

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
Centro de Educação e Saúde  
Curso de Bacharelado em Enfermagem

Clécio Alves e Silva

**ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS: uma investigação com  
usuários da Estratégia Saúde da Família de Cuité – PB**

Cuité – PB  
2013

Clécio Alves e Silva

**ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS: uma investigação com usuários da Estratégia Saúde da Família de Cuité – PB**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira

Cuité – PB  
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

S586a Silva, Clécio Alves e.

Adesão ao tratamento do diabetes mellitus: uma investigação com usuários da estratégia saúde da família de Cuité - PB. / Clécio Alves e Silva. – Cuité: CES, 2013.

75 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2013.

Orientadora: Matheus Figueiredo Nogueira.

1. Diabetes mellitus. 2. Diabetes - tratamento. 3. Saúde da família - diabetes - combate. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.379-008.64

Clécio Alves e Silva

**ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS: uma investigação com usuários da Estratégia Saúde da Família de Cuité – PB**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

---

Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira  
Orientador – UFCG

---

Profa. Ms. Isolda Maria Barros Torquato  
Membro – UFCG

---

Profa. Ms. Janaína von Söhsten Trigueiro  
Membro – UFCG

Cuité – PB, 30 de abril de 2013.

A Deus por permitir que esse sonho fosse realizado.

Aos meus pais, Adauta Alves de Sá e Silva e Edmicio Luis da Silva, pelo exemplo de vida, dedicação, carinho, compreensão, ensinamentos e, acima de tudo, pelo amor incondicional em todos os momentos de nossas convivências. Agradeço a vocês por tudo que aconteceu de bom na minha vida.

Aos meus irmãos, Clebson, Clebiana e Clecianne, que sempre estiveram do meu lado, apoiando e dando força.

Aos meus amados tios, Elizabete e Manuel, pelas palavras de apoio.

A minha amada namorada, Patrícia Duarte, pela paciência e amor que me dedicou durante essa longa jornada.

Ao meu orientador, Professor Ddo. Matheus Nogueira, pelo esforço, compreensão e incentivo dado na elaboração deste trabalho.

A todos os amigos que me apoiaram e torceram para que esse sonho fosse realizado.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, em nome de seu filho Jesus Cristo, pela paciência, força e perseverança para realização desse sonho.

Ao meu amigo e orientador Prof. Ddo. Matheus Figueiredo Nogueira, que ao longo dessa caminhada se mostrou sempre presente e dedicado, repassando força e tranquilidade. Obrigado pela sabedoria, paciência, confiança, apoio e credibilidade.

Aos meus pais que sempre demonstraram confiança e fizeram de tudo para que esse sonho pudesse ser realizado.

A minha família que também depositou confiança, ajudando cada um da sua forma.

A meu querido irmão Clebsson, pela força e a credibilidade que colocou na minha pessoa.

A minha querida Irmã Clebiana, em especial, que ajudou em toda a fase da minha formação.

A minha amada namorada Patrícia, que sempre esteve ao meu lado, acreditando na minha capacidade, me dando força, carinho e compreensão.

Os meus tios Elizabete e Manuel, que apostaram na minha capacidade e acreditaram que conseguiria realizar esse sonho que é meu e de toda a família.

A todos os professores do Curso de Enfermagem (CES/UFCG), em especial às professoras Janaína von Söhsten e Isolda Torquato, pela participação da banca examinadora da monografia e pelas valiosas colaborações no engrandecimento desta pesquisa.

A todos meus amigos que estiveram presentes durante essa caminhada, me dando força e alegrias.

A todos aqueles que de alguma forma me ajudaram durante esse longo caminho.

*“Em geral, nove décimos da nossa felicidade baseiam-se exclusivamente na saúde. Com ela, tudo se transforma em fonte de prazer”.*

***Arthur Schopenhauer***

## RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) consiste em um grupo de doenças metabólicas de significativa importância clínica e epidemiológica, configurando-se como um problema de saúde pública no mundo inteiro não apenas por sua cronicidade e elevada prevalência, mas também pelo impacto provocado na saúde daqueles que não aderem de modo satisfatório ao tratamento. Considerando que a adesão ao plano terapêutico é considerada um entrave por exigir diversificadas mudanças no estilo de vida dos acometidos pela doença, o presente estudo objetiva averiguar a adesão terapêutica de usuários com DM acompanhados pela Estratégia Saúde da Família no Município de Cuité – PB. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa realizado com 72 pacientes com DM cadastrados e acompanhados em duas Unidades de Saúde da Família do referido município. Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro (CEP/HUAC) sob parecer nº 258.310, os dados foram coletados no mês de abril de 2013 por meio da utilização de um questionário de avaliação global da adesão ao tratamento e outro específico da adesão medicamentosa, o Morisk-green. Os resultados foram analisados descritivamente e apontam que a maior parte dos participantes é do sexo feminino, possui entre 51 a 65 anos, é casada, não alfabetizada, possui renda familiar de 01 a 02 salários mínimos e aposentada. Quanto ao aspecto da adesão ao tratamento, a maior parte dos participantes apresenta resultado da última glicemia acima de 126 mg/dL, possui diagnóstico da doença há menos de 05 anos, quase nunca segue a dieta prescrita, não realiza atividade física, faz o tratamento por meio de hipoglicemiantes orais, realiza o controle glicêmico regulamente, frequenta os serviços de saúde trimestralmente, possui dificuldade para seguir a dieta e exercício físico, recebe apoio da família para seguir o tratamento e apresenta como principal complicação a hipoglicemia. No que concerne à adesão medicamentosa, a grande maioria (83,5%) encontra-se em nível ótimo ou de média aderência. É inegável a complexidade da adesão ao plano terapêutico do diabetes, havendo um significativo déficit dos pacientes quanto à exigência das mudanças comportamentais relacionadas ao estilo de vida. Torna-se necessário, portanto, uma maior eficiência e comprometimento da equipe de saúde da família na sensibilização e acompanhamento integral destes pacientes, promovendo assim uma adesão mais eficiente e satisfatória ao tratamento.

