	4	5	1
20	5	5	5	5	4	5	5	4
21	5	4	5	5	4	4	4	3
22	3	3	4	4	3	4	4	3
23	4	5	5	4	4	4	5	3
24	5	5	5	5	5	5	5	4
25	3	4	3	5	3	4	5	1
26	4	3	5	3	3	3	2	4
27	2	3	5	2	2	3	4	1
28	1	1	1	1	5	1	4	4
29	5	5	5	5	5	5	5	3
30	5	5	5	5	5	5	5	1
31	4	4	4	5	4	5	5	2
32	5	5	5	5	4	5	4	3
33	5	5	5	4	5	5	5	3
34	4	4	3	3	3	3	3	2
35	4	5	4	4	5	5	5	5
36	5	5	5	3	4	5	5	5
37	5	5	4	5	3	4	5	5
38	4	4	4	4	4	4	3	3
39	4	5	5	5	3	4	5	5
40	4	5	5	5	5	5	5	5
41	5	5	5	5	5	5	4	4
42	3	5	5	5	4	5	5	1
43	1	5	5	5	3	5	5	1
44	4	3	4	4	5	5	6	3
45	3	3	5	3	3	4	4	3
46	5	4	5	4	4	4	5	3
47	3	5	5	5	5	5	5	2

	alinea33a	alinea34a	alinea35a	alinea1b	alinea2b	alinea3b	alinea6b	alinea7b
1	3	4	3	4	3	4	3	4
2	5	5	5	5	5	5	5	5
3	4	4	3	4	5	5	4	5
4	2	5	4	5	1	5	4	5
5	4	4	2	5	4	5	3	3
6	3	4	3	4	3	4	3	4
7	5	5	5	5	5	5	5	5
8	5	4	1	5	5	4	5	5
9	4	4	5	4	3	4	3	4
10	5	5	5	5	4	5	4	4
11	4	4	2	5	4	5	5	4
12	4	4	4	4	3	4	3	4
13	5	5	5	5	5	4	5	4
14	4	5	4	5	5	5	5	5
15	5	5	5	5	5	5	5	5
16	5	5	5	5	4	5	4	5
17	4	4	3	5	5	5	4	4
18	4	3	2	5	4	4	4	3
19	4	5	2	5	3	5	4	5
20	5	4	5	5	5	5	5	3
21	4	5	2	4	4	5	4	4
22	3	3	4	4	4	3	3	4
23	4	4	3	4	3	4	3	3
24	5	5	3	4	4	4	4	4
25	5	5	1	4	5	4	4	4
26	4	3	2	5	5	5	5	4
27	3	2	3	4	3	2	5	4
28	1	4	3	5	5	5	5	5
29	5	5	5	5	5	4	5	5
30	1	5	5	4	4	5	5	5
31	5	5	4	5	5	5	4	5
32	5	5	5	5	5	4	5	5
33	5	5	1	5	4	5	5	5
34	4	4	4	5	4	5	5	4
35	5	4	5	5	5	4	3	4
36	4	5	5	5	4	5	4	5
37	4	4	5	5	5	5	4	4
38	3	4	3	5	5	4	3	4
39	5	5	5	5	3	4	5	4
40	5	5	5	5	5	5	5	5
41	5	5	5	5	5	5	5	5
42	5	5	5	5	3	4	4	4
43	5	5	5	4	2	4	4	4
44	4	5	3	5	4	4	4	5
45	4	4	4	5	5	5	4	4
46	5	5	5	5	3	5	5	5
47	5	5	5	4	4	4	2	4

	alinea15b	alinea14b	alinea13b	alinea12b	alinea11b	alinea10b	alinea9b	alinea8b	alinea7b	alinea6b	alinea5b	alinea4b	alinea3b	alinea2b	alinea1b
1	3	4	3	5	3	3	3	3	3	3	3	4	5	3	3
2	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4	5	5	5	5	5
3	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	5	5	5	5	5	1	5	5	1	5	5	5	5	5	5
5	3	4	4	4	4	4	4	4	3	5	5	5	5	5	3
6	3	3	3	5	3	3	3	3	3	4	5	5	3	5	3
7	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5
8	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4
9	4	3	3	4	3	3	3	3	3	5	5	5	5	5	5
10	4	4	4	5	5	4	4	4	3	5	5	5	5	5	4
11	4	5	4	5	4	4	4	4	2	5	5	5	4	4	4
12	4	3	3	4	3	3	3	3	3	5	5	5	5	3	5
13	4	4	4	5	3	4	4	4	2	5	5	5	3	4	3
14	4	4	4	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5
15	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5
16	3	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4
17	4	5	5	5	3	3	3	4	5	5	5	5	5	5	5
18	4	4	4	5	4	5	4	4	2	5	5	5	4	4	3
19	5	3	3	5	4	3	3	3	4	5	5	5	5	5	4
20	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
21	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4
22	4	3	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4
23	3	5	5	5	3	3	5	5	4	5	5	5	5	5	5
24	5	4	4	5	3	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5
25	4	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	4	4	5
26	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3
27	5	4	4	4	4	4	4	4	2	3	5	5	4	3	2
28	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
29	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4
30	3	3	3	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5
31	4	4	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4
32	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
33	4	4	4	5	3	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5
34	3	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
35	3	4	4	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5
36	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5
37	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	5	5
38	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
39	3	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	3	5
40	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
41	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5
42	3	4	4	4	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	4
43	3	3	3	5	5	2	3	3	3	5	5	5	5	3	5
44	5	4	4	5	4	5	4	4	4	5	5	5	5	4	4
45	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
46	2	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
47	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

	alinea23b	alinea22b	alinea21b	alinea20b	alinea19b	alinea18b	alinea17b	alinea16b	alinea15b
1	5	5	5	3	5	4	3	3	3
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3	5	5	4	5	4	4	4	4	4
4	5	5	5	5	5	5	1	5	5
5	5	5	5	5	5	5	3	4	4
6	5	5	5	3	5	4	3	3	3
7	5	5	5	5	5	5	5	5	5
8	5	5	5	5	5	5	2	4	5
9	5	5	5	5	5	5	3	5	5
10	5	5	5	5	5	5	3	5	5
11	5	5	4	5	5	5	2	4	4
12	5	5	5	5	5	5	3	5	3
13	5	5	5	5	5	5	2	5	4
14	5	5	5	5	5	5	5	4	4
15	5	5	5	5	5	5	3	5	5
16	5	5	5	5	5	5	5	4	5
17	5	5	5	5	4	5	5	5	5
18	5	5	5	5	4	5	5	4	5
19	5	5	5	5	5	5	3	3	3
20	5	5	5	5	5	5	4	4	6
21	5	5	5	5	5	5	4	4	4
22	5	5	5	5	5	5	3	3	3
23	5	5	5	5	5	5	5	5	4
24	5	5	5	5	5	5	4	4	5
25	5	5	5	5	5	5	5	5	4
26	5	5	5	5	5	5	3	4	4
27	5	5	5	5	5	5	4	4	4
28	5	5	5	5	5	5	3	2	3
29	5	5	5	5	5	5	5	5	5
30	5	5	5	5	5	5	5	4	4
31	5	5	5	5	5	5	4	5	5
32	5	5	5	5	5	5	5	5	5
33	5	5	5	5	5	5	5	5	5
34	5	5	5	5	5	5	5	5	4
35	5	5	5	5	5	5	5	4	4
36	5	5	5	5	5	5	5	5	5
37	5	5	5	5	5	5	5	5	5
38	5	5	5	5	5	5	5	5	5
39	5	5	5	5	5	5	5	5	5
40	5	5	5	5	5	5	5	5	5
41	5	5	5	5	5	5	5	5	5
42	5	5	5	5	5	5	5	5	5
43	5	5	5	5	5	5	5	5	5
44	5	5	5	5	5	5	5	5	5
45	5	5	5	5	5	5	5	5	5
46	5	5	5	5	5	5	5	5	5
47	5	5	5	5	5	5	5	5	5