**Palavras Chave:** Diabetes Mellitus. Adesão do paciente. Terapêutica.

## ABSTRACT

The Diabetes mellitus (DM) constitutes in group of metabolic diseases with significant importance clinic and epidemiological, setting itself in a problem public health around the world not only by its chronicity and high prevalence, but also by impact caused on the health of those who not adheres of way satisfactory the treatment. If for one hand the adherence to therapeutic plan promotes the reduce of the glycemic levels and consequently of complications, on the other remains considered an obstacle by require lifestyle changes of the affected by the disease. The purpose of this study is evaluate the therapeutic adherence of patients with diabetes mellitus (DM) followed by the Family Health Strategy in the City of Cuité, Paraíba. It is an Exploratory and descriptive study with quantitative approach carried out with 72 patients with DM enrolled and followed up by two Family Health Units in the city of Cuité, Paraíba. After the approved of study by the Ethics and Research Committee of the Alcides Carneiro University Hospital (CEP/HUAC) under number 258.310. Data were collected in April of 2013 through a questionnaire of overall assessment of the adherence the treatment and other questionnaire specific of adherence, the Morisk-Green. The result were analyzed descriptively and submitted in tables and graphs to systematize the discussion and improve the understanding. Based on data obtained the most of the participants is females, has between 51 to 61 years old, married, illiterate, with family income of 01 to 02 minimum wages and retired. Regarding the aspect of adherence to treatment, the most part of the participants showed in the last result of the blood glucose above 126 mg/dL, has diagnosed the disease in less than 05 years, almost never follows the prescribed diet, doesn't perform physical activities, the treatment is done through oral hypoglycemic agents, performs glucose control regularly, attend to health services every three months, has trouble following the diet and exercise, receive family support to pursue treatment and presents as the main complication hypoglycemia. Regarding to medication adherence the vast majority (83,5%) find itself in optimum level or average. There is no denying the complexity of adherence to diabetes treatment plan, there is a significant deficit by the patients regarding to the demand of behavioral changes related to lifestyle. It becomes necessary, therefore, a higher efficiency and commitment of the family health team to sensitize and to do monitoring these patients, promoting a more efficient and satisfactory adherence to treatment.

**Palavras Chave:** Diabetes Mellitus. Patient compliance. Therapeutics.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 - Tempo de confirmação diagnóstica do Diabetes Mellitus. Cuité – PB, 2013 ....	41
GRÁFICO 2 - Realização de dieta como prescrição terapêutica. Cuité – PB, 2013.....	42
GRÁFICO 3 - Prática de atividade física como prescrição terapêutica. Cuité – PB, 2013.....	43
GRÁFICO 4 - Uso de medicamento como prescrição terapêutica. Cuité – PB, 2013 .....	44
GRÁFICO 5 - Realização de controle glicêmico como prescrição terapêutica. Cuité – PB, 2013.....	46
GRÁFICO 6 - Frequência ao serviço de saúde para acompanhamento e controle do DM. Cuité – PB, 2013.....	48
GRÁFICO 7 - Dificuldades no seguimento do tratamento do DM. Cuité – PB, 2013 .....	49
GRÁFICO 8 - Apoio da família para o seguimento do tratamento do DM. Cuité – PB, 2013..	50
GRÁFICO 9 - Apresentação de complicações do Diabetes Mellitus. Cuité – PB, 2013.....	52
GRÁFICO 10 - Tipo de complicação apresentada pelos participantes. Cuité – PB, 2013.....	52

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -Distribuição das participantes do estudo segundo a variável sexo. Cuité – PB, 2013 .....	35
TABELA 2 -Distribuição das participantes do estudo segundo a variável Faixa Etária. Cuité – PB, 2013 .....	36
TABELA 3 -Distribuição das participantes do estudo segundo a variável Estado Civil. Cuité – PB, 2013 .....	37
TABELA 4 -Distribuição das participantes do estudo segundo a variável Escolaridade. Cuité – PB, 2013 .....	37
TABELA 5 -Distribuição das participantes do estudo segundo a variável Renda familiar. Cuité – PB, 2013 .....	38
TABELA 6 -Distribuição das participantes do estudo segundo a variável Ocupação. Cuité – PB, 2013 .....	39
TABELA 7 -Resultado do ultimo teste de Glicemia. Cuité – PB, 2013 .....	40
TABELA 8 -Relação dos medicamentos mencionados na realização do tratamento do DM. Cuité – PB, 2013.....	45
TABELA 9 -Avaliação da adesão medicamentosa, através da resposta ao teste Moriky-green. Cuité – PB, 2013 .....	55

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 Objetivos .....</b>	<b>16</b>
<b>1.1.1 <i>Objetivo Geral</i> .....</b>	<b>16</b>
<b>1.1.2 <i>Objetivos Específicos</i> .....</b>	<b>16</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Abordagem geral sobre o Diabetes Mellitus .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2 Fatores relacionados à adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus .....</b>	<b>22</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>28</b>
<b>3.1 Tipo de Estudo .....</b>	<b>29</b>
<b>3.2 Local do Estudo .....</b>	<b>29</b>
<b>3.3 População e Amostra .....</b>	<b>30</b>
<b>3.4 Instrumento de Coleta de Dados .....</b>	<b>31</b>
<b>3.5 Procedimentos de Coleta de Dados .....</b>	<b>31</b>
<b>3.6 Análise dos Dados .....</b>	<b>32</b>
<b>3.7 Aspectos Éticos .....</b>	<b>32</b>
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>34</b>
<b>4.1 Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes .....</b>	<b>35</b>
<b>4.2 Dados referentes à adesão dos pacientes à terapêutica do Diabetes Mellitus .....</b>	<b>40</b>
<b>4.3 Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso segundo o teste Morisky-green .....</b>	<b>55</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>60</b>

### APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B – Instrumento de Coleta de Dados

### ANEXOS

Formulário de Morisky-Green A

Termo de Autorização Institucional B

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa C

# 1 Introdução

---

O Diabetes Mellitus (DM) consta de uma doença crônica que apresenta um estado hiperglicêmico que pode estar relacionado à deficiência na produção de insulina pelo pâncreas, aumento da resistência a esse hormônio ou ambos. Essa síndrome metabólica é acompanhada de complicações que podem levar o indivíduo a incapacidades e redução da qualidade de vida, além de causar disfunção em vários órgãos como rins, pâncreas, coração, vasos sanguíneos e nervos (GIL; HADDAD; GUARIENTE, 2008).

O DM pode ser classificado em tipo 1, tipo 2, gestacional e outros tipos específicos. No diabetes tipo 1, devido a um processo autoimune, as células beta dos pâncreas responsáveis pela produção de insulina são destruídas, diminuindo ou cessando a produção desse hormônio, geralmente acometendo com maior frequência crianças e adolescentes. O DM tipo 2 é caracterizado pela sensibilidade celular diminuída à insulina e/ou deficiência na produção desta, ocorrendo principalmente na população acima dos 30 anos de idade, e em menor escala, em adolescentes e crianças com excesso de peso. O diabetes gestacional acontece durante a gravidez podendo ou não estender-se logo após o parto por algumas semanas e está relacionada à diminuição da tolerância a glicose. Já o último refere-se a formas menos comum de DM que envolve defeitos genéticos nas células betas, defeitos genéticos na ação da insulina, doença do pâncreas exócrinos, entre outros (CENTRO DE DIABETES DO HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, 2009).

O DM é atualmente considerado uma epidemia mundial em que o envelhecimento da população, a crescente urbanização, a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, a dieta inadequada e a obesidade atuam como condições fundamentais responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência da doença, principalmente nos países em desenvolvimento, que representam 2/3 dos portadores. É conveniente destacar que o número de pacientes acometidos pelo DM está crescendo de maneira progressiva, e os dados da Federação Internacional de Diabetes (IDF, 2011), indicam que em 2011 a população com a doença superou os 366 milhões e com uma projeção de se chegar a 552 milhões no ano 2030, se medidas de prevenção e controle não forem tomadas urgentemente.

Dentre os países da América do Sul, o Brasil é o que possui o maior número de pessoas com DM, alcançando um total de 12,4 milhões (o equivalente a 5,9% da população), seguido da Colômbia, Venezuela e Argentina. No estado da Paraíba, a população estima-se em 3.766.834 e desta, cerca de 200 mil pessoas são acometidas pela doença. Em Cuité a população é de 19.978 habitantes e 457 têm a doença (IDF, 2011; IBGE, 2010).

A evolução clínica de pacientes com diabetes pode apresentar-se de forma assintomática ou sintomática. Geralmente os casos assintomáticos se dão no início da doença,

o que dificulta o diagnóstico precoce. Com o avanço da doença os sintomas começam a surgir e entre as principais manifestações estão: poliúria, polidipsia, polifagia, visão turva e perda involuntária de peso. Além desses, outros sintomas podem surgir e confirmar a suspeita clínica, são eles: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo, balanopostite e infecções de repetição (BRASIL, 2006a).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2009), com o avanço da doença podem surgir algumas complicações, podendo estas ser categorizadas em: crônicas e agudas. Na primeira destacam-se a retinopatia, com grandes chances de cegueira; a nefropatia com possível evolução para insuficiência renal; a neuropatia com o surgimento de úlceras nos pés; as cardiopatias e o pé diabético, que se configura como uma das mais incapacitantes complicações e com maior frequência entre estes pacientes, o que compromete consideravelmente a qualidade de vida. As complicações agudas constituem emergência clínica que podem levar o indivíduo a um estado de hipoglicemia, cetoacidose metabólica ou estado hiperosmolar hiperglicêmico.

O tratamento do DM visa a redução dos níveis glicêmicos através de intervenções não-medicamentosa e/ou medicamentosa. Cada indivíduo apresenta um nível diferente de evolução da doença e reage diferente a determinado tratamento, necessitando que o plano terapêutico seja individualizado. Na intervenção não medicamentosa todos os pacientes com DM deverão ser orientados a estabelecer mudança no estilo de vida por meio de uma alimentação saudável, prática de exercícios físicos regulares, perda saudável de peso, interrupção do tabagismo, controle do consumo de bebidas alcoólicas, diminuição do estresse e manutenção do estado emocional. Para a intervenção medicamentosa os antidiabéticos orais (ADO's) e a insulina são a base do tratamento, sendo que a insulinoterapia deve ser ministrada de início nos pacientes com diabetes tipo 1 ou quando os ADO's não conseguirem diminuir os níveis de glicose no diabetes 2 (CENTRO DE DIABETES DO HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, 2009).

Nota-se, portanto, que o tratamento da diabetes geralmente exige mudanças complexas nos comportamentos diários dos pacientes e a adesão é um fenômeno bastante importante para o manejo terapêutico da doença, pois, devido sua cronicidade, o diabetes exige um adequado controle para que se diminuam as possibilidades de complicações, tendo o paciente uma boa qualidade de vida. De uma forma geral os pacientes diabéticos apresentam dificuldades em aderir ao tratamento, principalmente pelo fato de ser uma doença silenciosa e de caráter progressivo, e acreditam que a mudança de estilo de vida ou as medicações prescritas sejam ineficazes para a redução dos níveis glicêmicos. Outros, com o decorrer do tratamento,

tornam-se alvos de efeitos colaterais, o que concorre como motivação para deixarem de realizar o tratamento (GIMENES; ZANETTI; HASS, 2009).