	alinea24b	alinea26b	alinea27b	alinea28b	alinea30b	alinea32b	alinea33b	alinea34b
1	5	4	5	5	5	1	3	5
2	5	5	5	5	5	5	5	5
3	4	4	5	5	4	5	4	4
4	5	5	5	5	5	1	5	5
5	3	4	5	5	5	2	4	4
6	5	4	5	5	5	1	3	5
7	5	5	5	5	5	1	5	5
8	5	5	5	5	5	3	4	5
9	5	4	5	5	5	5	5	4
10	5	5	3	5	5	1	5	5
11	4	4	3	4	4	2	5	4
12	5	4	4	4	5	2	4	5
13	4	5	4	4	3	2	3	3
14	5	5	5	5	5	2	4	5
15	5	5	5	5	5	3	5	5
16	5	5	4	5	4	5	5	4
17	5	4	4	5	5	5	5	5
18	3	3	3	4	4	4	5	4
19	5	5	3	4	5	1	5	5
20	5	5	4	5	5	4	5	4
21	5	5	4	4	4	3	4	5
22	3	3	4	4	5	3	3	3
23	4	4	4	4	5	4	5	4
24	5	5	5	5	5	4	5	5
25	3	4	3	4	4	2	5	4
26	3	3	3	2	4	4	4	3
27	5	4	4	5	4	1	4	4
28	5	5	5	5	5	3	5	5
29	4	4	5	5	5	3	4	5
30	5	5	5	5	5	1	1	5
31	5	5	4	5	5	3	5	5
32	5	5	4	5	5	4	5	5
33	5	5	5	5	5	4	5	5
34	5	5	4	5	5	5	5	5
35	4	4	5	5	5	4	5	4
36	5	4	5	5	5	5	5	4
37	5	5	4	4	5	5	5	5
38	4	4	5	5	4	4	4	4
39	5	5	4	4	5	1	5	5
40	5	5	5	5	5	5	5	5
41	5	5	5	5	5	5	5	5
42	5	5	5	5	5	1	5	5
43	5	5	5	5	5	1	4	5
44	5	4	5	4	5	2	4	5
45	4	4	4	4	4	4	4	5
46	5	5	5	5	5	2	5	5
47	4	4	4	4	4	2	4	4

	alinea35b	alinea1c	alinea2c	alinea3c	alinea6c	alinea7c	alinea8c	alinea9c
1	3	5	3	4	3	3	3	3
2	5	.	.	.	.	.	.	.
3	5	.	.	.	.	.	.	.
4	5	.	.	.	.	.	.	.
5	1	5	5	5	5	5	4	4
6	3	5	3	4	3	3	3	3
7	5	5	1	4	.	4	.	4
8	2	5	4	5	5	5	4	4
9	5	.	.	.	.	.	.	.
10	5	5	4	4	4	4	4	4
11	2	.	.	.	.	.	.	.
12	4	.	.	.	.	.	.	.
13	2	.	.	.	.	.	.	.
14	5	.	.	.	.	.	.	.
15	3	.	.	.	.	.	.	.
16	4	5	5	5	5	5	5	5
17	5	.	.	.	.	.	.	.
18	1	5	4	4	3	3	3	3
19	2	5	3	4	4	4	4	3
20	4	5	5	5	5	3	3	5
21	2	4	4	4	4	4	3	4
22	4	3	3	3	3	3	3	3
23	5	4	3	3	3	3	3	5
24	5	4	4	4	4	4	5	4
25	2	4	4	4	4	4	4	4
26	2	5	5	5	5	4	4	4
27	5	3	4	2	5	4	5	3
28	5	5	5	5	5	5	5	5
29	5	5	4	4	4	4	4	4
30	5	4	4	4	4	5	3	4
31	5	5	5	5	5	4	4	4
32	5	5	5	4	4	5	5	5
33	2	5	4	5	5	5	4	4
34	5	5	4	4	4	5	4	5
35	5	5	5	4	3	3	3	4
36	5	5	4	5	4	4	4	5
37	5	5	5	5	4	4	4	4
38	4	5	5	4	3	3	4	4
39	5	5	3	4	5	4	3	5
40	5	5	5	5	5	5	5	5
41	5	5	5	5	5	5	5	5
42	5	5	3	4	5	5	3	4
43	3	4	2	4	3	4	3	3
44	3	4	4	4	5	4	3	4
45	5	5	5	5	4	4	4	4
46	4	4	3	5	5	5	4	5
47	2	2	1	3	1	4	1	4

	alinea10c	alinea11c	alinea12c	alinea13c	alinea14c	alinea15c	alinea16c	alinea17c
1	3	5	5	3	3	3	3	3
2								
3								
4								
5	4	3	5	2	4	4	4	3
6	3	5	5	3	3	3	3	3
7				4	4	4	5	2
8	5	4	5	1	4	4	3	2
9								
10	4	5	5	1	4	5	4	3
11								
12								
13								
14								
15								
16	5	5	5	5	5	5	5	5
17								
18	4	4	5	3	3	5	3	3
19	4	4	3	1	3	3	3	3
20	5	5	5	5	3	4	3	4
21	4	4	4	4	4	4	4	4
22	3	4	3	2	3	4	3	4
23	5	5	4	5	5	4	4	4
24	4	4	5	5	4	4	5	5
25	5	5	5	2	5	4	4	2
26	3	3	3	4	4	4	4	4
27	3	3	4	1	3	4	3	1
28	4	4	5	1	5	5	5	5
29	4	4	4	4	3	3	3	5
30	3	4	4	4	4	5	4	2
31	4	5	4	4	4	5	5	4
32	5	5	5	5	5	5	5	4
33	4	4	3	3	5	5	5	5
34	4	4	5	5	5	5	5	5
35	4	4	3	4	4	4	5	5
36	5	5	5	5	4	5	5	5
37	3	4	4	5	5	5	5	5
38	4	4	4	4	4	4	4	4
39	4	4	4	5	5	4	3	4
40	4	4	4	5	4	4	5	5
41	5	5	4	5	5	5	5	5
42	4	5	5	2	3	4	4	5
43	4	4	4	2	3	4	4	3
44	3	4	4	4	4	3	4	3
45	4	4	4	5	4	4	4	4
46	4	5	5	1	5	5	5	5
47	4	4	1	3	4	4	4	3