Compreendendo que a adesão ao tratamento do DM se apresenta como um desafio a ser vencido para a manutenção do estado glicêmico e ótimos índices de qualidade de vida, faz-se necessário o desenvolvimento de uma pesquisa que busque identificar que fatores facilitadores e dificultadores estão envolvidos na problemática da adesão ao tratamento, pois de acordo com Gimenes, Zanneti e Hass (2009), apenas 1/3 dos pacientes aderem de forma adequada ao tratamento, enquanto que alguns desconhecem o mesmo. Nesta linha de raciocínio, estudos sobre doenças crônicas têm demonstrado que muitos pacientes param de tomar a medicação ou até mesmo nem começam a utilizá-las, e no caso do diabetes, devido ao caráter assintomático da doença, os pacientes passam a acreditar na ineficácia da medicação e na mudança do estilo de vida, necessitando assim de um acompanhamento pela equipe de saúde cujo papel centra-se na educação e conscientização do paciente para o auto-cuidado e para a adesão terapêutica.

Durante a realização do Estágio Supervisionado em Enfermagem I nas Unidades de Saúde da Família do município de Cuité foi possível constatar que grande parcela dos pacientes acometidos pelo DM não consegue aderir efetivamente ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso indicado pelos profissionais de saúde do serviço. Tal fato despertou grande interesse em investigar os principais fatores envolvidos no problema da adesão. Outra razão que justifica a necessidade de investigar sobre a temática advém da observação do baixo interesse desses pacientes em comparecer às consultas do Programa Ministerial Hiperdia e que a procura pelos medicamentos para o controle do diabetes só acontece quando coincide com a necessidade de buscar outros medicamentos, demonstrando assim desinteresse pelo tratamento.

Ademais, o vínculo direto com um membro familiar acometido pelo diabetes que não aceita e não acredita na eficácia do tratamento, nem tampouco na mudança do estilo de vida, apresenta-se como outra razão importante para a motivação de realização deste estudo, o que permitirá o aprofundamento do conhecimento sobre a doença, bem como identificar as principais dificuldades de não-adesão ao tratamento pelos pacientes diabéticos. Espera-se com esse estudo contribuir positivamente junto a este segmento populacional, enquanto futuro profissional de enfermagem, através da proposição de estratégias de adesão ao tratamento do DM, a fim de minimizar sintomas e complicações e desenvolver uma assistência de enfermagem visando alcançar melhores níveis de saúde e qualidade de vida para àqueles acometidos pela doença.

Frente ao exposto, surgiram os seguintes questionamentos: os pacientes com diabetes do município de Cuité apresentam boa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da doença? Quais os fatores interferem na adesão? A partir destes questionamentos é que este estudo buscará alcançar os objetivos descritos adiante.

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 *Objetivo Geral***

- Averiguar a adesão terapêutica de usuários com Diabetes Mellitus acompanhados pela Estratégia Saúde da Família no município de Cuité – PB.

### **1.1.2 *Objetivos Específicos***

- Descrever a caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes da pesquisa;
- Verificar a adesão dos participantes ao tratamento não-medicamentoso e medicamentoso do Diabetes;
- Identificar dificuldades apresentadas pelos participantes para a efetiva adesão ao tratamento do Diabetes.

## *2 Revisão da Literatura*

---

## 2.1 Abordagem geral sobre o Diabetes Mellitus

De acordo com Oliveira et al. (2011), o Diabetes Mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas de etiologia múltipla, caracterizado por um estado hiperglicêmico que pode estar relacionado a deficiência na produção de insulina pelas células pancreáticas e/ou resistência dos tecidos pelo hormônio. Este tipo de disfunção pode ocasionar ainda importantes complicações agudas e crônicas, levando o indivíduo a incapacidades e lesões que podem durar toda vida. Pode ser classificado em DM tipo 1, tipo 2, diabetes gestacional e outros tipos específicos.

O DM tipo 1 pode acometer indivíduos de qualquer idade, mas sua principal incidência acontece entre as crianças, adolescentes e adultos jovens, sendo responsável por 5% a 10% dos casos e classificada em auto-imune e idiopática. Na auto-imune ocorre a destruição das células-beta do pâncreas produtoras da insulina, ocorrendo assim a diminuição progressiva até alcançar a deficiência absoluta desse hormônio, sendo a predisposição genética associada a estímulos ambientais como um dos fatores primordiais e desencadeantes do processo. Além desses, a resistência à insulina pelas células dos tecidos pode acelerar o desenvolvimento da doença, pois aumenta a sobrecarga dessas células na tentativa de produzir maior quantidade do hormônio (SDB, 2009).

Conforme a referência acima mencionada, o DM tipo 2 é o de maior incidência, sendo responsável por até 95% dos casos. Está relacionado a defeitos na secreção e/ou na resistência ao hormônio pelos tecidos. Acomete principalmente pessoas acima dos 40 anos de idade e aquelas em sobrepeso ou obesidade. Este tipo é o mais silencioso e muitos pacientes passam anos sem apresentar os sintomas clássicos da Doença e não dependem da insulino-terapia para sobreviver. Os riscos para o desenvolvimento da patologia aumentam com o avanço da idade, sobrepeso, sedentarismo, hipertensão arterial e dislipidemias.

O Diabetes Gestacional (DG) consiste na intolerância à glicose em variados graus de intensidade, diagnosticada após o primeiro trimestre de gestação, podendo persistir após o parto. Está associado à obesidade, idade acima de 25 anos e ganho de peso excessivo durante a gestação, podendo causar crescimento fetal exacerbado, polidraminia, pré-eclâmpsia e hipertensão arterial na gestante. Nos tipos específicos a doença está relacionada a fatores genéticos que destroem as células betas do pâncreas ficando o indivíduo sem a produção do hormônio (SBD, 2009).

O DM constitui atualmente uma epidemia mundial, responsável pela maior causa de hospitalização nos serviços de saúde públicos do Brasil, estando relacionada principalmente

ao estilo de vida adotado pela população em geral, que reflete no envelhecimento populacional, urbanização crescente e no sedentarismo. O resultado com o avanço dos anos vem se tornando devastador, haja vista o desenvolvimento da doença e o surgimento das complicações, pois o número de mortes chega a ser de 9% em todo o mundo, o que representa um total de 4 milhões de mortes todos os anos (FARIAS, 2008).

De acordo com a Associação Latino-Americana de Diabetes (2011), dentre todas as doenças crônicas, o DM representa a maior frequência de causas de amputações, perda involuntária da visão e incapacidades prematuras. Estima-se que em 2011 a população com diabetes tenha ultrapassado 366 milhões de pessoas e em 2030 acredita-se que o número de acometidos seja na faixa de 552 milhões, sendo a maior concentração desses pacientes encontra-se nos países em desenvolvimento como no caso dos países da América Latina. O Brasil apresenta 12,4 milhões de portadores de DM (5,9% da população). O estado da Paraíba possui uma população de 3.766.834 e desta, cerca de 200 mil pessoas são acometidas pela doença. Em Cuité a população é de 19.978 habitantes e 457 têm a doença (IDF, 2011; IBGE, 2010).

Como comentado anteriormente, o DM é uma doença silenciosa em que a evolução das manifestações clínicas pode desenvolver-se de duas formas: assintomática ou sintomática. No tipo 2 e no DG os casos assintomáticos acontecem com maior frequência nos pacientes em estágio inicial da doença, podendo os sintomas demorar anos para aparecer, mas no tipo 1 e outros tipos específicos os pacientes podem experimentar os primeiros sintomas desde o início da doença. Os sintomas manifestam-se por polifagia, polidipsia, perda involuntária e excessiva de peso, visão turva, fraqueza, letargia, prurido cutâneo, balanopostite e infecções de repetição, sendo que as duas últimas podem influenciar positivamente no diagnóstico precoce da doença. Diante disto, é de extrema importância que os pacientes diabéticos adiram ao tratamento de forma adequada, a fim de buscar retardar o surgimento dos sintomas e das complicações que trazem bastante dificuldade para a realização de atividades do dia a dia, o que, conseqüentemente, compromete a qualidade de vida (ATUALIZAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DIABETES, 2006).

A não adesão ou a utilização inadequada do tratamento pode, com o passar dos anos, originar complicações, que nos pacientes diabéticos podem ser categorizadas como agudas ou crônicas. As complicações agudas mais comuns são: cetoacidose diabética, hipoglicemia e a síndrome hiperosmolar não glicêmica. A cetoacidose diabética consiste na clivagem dos lipídios transformando-os em ácidos graxos livres e glicerol que no fígado são convertidos em corpos cetônicos, podendo levar o indivíduo a um estado de hiperglicemia; a hipoglicemia é

distinguida pela redução dos níveis de glicose no sangue que pode ser causada pelo excesso de insulina ou agentes hipoglicemiantes orais e pela realização de atividade física sem a adequada alimentação. A última é caracterizada pela hiperglicemia persistente que provoca diurese osmótica, na qual a perda de líquido e eletrólitos em excesso causa hipernatremia e osmolaridade elevada (BOAS et al., 2012).

As complicações crônicas podem ser classificadas em microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia diabética) e macrovasculares (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica). Na retinopatia o indivíduo perde a visão de forma progressiva e irreversível devido alterações nos pequenos vasos da retina, e ocorre com maior frequência nos pacientes em idade reprodutiva. A nefropatia é comum entre os diabéticos e surge de início com a liberação de albumina na urina após cinco anos da evidência da hiperglicemia. Caso não tratada, pode aparecer a síndrome nefrótica com gradativa diminuição da atividade dos rins até o surgimento de insuficiência renal. Já a neuropatia diabética refere-se a um grupo de doenças que afeta todos os tipos de nervos, aumentando sua prevalência com o avanço da idade, sendo que a neuropatia periférica é uma das complicações que causa maiores incapacidades físicas (SMELTZER; BARE, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), as complicações macrovasculares resultam de alterações em vasos sanguíneos médios e grandes calibres. A doença arterial coronariana mais comum é o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), que é responsável por mais de 50% das mortes em pacientes diabéticos. Na doença cerebrovascular os vasos sanguíneos cerebrais são atingidos também pela presença de êmbolo em algum local do cérebro que pode provocar uma obstrução e em seguida causar um acidente vascular encefálico com grande risco de levar o paciente a óbito. A doença vascular periférica apresenta maior risco de obstrução que as outras e é responsável pela gangrena seguida de amputação de membros (BRASIL, 2006a).

Devido ao caráter assintomático da doença o diagnóstico na maioria dos casos torna-se tardio, pois os pacientes procuram o serviço de saúde para avaliação após o surgimento dos primeiros sintomas. A avaliação diagnóstica é baseada basicamente em testes laboratoriais simples e fáceis de serem realizados, estando associados a cada tipo da doença e baseado em quatro critérios: associação de sintomas como poliúria, polidipsia e perda ponderal com a glicemia casual acima de 200mg/dL, que é realizada a qualquer hora do dia com a ausência de jejum; glicemia de jejum que é feita após um período de jejum de 8 horas e que apresente resultado igual ou superior a 126mg/dL, necessitando de repetição do teste em outro dia para confirmação do diagnóstico em caso de resultado elevado; teste de tolerância à glicose ou

glicemia de 2 horas, no qual o indivíduo é submetido a uma sobrecarga de 75 mg, após ingerir a glicose passa 2 horas em repouso, logo após esse período verifica o nível de glicose no sangue e quando o resultado é superior a 200mg/dL, têm-se a confirmação do DM. O último teste que pode ser utilizado é o da hemoglobina glicada que avalia os níveis glicêmicos nos últimos três meses (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Segundo Boas et al. (2011), o tratamento do DM visa regular o controle metabólico alterado com o avanço da doença, retardar o aparecimento de sintomas, evitar ou diminuir o surgimento de complicações e incapacidades, bem como melhorar a autoestima que ajuda a adesão destes pacientes no tratamento. O plano terapêutico pode ser dividido em dois: a terapia não medicamentosa (primeiro plano a ser adotado) e a medicamentosa. A primeira compreende mudanças no estilo de vida que consistem em adotar uma dieta saudável baseada no plano alimentar individualizado traçado pela equipe multiprofissional, a realização de atividades físicas regulares, abandono do tabagismo e do alcoolismo, perda saudável de peso, diminuição de estresse e manutenção do estado emocional, além de realização de exames periódicos para avaliar o nível de desenvolvimento da doença e o surgimento de complicações.