	alinea18c	alinea19c	alinea20c	alinea21c	alinea22c	alinea23c	alinea24c	alinea26c
1	4	5	3	5	5	3	3	3
2								
3								
4								
5	5	5	5	5	4	4	4	4
6	4	5	3	5	5	3	3	3
7	5	5	5	5	5	5	5	5
8	5	5	5	5	2	5	5	3
9								
10	5	5	5	5	5	5	5	5
11								
12								
13								
14								
15								
16	5	5	5	5	5	5	5	5
17								
18	4	3	4	4	3	3	4	3
19	5	5	5	4	3	3	5	3
20	4	4	5	5	5	5	5	5
21	4	4	5	5	5	4	4	5
22	4	4	4	4	4	4	4	3
23	4	4	4	5	4	4	5	4
24	5	5	5	5	5	5	5	5
25	4	5	4	4	4	4	4	4
26	5	5	4	4	5	4	3	4
27	3	5	5	3	4	4	4	3
28	5	5	5	5	5	4	5	5
29	5	5	4	5	5	5	4	3
30	4	4	5	4	5	5	4	5
31	4	4	4	4	4	5	4	5
32	5	4	5	5	5	5	5	4
33	4	5	5	5	5	5	5	5
34	4	4	5	5	5	5	5	5
35	4	4	4	5	4	4	4	4
36	5	5	5	5	5	5	4	4
37	4	4	4	5	5	5	5	5
38	4	4	4	4	4	4	4	4
39	4	4	4	4	5	3	4	4
40	4	4	5	5	5	5	5	5
41	5	5	4	5	5	5	5	5
42	4	5	5	5	5	4	5	4
43	4	4	4	4	3	4	4	4
44	4	4	4	4	4	4	4	4
45	4	4	4	4	4	4	4	4
46	4	5	5	5	5	5	5	5
47	4	4	1	3	4	4	4	3

	alineat2d	alineat3d	alineat6d	alineat7d	alineat8d	alineat9d	alineat10d	alineat11d
1	.	.	.	.	.	.	.	.
2	.	.	.	.	.	.	.	.
3	.	.	.	.	.	.	.	.
4	.	.	.	.	.	.	.	.
5	.	.	.	.	.	.	.	.
6	.	.	.	.	.	.	.	.
7	.	.	.	.	.	.	.	.
8	.	.	.	.	.	.	.	.
9	.	.	.	.	.	.	.	.
10	.	.	.	.	.	.	.	.
11	.	.	.	.	.	.	.	.
12	.	.	.	.	.	.	.	.
13	.	.	.	.	.	.	.	.
14	.	.	.	.	.	.	.	.
15	.	.	.	.	.	.	.	.
16	.	.	.	.	.	.	.	.
17	.	.	.	.	.	.	.	.
18	.	.	.	.	.	.	.	.
19	.	.	.	.	.	.	.	.
20	5	4	5	3	3	4	4	4
21	4	4	4	3	3	3	3	4
22	3	3	3	2	2	3	3	2
23	4	3	3	3	3	4	5	5
24	3	4	4	4	3	4	4	3
25	4	4	4	4	4	4	5	5
26	5	4	4	4	4	4	3	3
27	4	2	4	4	5	3	3	3
28	5	5	5	5	5	4	4	4
29	4	4	4	4	4	4	4	4
30	4	4	4	5	5	3	3	4
31	5	5	4	4	4	4	3	3
32	5	5	5	5	5	5	5	5
33	4	5	5	4	4	4	4	4
34	4	4	4	5	4	4	4	4
35	5	4	3	3	3	4	4	4
36	4	5	4	4	4	4	5	5
37	5	4	4	4	4	3	3	4
38	5	4	3	3	4	4	4	4
39	3	3	4	4	3	5	4	4
40	5	5	5	5	4	4	4	5
41	5	5	5	5	5	5	5	5
42	3	4	5	5	3	4	4	4
43	2	4	3	4	3	3	3	4
44	4	4	5	4	4	3	4	4
45	5	5	4	4	4	4	4	4
46	3	5	5	5	4	5	4	4
47	1	3	1	3	1	3	3	4

	alineat2c	alineat28c	alineat30c	alineat32c	alineat33c	alineat34c	alineat35c	alineat1d
1	5	5	5	1	3	5	3	.
2	.	.	.	.	.	.	.	.
3	.	.	.	.	.	.	.	.
4	.	.	.	.	.	.	.	.
5	5	5	5	2	5	4	1	.
6	5	5	5	1	3	5	3	.
7	4	5	5	1	5	5	.	.
8	5	5	5	3	4	4	1	.
9	.	.	.	.	.	.	.	.
10	3	4	5	1	5	5	5	.
11	.	.	.	.	.	.	.	.
12	.	.	.	.	.	.	.	.
13	.	.	.	.	.	.	.	.
14	.	.	.	.	.	.	.	.
15	.	.	.	.	.	.	.	.
16	5	5	5	5	5	5	5	.
17	.	.	.	.	.	.	.	.
18	3	4	5	4	5	3	2	.
19	4	4	5	1	5	5	2	.
20	3	4	4	4	4	4	4	5
21	4	4	4	3	4	4	2	4
22	3	4	4	3	3	3	4	3
23	4	4	5	4	4	4	5	4
24	5	5	4	4	4	5	5	4
25	4	4	4	2	4	5	3	4
26	3	2	4	3	3	3	4	5
27	1	5	5	2	3	4	5	3
28	5	5	3	4	4	5	5	5
29	4	5	5	3	3	4	4	5
30	5	5	4	1	1	4	4	4
31	4	5	5	3	4	4	4	5
32	4	4	4	4	4	5	4	5
33	5	5	5	4	5	5	2	5
34	4	4	4	5	4	4	4	5
35	5	5	5	4	4	4	5	5
36	4	5	5	5	5	4	5	5
37	4	4	4	5	5	5	5	5
38	5	5	4	4	4	4	4	5
39	4	4	5	1	4	3	4	5
40	5	5	5	5	5	4	5	5
41	5	5	5	4	4	5	5	5
42	5	5	5	1	5	5	5	5
43	5	5	5	1	3	4	3	4
44	4	5	5	3	4	4	3	4
45	4	3	4	4	4	4	5	5
46	5	5	5	2	5	5	5	5
47	2	5	3	3	3	4	4	2

	alinea12d	alinea13d	alinea14d	alinea15d	alinea16d	alinea17d	alinea18d	alinea19d
1	.	.	.	.	.	.	.	.
2	.	.	.	.	.	.	.	.
3	.	.	.	.	.	.	.	.
4	.	.	.	.	.	.	.	.
5	.	.	.	.	.	.	.	.
6	.	.	.	.	.	.	.	.
7	.	.	.	.	.	.	.	.
8	.	.	.	.	.	.	.	.
9	.	.	.	.	.	.	.	.
10	.	.	.	.	.	.	.	.
11	.	.	.	.	.	.	.	.
12	.	.	.	.	.	.	.	.
13	.	.	.	.	.	.	.	.
14	.	.	.	.	.	.	.	.
15	.	.	.	.	.	.	.	.
16	.	.	.	.	.	.	.	.
17	.	.	.	.	.	.	.	.
18	.	.	.	.	.	.	.	.
19	.	.	.	.	.	.	.	.
20	5	5	3	4	3	3	3	4
21	4	4	4	4	3	3	4	4
22	3	2	3	3	3	3	4	4
23	4	4	4	4	4	4	4	4
24	4	4	4	4	4	5	5	5
25	4	2	5	5	4	2	3	4
26	3	4	4	4	3	4	4	5
27	3	1	3	3	3	1	3	5
28	4	1	5	5	5	5	5	5
29	4	4	4	3	3	4	4	4
30	4	4	4	4	4	2	4	4
31	4	3	5	5	5	4	4	4
32	5	5	5	5	5	3	4	4
33	4	3	5	5	5	5	4	4
34	5	5	5	5	5	5	5	5
35	3	3	4	4	4	5	5	4
36	4	4	4	4	5	5	5	5
37	4	4	4	5	5	4	4	4
38	4	4	4	4	4	4	4	4
39	4	5	4	4	3	4	4	4
40	4	5	4	4	5	5	5	5
41	4	4	5	5	4	4	5	5
42	5	2	3	3	4	5	5	5
43	4	3	3	4	4	3	5	5
44	4	4	4	3	4	3	4	4
45	4	5	4	4	4	4	3	4
46	5	1	5	5	5	5	5	5
47	1	3	4	4	4	3	5	5

	alinea20d	alinea21d	alinea22d	alinea23d	alinea24d	alinea26d	alinea27d	alinea28d
1	.	.	.	.	.	.	.	.
2	.	.	.	.	.	.	.	.
3	.	.	.	.	.	.	.	.
4	.	.	.	.	.	.	.	.
5	.	.	.	.	.	.	.	.
6	.	.	.	.	.	.	.	.
7	.	.	.	.	.	.	.	.
8	.	.	.	.	.	.	.	.
9	.	.	.	.	.	.	.	.
10	.	.	.	.	.	.	.	.
11	.	.	.	.	.	.	.	.
12	.	.	.	.	.	.	.	.
13	.	.	.	.	.	.	.	.
14	.	.	.	.	.	.	.	.
15	.	.	.	.	.	.	.	.
16	.	.	.	.	.	.	.	.
17	.	.	.	.	.	.	.	.
18	.	.	.	.	.	.	.	.
19	.	.	.	.	.	.	.	.
20	4	4	3	5	5	4	3	4
21	4	5	5	4	4	4	4	4
22	3	4	4	2	4	3	3	3
23	5	5	4	4	4	4	4	4
24	5	5	4	4	4	4	3	4
25	4	4	3	4	4	3	4	4
26	4	4	3	4	3	3	3	2
27	5	3	4	3	4	3	1	5
28	5	4	4	4	4	5	5	5
29	4	4	4	4	4	3	4	5
30	5	5	5	5	5	5	5	5
31	4	4	4	3	4	5	4	4
32	5	5	5	5	3	5	4	3
33	5	5	5	5	5	5	5	5
34	5	5	5	5	5	4	4	4
35	4	5	4	4	4	4	4	5
36	5	5	4	4	4	5	5	5
37	4	5	5	5	5	5	4	4
38	4	4	4	4	4	4	3	3
39	4	4	3	4	4	4	4	4
40	5	5	5	5	5	5	4	5
41	5	5	5	5	5	5	5	5
42	5	5	5	4	5	4	4	5
43	4	4	3	4	4	4	5	5
44	4	4	4	4	4	4	3	4
45	4	4	4	4	4	4	4	3
46	5	5	5	5	5	5	5	5
47	3	3	3	4	3	4	2	2

	alinea30d	alinea32d	alinea33d	alinea34d	alinea35d	aetratA	aeconfA	aesociaIA
1	.	.	.	.	.	4	4	5
2	.	.	.	.	.	5	4	5
3	.	.	.	.	.	4	4	4
4	.	.	.	.	.	4	3	3
5	.	.	.	.	.	4	4	5
6	.	.	.	.	.	4	4	5
7	.	.	.	.	.	5	4	5
8	.	.	.	.	.	4	4	5
9	.	.	.	.	.	3	4	5
10	.	.	.	.	.	4	4	5
11	.	.	.	.	.	3	4	4
12	.	.	.	.	.	4	4	4
13	.	.	.	.	.	5	5	5
14	.	.	.	.	.	4	4	5
15	.	.	.	.	.	5	5	5
16	.	.	.	.	.	5	5	4
17	.	.	.	.	.	5	5	4
18	.	.	.	.	.	3	4	4
19	.	.	.	.	.	4	4	4
20	4	3	4	4	4	5	5	5
21	4	3	3	3	2	4	4	4
22	4	3	3	3	3	4	3	4
23	5	4	4	4	4	4	4	4
24	4	4	4	5	5	5	5	5
25	3	4	2	4	3	3	4	4
26	3	3	3	3	2	4	4	3
27	4	2	3	4	4	2	3	4
28	3	3	4	4	4	2	2	3
29	5	3	3	4	4	5	5	5
30	4	1	1	3	3	4	5	5
31	5	3	4	4	4	5	4	5
32	4	3	4	5	4	5	5	5
33	4	4	5	4	2	5	4	5
34	5	5	5	4	3	4	3	3
35	4	4	4	4	4	4	4	5
36	5	5	5	4	4	5	5	5
37	4	4	5	4	3	5	4	4
38	4	4	4	3	3	3	3	4
39	5	4	3	3	4	4	5	4
40	4	5	5	4	5	5	5	5
41	4	4	4	5	4	5	5	5
42	5	1	4	5	5	4	4	5
43	5	1	3	4	3	3	4	5
44	5	3	4	4	3	5	4	5
45	3	4	3	4	4	3	3	4
46	4	2	5	5	4	5	4	5
47	3	3	3	4	4	4	4	5

	aetraB	aeconfB	aesociaB	aetratC	aeconfC	aesociaC	aetratD
1	5	3	5	5	3	5	.
2	5	5	5	5	.	.	.
3	4	4	4	5	.	.	.
4	4	4	5	.	.	.	.
5	4	4	5	4	4	5	.
6	5	3	5	5	3	5	.
7	5	5	5	4	4	5	.
8	4	5	5	3	4	5	.
9	4	4	5	.	.	.	.
10	5	4	5	5	4	4	.
11	4	4	4	.	.	.	.
12	4	4	5	.	.	.	.
13	3	4	4	.	.	.	.
14	5	5	5	.	.	.	.
15	5	5	5	5	5	5	.
16	5	5	4	5	5	5	.
17	5	5	5	.	.	.	.
18	4	4	4	3	4	4	.
19	5	4	4	4	4	4	.
20	5	5	5	5	4	4	4
21	5	4	4	4	4	4	4
22	4	3	4	4	3	4	3
23	4	4	4	4	4	5	4
24	5	5	5	5	4	5	5
25	4	4	4	4	4	4	4
26	4	4	3	4	4	3	4
27	3	4	4	3	3	4	3
28	5	5	5	5	5	5	4
29	5	4	5	5	4	5	4
30	5	4	5	4	4	5	4
31	5	5	5	5	4	5	4
32	5	5	5	5	5	4	5
33	5	4	4	5	4	5	5
34	5	5	5	5	5	4	5
35	5	4	4	4	4	5	4
36	5	5	5	5	5	5	5
37	5	5	5	5	5	5	4
38	4	4	5	4	4	5	4
39	4	4	5	4	4	5	4
40	5	5	5	5	5	5	5
41	5	5	5	5	5	5	5
42	5	4	5	5	4	5	5
43	4	4	5	4	4	5	4
44	5	4	5	4	4	5	4
45	5	4	4	4	4	4	4
46	5	4	5	5	5	5	5
47	4	4	4	4	4	3	4