Sendo assim, os pacientes que aderem as mudanças comportamentais experimentam vários benefícios com relação à diminuição dos níveis glicêmicos, pois de acordo com Boas et al. (2011), a terapia nutricional pode levar a uma redução de 2% dos níveis de glicose quando feita de forma adequada, enquanto que o exercício físico facilita as trocas gasosas e reduz a resistência hepática e muscular à insulina, melhorando a captação desse hormônio pelos tecidos, além de reduzir o acúmulo de gordura através da queima, garantindo a perda saudável de peso.

Para o Centro de Diabetes do Hospital Oswaldo Cruz (2009), o tratamento medicamentoso abrange os antidiabéticos orais (ADO's) e a insulino terapia. Os ADO's são administrados via oral e os seus diferentes tipos podem atuar de três maneiras: diminuindo a absorção de glicose pelo intestino, aumentando os níveis de insulina no sangue através do aumento da produção pelo pâncreas ou facilitando sua absorção pelos tecidos. Entre os medicamentos mais utilizados, encontram-se a glibenclamida e a metformina, cujos efeitos podem diminuir em até 29% os riscos de complicações microvasculares, além de reduzir consideravelmente os níveis glicêmicos. Já a insulina é o hormônio que é indicado aos pacientes com DM tipo 1 desde o início do diagnóstico, enquanto que no tipo 2 começa em associação com ADO's e quando estes não possuem efeitos, passa ser a única a ser utilizada junto a mudanças comportamentais a qual todos os diabéticos devem aderir.

## 2.2 Fatores relacionados à adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus

Como discutido anteriormente, o tratamento do DM envolve mudanças comportamentais (terapia nutricional e prática de exercício físico), monitorização glicêmica, educação em saúde e administração de hipoglicemiantes, sendo que a primeira abrange uma série de atividades e comportamentos que objetivam o controle dos níveis glicêmicos, a diminuição dos sintomas e o surgimento de complicações, e a redução da morbimortalidade que vem crescendo nos últimos anos. Entre essas mudanças destaca-se a prática de atividade física, que de acordo com Santo et al. (2012), quando realizada conforme recomendações da equipe de saúde, pode diminuir consideravelmente os níveis glicêmicos, retardar o aparecimento de complicações cardiovasculares, contribuir para a perda de peso saudável, reduzir a necessidade de hipoglicemiantes e melhorar a qualidade de vida a curto, médio e a longo prazo.

A terapia alimentar (dieta) consiste em outra mudança fundamental para o bem estar dos pacientes diabéticos. O planejamento das refeições e o controle do peso expressam a base do tratamento e trazem muitos benefícios, exigindo do paciente uma adesão intensa e rigorosa, uma vez que nesses indivíduos a adoção de uma dieta equilibrada com redução de alimentos ricos em sacarose pode gerar os benefícios citados anteriormente, além de assegurar um controle rigoroso dos níveis glicêmicos, prolongando a necessidade por hipoglicemiantes, controlando a pressão arterial e evitando cardiopatias (BRASIL, 2006a).

No tocante ao princípio terapêutico definido por educação em saúde, é imprescindível ressaltar a sua importância, haja vista a necessidade do auto cuidado no manejo terapêutico do diabetes. Os indivíduos acometidos pela doença que precisam aderir ao tratamento, inicialmente devem ser orientados com relação à prática de exercícios físicos regulares, alimentação saudável, efeitos dos medicamentos, técnicas de monitorização da glicemia e principalmente aprender a lidar com situações estressantes e emocionantes que estão sujeitos no dia a dia, minimizando assim a possibilidade de complicações diabéticas a longo prazo (SMELTZER; BARE, 2009).

A monitorização dos níveis glicêmicos é fundamental para a detecção e prevenção dos episódios de hipoglicemia e hiperglicemia. Através dessa ferramenta é possível identificar a necessidade individual de normatização dos níveis glicêmicos, tendo o doente constantemente o conhecimento contínuo sobre as variações e/ou alterações da glicemia sanguínea, podendo assim, ter maior controle no tratamento, o que é bastante eficaz na redução do aparecimento de sintomas agudos e complicações crônicas (BOAS et al., 2011).

Segundo Cotta et al. (2009), O tratamento medicamentoso é a segunda modalidade terapêutica que deve ser prescrita para o paciente diabético e baseia-se na administração de hipoglicemiantes orais (combinados ou não) e/ou insulina, sendo que o esquema deve levar em consideração a disfunção básica na ocorrência de hiperglicemia em cada paciente. De acordo com Smeltzer e Bare (2009), os hipoglicemiantes são os medicamentos utilizados para o tratamento do DM tipo 2 quando as mudanças comportamentais sozinhas não são eficazes, sendo os mais utilizados as biguanidas, que inclui a metformina, a qual seus efeitos hipoglicemiantes estão relacionados a diminuição da resistência dos receptores periféricos à insulina, o que reduz a quantidade de glicose no sangue e aumenta dentro dos tecidos; e os secretagogos da insulina do tipo não sulfoniluréia, que apresentam a repaglinida como principal fármaco, tem sua ação direcionada as células betas do pâncreas, na qual estimula a liberação de insulina, estando contra indicado em diabéticos do tipo 1, podendo ainda, ser usada em associação com a metformina.