	aeconfID	asocialID
1	.	.
2	.	.
3	.	.
4	.	.
5	.	.
6	.	.
7	.	.
8	.	.
9	.	.
10	.	.
11	.	.
12	.	.
13	.	.
14	.	.
15	.	.
16	.	.
17	.	.
18	.	.
19	.	.
20	4	4
21	4	4
22	3	4
23	4	5
24	4	5
25	4	4
26	4	3
27	3	3
28	5	4
29	4	5
30	4	5
31	4	5
32	5	4
33	4	5
34	5	5
35	4	1
36	4	5
37	4	4
38	4	4
39	4	1
40	5	5
41	5	5
42	4	5
43	4	5
44	4	5
45	4	4
46	4	5
47	3	3

	sexo	idade	escolaridad	profpai	profmae	vivecpais	irmaos
48	2	13	2	2	.	1	1
49	1	21	3	3	.	1	1
50	1	20	2	2	1	0	0
51	2	13	2	1	0	1	2
52	2	11	1	1	0	1	1
53	1	15	2	3	3	0	0
54	1	13	.	1	0	1	2
55	2	12	1	0	0	1	0
56	2	16	2	2	2	1	1
57	1	12	2	3	3	1	0
58	2	13	2	1	0	1	1
59	1	9	0	1	0	1	1
60	1	12	1	.	.	1	0
61	1	14	2	1	2	1	1
62	2	12	2	1	1	0	.
63	2	21	3	1	0	1	1
64	2	15	2	1	0	1	2
65	1	14	2	2	2	1	1
66	2	16	2	1	1	1	1
67	2	11	1	1	1	1	1
68	2	14	2	1	0	1	1
69	1	13	2	.	.	1	1
70	1	15	2	2	3	1	1
71	1	17	2	2	0	0	2
72	2	13	2	3	2	1	1
73	1	14	2	3	2	1	0
74	1	13	2	1	1	1	1
75	2	15	2	2	0	1	0
76	1	12	1	1	1	1	1
77	1	12	2	.	.	0	1
78	2	15	2	1	0	1	0
79	2	11	1	1	1	1	2
80	2	18	2	3	2	1	1

	id	dadirmaos	id	adidagnostico	tempo	doenc	freq	comp	feria	alinea1a	alinea2a	alinea3a
48	11	6	7	2	5	5	4					
49	26	19	2	2	5	5	5					
50	.	10	10	3	5	5	5					
51	22	12	1	0	3	3	3					
52	15	6	5	0	4	4	3					
53	.	8	7	1	4	4	4					
54	5	9	4	0	3	3	3					
55	.	5	7	0	4	4	4					
56	22	11	5	1	4	4	4					
57	0	6	6	1	4	4	4					
58	19	9	4	0	4	4	4					
59	6	6	3	0	4	4	1					
60	.	8	4	1	3	4	4					
61	12	3	11	1	5	5	5					
62	.	4	8	1	4	4	4					
63	15	10	11	2	5	5	5					
64	13	6	9	1	5	5	5					
65	11	4	10	0	4	4	3					
66	12	14	2	0	5	2	2					
67	6	7	4	0	5	3	4					
68	18	12	2	0	4	4	3					
69	9	10	3	0	4	4	4					
70	13	10	5	1	5	5	5					
71	13	11	6	0	4	4	4					
72	5	3	10	1	4	3	4					
73	.	8	6	0	4	4	4					
74	9	7	7	1	5	4	4					
75	.	10	5	0	4	4	4					
76	9	8	4	0	4	3	4					
77	10	5	7	0	3	3	3					
78	.	8	7	0	5	5	4					
79	6	10	1	0	3	4	3					
80	12	14	4	1	4	4	4					

	alinea6a	alinea7a	alinea8a	alinea9a	alinea10a	alinea11a	alinea12a	alinea13a
48	5	4	5	4	5	4	5	4
49	5	5	5	5	3	5	5	1
50	5	5	5	5	5	5	5	5
51	2	2	3	2	1	3	3	2
52	4	3	3	4	4	3	4	4
53	3	4	3	4	4	4	3	2
54	3	2	3	2	2	3	3	3
55	3	3	3	4	4	4	3	2
56	4	4	3	4	4	3	4	3
57	3	3	3	3	3	3	3	2
58	4	3	3	3	3	3	4	4
59	3	3	3	2	4	3	2	2
60	4	4	3	3	3	3	3	3
61	4	4	4	4	4	4	5	4
62	4	4	5	5	4	3	3	3
63	5	5	5	5	5	4	4	4
64	4	4	5	5	5	4	4	4
65	4	4	3	4	4	4	2	4
66	4	2	2	3	3	3	3	3
67	4	4	4	4	4	4	4	4
68	3	3	4	4	4	4	4	4
69	4	4	4	4	4	4	5	5
70	5	4	4	4	4	4	5	5
71	5	5	4	4	4	5	5	2
72	4	3	2	3	4	4	3	2
73	4	4	5	5	3	4	4	1
74	5	4	4	4	4	4	3	3
75	3	3	3	3	3	4	4	3
76	4	3	2	4	4	4	4	1
77	2	3	3	3	3	3	2	2
78	4	4	5	4	4	5	4	4
79	3	3	3	2	1	2	4	1
80	4	4	4	4	4	4	4	4

48	4	4	4	3	5	4	4	4	4	4	5
49	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
50	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
51	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3
52	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	3
53	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4
54	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
55	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
56	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
57	4	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3
58	3	3	2	3	4	4	4	4	3	3	4
59	4	3	3	1	3	3	3	3	3	2	2
60	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3
61	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5
62	3	2	2	1	3	3	3	3	3	3	4
63	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
64	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4
65	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4
66	2	2	2	3	3	3	4	4	4	4	4
67	5	5	4	3	4	4	4	4	4	4	4
68	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5
69	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	5
70	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
71	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5
72	3	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3
73	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
74	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4
75	4	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3
76	5	4	5	4	4	4	4	5	5	5	5
77	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4
78	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4
79	4	3	2	2	4	4	4	4	5	5	5
80	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5