Conforme Tobias e Dadalti (2011), as sulfoniluréias são outra classe de hipoglicemiantes cuja ação é desencadeada através do estímulo do pâncreas para produção de insulina, diminuindo a formação de glicose no fígado, não podendo ser administradas para pacientes que não apresenta o pâncreas funcional como no caso do DM tipo 1. Os Inibidores da Alfa-Glicosidase têm a função de retardar a absorção intestinal da glicose diminuindo o nível de glicose pós-prandial, estando indicada para o tratamento da DM tipo 2. Por último, as Tiazolidinedionas que tem a função de estimular a ação da insulina no sítio receptor e não aumenta a secreção da insulina pelo pâncreas, sendo mais indicadas no DM 2 quando somente a insulina não consegue diminuir os níveis glicêmicos.

A insulino terapia, outra modalidade medicamentosa, deve ser administrada inicialmente ao tratamento do DM 1, ou ao DM tipo 2 quando os hipoglicemiantes orais em doses elevadas não conseguirem o controle glicêmico adequado, ou quando houver junto a isso perda de peso acentuado em um pequeno intervalo de tempo. Os tipos de insulinas variam de acordo com a sua origem: humana, bovinos e análogos da insulina, que são produzidos em laboratório, sendo agrupadas em diversas categorias de acordo com o início, pico e duração de ação. As insulinas de ação rápida produzem seus efeitos mais rápidos e possuem ação curta, necessitando o paciente de uma alimentação após pouco tempo da administração; as insulinas de curta ação (regular) têm duração de ação por até 6 horas e o indivíduo precisa alimentar-se 30 minutos antes da administração, essa é a única aprovada para o uso endovenoso; as insulinas de ação intermediária (NPH, ou insulina lenta), sua ação pode durar até 20 horas, sendo recomendada aos pacientes uma ingestão de alimentos pouco

depois da sua administração e no momento de pico (após 4 horas); a insulina de ação longa libera muito lentamente a insulina, possuindo uma ação que chega a durar até 30 horas, e quase não possui pico (FARIAS, 2008; SMELTZER; BARE, 2009).

Mesmo os pacientes tendo conhecimento sobre a importância do tratamento e das vantagens de uma boa adesão, ainda assim, os maiores desafios no controle clínico do DM encontra-se na adesão ao tratamento, que de modo geral consiste em o paciente entender e aderir às recomendações da equipe de saúde sobre as mudanças de comportamento tais como tomar medicação nos horários e quantidades pré-definidos, seguir de forma correta uma dieta estabelecida e mudar os hábitos de vida de acordo com orientações da equipe multiprofissional (BARROS; ROCHA; HELENA, 2008).

Pontieri e Bachion (2010), dizem que adesão é bem mais complexa que apenas cumprir as recomendações dos profissionais de saúde, pois assim, estava excluindo o paciente do seu papel de auto cuidador e agente de autonomia, e também da participação dos familiares, amigos e vizinhos que são sujeitos fundamentais no processo de adesão. Ressalta-se que nesse processo o doente tem a autonomia para decidir sobre as recomendações dadas pela equipe de saúde como favoráveis ou não.

Para Assunção e Ursine (2008), a adesão envolve três estágios: no primeiro, o paciente aceita as recomendações dos profissionais de saúde e de início consegue realizar seu tratamento conforme orientação, sendo monitorizado pelos profissionais de saúde; o segundo requer do paciente um auto controle, pois neste período os profissionais deixam de monitorizá-los constantemente, e mesmo assim o paciente continua com seu tratamento, o que consiste em um controle por sua conta; no terceiro, já sem a vigilância dos profissionais, ocorre a incorporação das mudanças impostas ao estilo de vida exigindo um maior autocontrole por parte dos doentes e autonomia para continuar o tratamento.

A partir disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS), considera como cinco as dimensões que podem influenciar a adesão ao tratamento: fatores sociais e econômicos; a equipe/sistema de cuidado de saúde; as características da doença; terapias da doença; e fatores relacionados ao paciente, não havendo consenso sobre qual desses pode ter maior influência sobre o tratamento da doença (OMS, 2003).

Dentre os fatores socioeconômicos que podem influenciar o processo de adesão merece destaque o sexo (homens são mais resistente ao processo de adesão que as mulheres), a idade (quanto maior, menor a adesão), raça (brancos e pardos aderem mais), estado civil (casados tem maior probabilidade de aderir), ocupação (o tipo de serviço pode influenciar positiva ou negativamente), renda (maior facilidade em adquirir medicação e serviços

médicos) e educação (quanto maior o nível de conhecimento maior a probabilidade de adesão).

Com relação ao paciente, no processo de adesão destaca-se o avanço da idade, as alterações psicológicas, baixo nível de escolaridade, nível intelectual, baixa autoestima e doença como a depressão, que dificultam o entendimento desses sobre a necessidade de um plano terapêutico que envolva mudanças com relação aos hábitos de vida (ASSOCIAÇÃO LATINOAMERICANA DE DIABETES, 2011).

No que concerne ao esquema terapêutico, muitos são os fatores que podem dificultar na adesão: acesso a medicação, necessidade de mudança no estilo de vida como a alimentação e a prática de exercícios físicos regulares, uso prolongado de medicamentos pela mesma via de administração que piora ainda mais quando tem que ser usado em associação com a insulina, além disso, os efeitos colaterais das drogas dificultam cada vez mais a adesão (ARAÚJO et al., 2011).

Quanto à doença, a adesão relaciona-se a capacidade de compreensão e como doente se vê em relação à enfermidade. A ausência de sintomas e o tratamento em longo prazo que são muito presentes nos diabéticos configuram-se como entraves que dificultam o processo de adesão, que pode ser melhorado quando os mesmos têm um maior conhecimento da doença (FARIAS, 2008).