48	4	4	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5
49	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
50	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
51	3	3	1	3	2	2	4	4	4	4	4	3
52	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	4	3
53	3	3	2	4	4	4	4	4	3	3	3	3
54	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3
55	4	4	4	4	4	4	5	5	3	3	3	3
56	3	3	2	4	4	3	2	4	4	4	4	4
57	3	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	1
58	4	4	3	4	4	3	3	3	3	2	2	3
59	3	3	4	4	4	2	2	3	3	4	4	1
60	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4
61	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	3
62	3	3	1	3	3	3	1	3	3	4	4	2
63	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2
64	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	3	4
65	3	2	2	4	4	3	4	4	4	4	4	3
66	4	4	4	4	4	3	3	3	2	2	2	1
67	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	3	3
68	5	5	5	5	5	4	4	4	3	3	4	3
69	4	4	2	3	3	3	3	4	4	4	4	2
70	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3
71	5	5	5	5	4	3	4	4	4	4	3	2
72	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	1
73	5	5	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4
74	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3
75	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4
76	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3
77	3	3	4	4	4	4	5	5	5	5	5	2
78	4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	5	5
79	4	3	1	3	4	4	4	3	3	5	5	2
80	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	2	3

	alinea33a	alinea34a	alinea35a	alinea1b	alinea2b	alinea3b	alinea6b	alinea7b
48	5	5	5	4	3	4	4	4
49	5	5	5	5	5	5	5	5
50	4	5	5	5	5	5	5	5
51	2	3	1	3	3	2	2	2
52	4	3	3	4	3	4	3	3
53	3	4	2	4	4	4	4	4
54	3	3	3	4	3	3	3	2
55	3	3	3	4	4	4	4	3
56	4	3	3	4	4	4	4	3
57	3	3	1	4	4	4	3	3
58	3	3	2	4	4	4	4	4
59	3	2	2	4	1	3	3	3
60	3	4	3	3	2	2	2	2
61	4	4	3	5	5	5	4	4
62	4	3	2	4	4	4	4	4
63	5	3	4	5	5	5	5	5
64	4	4	4	5	5	4	4	4
65	4	4	1	4	4	4	4	4
66	3	3	4	5	4	4	3	3
67	2	3	1	4	4	4	4	4
68	3	2	1	4	4	3	3	4
69	4	4	4	4	4	4	4	4
70	2	2	1	5	5	5	5	4
71	5	5	4	4	4	4	4	4
72	4	4	4	4	4	4	4	3
73	3	4	4	4	3	4	4	4
74	4	3	3	5	5	5	4	4
75	4	3	2	4	4	4	3	3
76	4	4	4	4	4	4	4	3
77	4	4	4	3	3	3	3	3
78	5	4	4	4	4	4	4	4
79	3	3	2	3	4	3	3	3
80	3	4	2	4	4	4	4	4

	alinea8b	alinea9b	alinea10b	alinea11b	alinea12b	alinea13b	alinea14b	alinea15b
48	4	4	4	4	4	4	4	4
49	4	5	3	5	5	1	5	5
50	5	5	5	5	5	5	5	5
51	2	2	1	3	3	2	3	2
52	3	4	4	3	4	4	4	4
53	4	4	4	4	3	2	4	4
54	3	2	2	2	3	3	3	3
55	3	4	4	4	3	3	4	4
56	4	4	3	3	3	3	4	4
57	3	3	3	3	2	4	4	3
58	3	3	3	3	4	4	3	3
59	3	2	3	3	2	3	4	3
60	3	3	3	3	3	2	3	3
61	4	4	4	4	5	5	4	4
62	5	5	4	3	3	3	3	3
63	5	5	5	5	5	5	5	4
64	5	5	5	4	4	4	4	4
65	4	4	4	4	3	4	4	4
66	3	3	3	3	3	3	3	3
67	4	4	4	4	4	4	5	5
68	4	4	4	4	4	4	4	4
69	4	4	4	4	5	5	4	4
70	4	4	4	4	4	4	4	4
71	4	4	4	4	4	4	4	4
72	3	3	4	4	4	4	4	4
73	5	5	5	4	4	1	5	5
74	4	4	4	4	4	4	4	4
75	3	3	4	4	3	3	4	4
76	3	3	3	4	4	4	4	4
77	3	3	3	4	4	4	4	4
78	4	4	5	4	4	4	4	4
79	3	4	3	3	3	3	4	4
80	4	4	4	4	4	5	5	5

	alineaa16b	alineaa17b	alineaa18b	alineaa19b	alineaa20b	alineaa21b	alineaa22b	alineaa23b	alineaa24b	alineaa26b	alineaa27b	alineaa28b	alineaa30b	alineaa32b	alineaa33b	alineaa34b
48	4	3	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	2	4	5
49	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
50	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
51	2	3	3	4	3	4	3	3	2	2	4	4	4	3	3	3
52	4	3	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	4	3	4	3
53	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	3	3	4
54	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	4
55	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	3	3	3	3
56	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4
57	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	2	3	3
58	3	3	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	2	3	3
59	3	2	3	3	3	2	3	3	4	4	2	3	4	3	3	2
60	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4
61	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	4
62	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	3	3
63	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	3	3
64	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	4	4	3	4	4	4
65	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
66	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3
67	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3
68	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2
69	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3
70	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	4	3	3
71	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	5
72	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
73	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4
74	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3
75	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3
76	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
77	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	3	4	4	4
78	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4
79	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	3	3
80	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

	alineaa16b	alineaa17b	alineaa18b	alineaa19b	alineaa20b	alineaa21b	alineaa22b	alineaa23b
48	4	3	5	4	5	5	5	5
49	5	5	5	5	5	5	5	5
50	5	5	5	5	5	5	5	5
51	2	3	3	4	3	4	3	1
52	4	3	4	4	3	3	3	4
53	3	3	3	4	4	4	3	2
54	3	3	3	3	3	3	3	3
55	4	4	4	4	4	4	4	4
56	4	4	4	4	4	4	3	2
57	3	2	3	3	3	3	3	4
58	3	3	4	4	4	4	4	4
59	3	2	3	3	3	2	3	3
60	3	3	4	4	4	3	3	3
61	4	4	5	5	5	5	5	5
62	3	2	3	3	3	3	3	3
63	4	4	4	4	4	5	5	4
64	5	5	5	5	5	4	4	5
65	4	4	4	4	4	4	4	4
66	3	3	3	3	4	4	4	4
67	4	4	4	4	4	4	4	4
68	4	4	4	4	5	5	5	4
69	4	4	4	4	4	4	3	3
70	4	4	4	4	4	4	5	5
71	4	5	5	5	5	5	5	5
72	4	4	4	4	4	4	4	4
73	5	5	5	5	5	4	4	4
74	4	4	4	4	4	4	4	4
75	4	4	4	4	4	4	3	3
76	4	4	4	4	4	5	5	4
77	4	4	4	4	4	5	4	4
78	4	4	4	4	4	4	4	4
79	3	3	4	4	4	4	3	3
80	4	4	4	4	5	4	4	5

	alineaa35b	alineaa1c	alineaa2c	alineaa3c	alineaa6c	alineaa7c	alineaa8c	alineaa9c
48	5	4	3	4	4	4	4	4
49	5	5	5	5	5	5	5	5
50	5	5	5	5	5	5	5	5
51	1	.	.	.	.	.	.	.
52	3	.	.	.	.	.	.	.
53	2	.	.	.	.	.	.	.
54	3	.	.	.	.	.	.	.
55	3	.	.	.	.	.	.	.
56	3	.	.	.	.	.	.	.
57	2	.	.	.	.	.	.	.
58	2	.	.	.	.	.	.	.
59	2	.	.	.	.	.	.	.
60	3	.	.	.	.	.	.	.
61	4	.	.	.	.	.	.	.
62	2	.	.	.	.	.	.	.
63	3	.	.	.	.	.	.	.
64	4	.	.	.	.	.	.	.
65	1	.	.	.	.	.	.	.
66	3	.	.	.	.	.	.	.
67	2	.	.	.	.	.	.	.
68	1	.	.	.	.	.	.	.
69	3	.	.	.	.	.	.	.
70	1	.	.	.	.	.	.	.
71	4	.	.	.	.	.	.	.
72	4	.	.	.	.	.	.	.
73	4	.	.	.	.	.	.	.
74	3	.	.	.	.	.	.	.
75	2	.	.	.	.	.	.	.
76	4	.	.	.	.	.	.	.
77	4	.	.	.	.	.	.	.
78	4	.	.	.	.	.	.	.
79	3	.	.	.	.	.	.	.
80	4	.	.	.	.	.	.	.

	alineaa10c	alineaa11c	alineaa12c	alineaa13c	alineaa14c	alineaa15c	alineaa16c	alineaa17c
48	4	4	4	4	3	4	4	3
49	5	4	4	4	4	5	5	5
50	5	4	5	4	5	5	5	5
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80

	alinea18c	alinea19c	alinea20c	alinea21c	alinea22c	alinea23c	alinea24c	alinea26c
48	4	4	5	5	5	5	5	5
49	5	5	5	5	5	5	4	4
50	5	5	5	5	5	5	4	4
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80

	alinea27c	alinea28c	alinea30c	alinea32c	alinea33c	alinea34c	alinea35c	alinea1d
48	5	5	4	2	3	4	4	4
49	4	4	4	5	5	4	5	5
50	4	5	4	5	5	5	5	5
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80

	alinea20d	alinea21d	alinea22d	alinea23d	alinea24d	alinea26d	alinea27d	alinea28d
48	4	4	5	5	5	5	5	5
49	5	5	5	4	4	4	4	4
50	5	5	5	5	4	4	4	5
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80

	alinea30d	alinea32d	alinea33d	alinea34d	alinea35d	aetratA	aeconfA	aeociatA
48	4	2	3	4	4	4	4	5
49	4	5	5	4	4	5	5	5
50	4	4	5	5	5	5	5	5
51	3	3	4
52	3	4	3
53	4	3	3
54	3	3	3
55	4	4	4
56	3	4	4
57	3	3	4
58	3	3	3
59	2	3	3
60	3	3	3
61	4	4	4
62	3	3	3
63	4	4	4
64	4	4	4
65	4	4	4
66	3	3	3
67	4	4	4
68	4	4	4
69	4	4	4
70	4	4	5
71	5	4	4
72	4	3	3
73	5	4	4
74	4	4	4
75	4	3	4
76	4	4	4
77	3	3	5
78	4	4	5
79	3	3	4
80	4	4	4

	aeconfD	aeconfID	aeconfID
48	4	4	5
49	5	5	4
50	5	5	5
51	.	.	.
52	.	.	.
53	.	.	.
54	.	.	.
55	.	.	.
56	.	.	.
57	.	.	.
58	.	.	.
59	.	.	.
60	.	.	.
61	.	.	.
62	.	.	.
63	.	.	.
64	.	.	.
65	.	.	.
66	.	.	.
67	.	.	.
68	.	.	.
69	.	.	.
70	.	.	.
71	.	.	.
72	.	.	.
73	.	.	.
74	.	.	.
75	.	.	.
76	.	.	.
77	.	.	.
78	.	.	.
79	.	.	.
80	.	.	.

	aetraB	aeconfB	aeconfB	aeconfC	aeconfC	aeconfC	aeconfC	aetraD
48	4	4	4	4	4	4	4	4
49	5	5	5	5	5	5	4	5
50	5	5	5	5	5	5	5	5
51	3	2	4	.	.	.	.	.
52	3	4	4	.	.	.	.	.
53	4	4	3	.	.	.	.	.
54	3	3	3	.	.	.	.	.
55	4	4	4	.	.	.	.	.
56	4	4	4	.	.	.	.	.
57	3	3	3	.	.	.	.	.
58	3	3	3	.	.	.	.	.
59	3	3	3	.	.	.	.	.
60	3	3	4	.	.	.	.	.
61	4	4	5	.	.	.	.	.
62	3	3	4	.	.	.	.	.
63	4	4	4	.	.	.	.	.
64	4	5	4	.	.	.	.	.
65	4	4	4	.	.	.	.	.
66	3	3	3	.	.	.	.	.
67	4	4	3	.	.	.	.	.
68	4	4	4	.	.	.	.	.
69	4	4	4	.	.	.	.	.
70	4	4	5	.	.	.	.	.
71	5	4	4	.	.	.	.	.
72	4	4	4	.	.	.	.	.
73	4	4	4	.	.	.	.	.
74	4	4	4	.	.	.	.	.
75	4	4	4	.	.	.	.	.
76	4	4	4	.	.	.	.	.
77	4	4	5	.	.	.	.	.
78	4	4	5	.	.	.	.	.
79	3	3	4	.	.	.	.	.
80	4	4	4	.	.	.	.	.

Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing
1 sexo	Numeric	8	0		{1, feminino}..	None
2 idade	Numeric	8	0		{1, 0-3}...	None
3 escolarida	Numeric	8	0		{0, primaria}...	None
4 profpai	Numeric	8	0		{0, desempre	None
5 profmae	Numeric	8	0		{0, desempre	None
6 vivecpais	Numeric	8	0		{0, nao}...	None
7 irnaos	Numeric	8	0		{0, nenhum}..	None
8 xidadirmap	Numeric	8	0		None	None
9 idadidigno	Numeric	8	0		None	None
10 tempodoe	Numeric	8	0		None	None
11 freqcampf	Numeric	8	0		None	None
12 alinea1a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
13 alinea2a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
14 alinea3a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
15 alinea6a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
16 alinea7a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
17 alinea8a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
18 alinea9a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
19 alinea10a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
20 alinea11a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
21 alinea12a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
22 alinea13a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
23 alinea14a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
24 alinea15a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
25 alinea16a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
26 alinea17a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
27 alinea18a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
28 alinea19a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
29 alinea20a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
30 alinea21a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
31 alinea22a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
32 alinea23a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
33 alinea24a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
34 alinea26a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
35 alinea27a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
36 alinea28a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
37 alinea30	Numeric	8	0		{1, posso co	None
38 alinea32a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
39 alinea33a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
40 alinea34a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
41 alinea35a	Numeric	8	0		{1, posso co	None
42 alinea1b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
43 alinea2b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
44 alinea3b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
45 alinea6b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
46 alinea7b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
47 alinea8b	Numeric	8	0		{1, posso co	None

Columns	Align	Measure
1 8	Right	Nominal
2 8	Right	Ordinal
3 9	Right	Nominal
4 8	Right	Nominal
5 8	Right	Nominal
6 8	Right	Nominal
7 8	Right	Ordinal
8 9	Right	Ordinal
9 11	Right	Ordinal
10 9	Right	Ordinal
11 10	Right	Ordinal
12 8	Right	Nominal
13 8	Right	Nominal
14 8	Right	Nominal
15 8	Right	Nominal
16 8	Right	Nominal
17 8	Right	Nominal
18 8	Right	Nominal
19 8	Right	Nominal
20 8	Right	Nominal
21 8	Right	Nominal
22 8	Right	Nominal
23 8	Right	Nominal
24 8	Right	Nominal
25 8	Right	Nominal
26 8	Right	Nominal
27 8	Right	Nominal
28 8	Right	Nominal
29 8	Right	Nominal
30 8	Right	Nominal
31 8	Right	Nominal
32 8	Right	Nominal
33 8	Right	Nominal
34 8	Right	Nominal
35 8	Right	Nominal
36 8	Right	Nominal
37 8	Right	Nominal
38 8	Right	Nominal
39 8	Right	Nominal
40 8	Right	Nominal
41 8	Right	Nominal
42 8	Right	Nominal
43 8	Right	Nominal
44 8	Right	Nominal
45 8	Right	Nominal
46 8	Right	Nominal
47 8	Right	Nominal

Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing
48 alineaa9b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
49 alineaa10b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
50 alineaa11b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
51 alineaa12b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
52 alineaa13b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
53 alineaa14b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
54 alineaa15b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
55 alineaa16b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
56 alineaa17b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
57 alineaa18b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
58 alineaa19b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
59 alineaa20b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
60 alineaa21b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
61 alineaa22b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
62 alineaa23b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
63 alineaa24b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
64 alineaa26b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
65 alineaa27b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
66 alineaa28b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
67 alineaa30b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
68 alineaa32b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
69 alineaa33b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
70 alineaa34b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
71 alineaa35b	Numeric	8	0		{1, posso co	None
72 alineaa1c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
73 alineaa2c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
74 alineaa3c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
75 alineaa6c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
76 alineaa7c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
77 alineaa8c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
78 alineaa9c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
79 alineaa10c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
80 alineaa11c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
81 alineaa12c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
82 alineaa13c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
83 alineaa14c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
84 alineaa15c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
85 alineaa16c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
86 alineaa17c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
87 alineaa18c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
88 alineaa19c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
89 alineaa20c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
90 alineaa21c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
91 alineaa22c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
92 alineaa23c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
93 alineaa24c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
94 alineaa26c	Numeric	8	0		{1, posso co	None

Columns	Align	Measure
48 8	Right	Nominal
49 8	Right	Nominal
50 8	Right	Nominal
51 8	Right	Nominal
52 8	Right	Nominal
53 8	Right	Nominal
54 8	Right	Nominal
55 8	Right	Nominal
56 8	Right	Nominal
57 8	Right	Nominal
58 8	Right	Nominal
59 8	Right	Nominal
60 8	Right	Nominal
61 8	Right	Nominal
62 8	Right	Nominal
63 8	Right	Nominal
64 8	Right	Nominal
65 8	Right	Nominal
66 8	Right	Nominal
67 8	Right	Nominal
68 8	Right	Nominal
69 8	Right	Nominal
70 8	Right	Nominal
71 8	Right	Nominal
72 8	Right	Nominal
73 8	Right	Nominal
74 8	Right	Nominal
75 8	Right	Nominal
76 8	Right	Nominal
77 8	Right	Nominal
78 8	Right	Nominal
79 8	Right	Nominal
80 8	Right	Nominal
81 8	Right	Nominal
82 8	Right	Nominal
83 8	Right	Nominal
84 8	Right	Nominal
85 8	Right	Nominal
86 8	Right	Nominal
87 8	Right	Nominal
88 8	Right	Nominal
89 8	Right	Nominal
90 8	Right	Nominal
91 8	Right	Nominal
92 8	Right	Nominal
93 8	Right	Nominal
94 8	Right	Nominal

Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing
95 alineaa27c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
96 alineaa28c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
97 alineaa30c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
98 alineaa32c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
99 alineaa33c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
100 alineaa34c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
101 alineaa35c	Numeric	8	0		{1, posso co	None
102 alineaa1d	Numeric	8	0		None	None
103 alineaa2d	Numeric	8	0		None	None
104 alineaa3d	Numeric	8	0		None	None
105 alineaa6d	Numeric	8	0		None	None
106 alineaa7d	Numeric	8	0		None	None
107 alineaa8d	Numeric	8	0		None	None
108 alineaa9d	Numeric	8	0		None	None
109 alineaa10d	Numeric	8	0		None	None
110 alineaa11d	Numeric	8	0		None	None
111 alineaa12d	Numeric	8	0		None	None
112 alineaa13d	Numeric	8	0		None	None
113 alineaa14d	Numeric	8	0		None	None
114 alineaa15d	Numeric	8	0		None	None
115 alineaa16d	Numeric	8	0		None	None
116 alineaa17d	Numeric	8	0		None	None
117 alineaa18d	Numeric	8	0		None	None
118 alineaa19d	Numeric	8	0		None	None
119 alineaa20d	Numeric	8	0		None	None
120 alineaa21d	Numeric	8	0		None	None
121 alineaa22d	Numeric	8	0		None	None
122 alineaa23d	Numeric	8	0		None	None
123 alineaa24d	Numeric	8	0		None	None
124 alineaa26d	Numeric	8	0		None	None
125 alineaa27d	Numeric	8	0		None	None
126 alineaa28d	Numeric	8	0		None	None
127 alineaa30d	Numeric	8	0		None	None
128 alineaa32d	Numeric	8	0		None	None
129 alineaa33d	Numeric	8	0		None	None
130 alineaa34d	Numeric	8	0		None	None
131 alineaa35d	Numeric	8	0		None	None
132 aeatratA	Numeric	8	0		None	None
133 aeconfA	Numeric	8	0		None	None
134 aeconfB	Numeric	8	0		None	None
135 aeconfC	Numeric	8	0		None	None
136 aeconfD	Numeric	8	0		None	None
137 aeconfE	Numeric	8	0		None	None
138 aeconfF	Numeric	8	0		None	None
139 aeconfG	Numeric	8	0		None	None
140 aeconfH	Numeric	8	0		None	None
141 aeconfI	Numeric	8	0		None	None

Columns	Align	Measure
95|8	Right	Nominal
96|8	Right	Nominal
97|8	Right	Nominal
98|8	Right	Nominal
99|8	Right	Nominal
100|8	Right	Nominal
101|8	Right	Nominal
102|8	Right	Scale
103|8	Right	Scale
104|8	Right	Scale
105|8	Right	Scale
106|8	Right	Scale
107|8	Right	Scale
108|8	Right	Scale
109|8	Right	Scale
110|8	Right	Scale
111|8	Right	Scale
112|8	Right	Scale
113|7	Right	Scale
114|8	Right	Scale
115|8	Right	Scale
116|8	Right	Scale
117|8	Right	Scale
118|8	Right	Scale
119|8	Right	Scale
120|8	Right	Scale
121|8	Right	Scale
122|8	Right	Scale
123|8	Right	Scale
124|8	Right	Scale
125|8	Right	Scale
126|8	Right	Scale
127|8	Right	Scale
128|8	Right	Scale
129|8	Right	Scale
130|8	Right	Scale
131|8	Right	Scale
132|8	Right	Ordinal
133|8	Right	Ordinal
134|8	Right	Ordinal
135|10	Right	Ordinal
136|8	Right	Ordinal
137|10	Right	Scale
138|8	Right	Ordinal
139|8	Right	Ordinal
140|8	Right	Ordinal
141|8	Right	Scale

Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing
142 laeconID	Numeric	8	0		None	None
143 laesocialID	Numeric	8	0		None	None

Columns	Align	Measure
142 8	Right	Scale
143 8	Right	Scale

Instituto Colombiano de Psicología Aplicada
BIBLIOTECA