Em relação à equipe e o sistema de cuidado à saúde, estes desempenham papel fundamental na assistência ao paciente, e um dos fatores decisivos para a adesão é quando o indivíduo adquire confiança na equipe de saúde. O tempo dispensado a cada consulta, a linguagem utilizada pelo profissional, o tratamento com o paciente, o acolhimento e a humanização são fatores que influenciam positivamente para o processo de adesão. Junto a isso o serviço de saúde deve prover uma estrutura adequada com uma equipe capacitada, com fácil acesso e tecnologias disponíveis (BARROS; ROCHA; HELENA, 2008).

Sendo assim, a adesão desempenha papel crucial no sucesso do tratamento do DM, pois de acordo com estudos desenvolvidos na área, bem como a operacionalização da prática clínica, quando a adesão ocorre conforme orientação os benefícios gerados podem ser vastos, tais como a diminuição dos números de consultas médicas, redução do tempo gasto em filas nos serviços de saúde a espera por atendimentos, redução dos custos com médicos, retardo do surgimento de complicações, autoconfiança e motivação para continuidade do tratamento que promove o bem-estar do paciente (BUSNELLO et al., 2011).

Ao contrário, a não-adesão ou adesão insatisfatória à terapêutica podem afetar negativamente a evolução clínica da doença podendo não obter os benefícios fisiológicos

esperados (normoglicemia), além de desenvolver nesses pacientes complicações de forma precoce que afetam a qualidade de vida, bem como a probabilidade de ocasionar problemas pessoais, sociais e econômicos, este último com destaque para o aumento dos números de consultas e gastos com consultas médicas e com medicamentos (BARROS; ROCHA; HELENA, 2008).

A partir dessa problemática, em 2006, com a Lei nº. 11.347/06, o Sistema Único de Saúde (SUS) desenvolveu estratégias para incentivar a adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento, a qual garante a todos os doentes inscritos em programas de educação para o diabetes o direito de adquirir gratuitamente “os medicamentos e materiais necessários a sua aplicação e a monitorização da glicemia”. Com isso, diminuiu a necessidade do paciente disponibilizar os seus próprios recursos para compra de medicamentos, favorecendo assim, a adesão ao tratamento medicamentoso (BRASIL, 2006b).

Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), apresentada como porta de entrada para os pacientes diabéticos, está estruturada com uma equipe multidisciplinar que presta uma assistência voltada para a promoção da saúde, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, além de desenvolver uma assistência integral, contínua, resolutiva e de boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita, e intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta. O atendimento em saúde na Atenção Básica para os diabéticos está centrado, principalmente, nas atividades educativas e de suporte emocional, psicológico e social que servem aos pacientes no enfrentamento dos desafios inerentes ao tratamento. Assim, habilidades avançadas de comunicação, técnicas de mudança de comportamento, educação do paciente e habilidades de aconselhamento são necessárias para auxiliar os pacientes a lidar com situações de dificuldades na adesão, sendo que a equipe de saúde desempenha papel fundamental no controle do tratamento (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008; OMS, 2003).

Dentre os profissionais da equipe de saúde da família cabe destaque para os enfermeiros, que são capacitados para desempenhar papel central na promoção da adesão, garantindo aos pacientes uma compreensão da necessidade do tratamento e identificando as principais causas ou fatores da não-adesão à terapia. Quando o enfermeiro aborda o usuário acometido pelo diabetes e identifica as causas da não-adesão de forma eficaz, as chances para o sucesso terapêutico aumentam. Sendo assim, a assistência de enfermagem ao paciente portador de diabetes deve estar voltada a prevenção de complicações, avaliação e monitoramento dos fatores de risco, orientação quanto à prática de autocuidado, realização da consulta de enfermagem, solicitação de exames e transcrição de medicamentos de rotina de

acordo com protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, e ainda o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde e realizar os devidos encaminhamentos quando necessário (ASSOCIAÇÃO LATINOAMERICANA DE DIABETES 2011; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2010).

### *3 Metodologia*

---

### **3.1 Tipo de Estudo**

Consta de um estudo de campo do tipo exploratório-descritivo e de natureza quantitativa. De acordo com Gil (2010), a pesquisa exploratória desenvolve, esclarece e modifica conceitos e ideias através da utilização de instrumentos que envolvem levantamento de dados, entrevistas com pessoas que tem ou já tiveram experiências e práticas com o problema pesquisado, além disso, tem o objetivo de adquirir uma visão geral e aproximativa de determinado fato ou assunto. Desta forma, esse tipo de pesquisa constitui a primeira etapa de um processo de investigação mais amplo que adquire um problema mais esclarecido, com possibilidade de investigação imediata.

A pesquisa do tipo descritiva tem por objetivo descrever as características de determinada população ou grupo em estudo através da distribuição da sua faixa etária, sexo, nível de escolaridade, procedência, renda, estado de saúde mental, entre outras. Utiliza técnicas para levantamento de dados através de questionários e observação sistemática, o que assume características gerais de levantamento (GIL, 2010).

A abordagem quantitativa utilizada em estudos científicos é aquela que busca quantificar os dados colhidos de uma determinada amostra e traduzir em números as opiniões e informações após analisá-las e classificá-las. Para isso, usa recursos e técnicas estatísticas como porcentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, dentre outras (LAKATOS; MARCONI, 2010).

### **3.2 Local do Estudo**

O local escolhido para desenvolver o estudo foi o município de Cuité, no estado da Paraíba. A cidade está localizada na microrregião do Curimataú Ocidental do estado, possui uma população de 19.978 habitantes (IBGE, 2010) que estão distribuídos pelos 735,334 km<sup>2</sup> de área territorial a 667 metros acima do nível do mar, sobre a Serra do Cuité. Para a pesquisa foram selecionadas duas Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana, são elas: USF Abílio Chacon que possui 1254 famílias cadastradas e USF Ezequias Venâncio que apresenta 1100 famílias cadastradas, ambas vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde.

A escolha das Unidades mencionadas advém da razão destas fazerem parte do campo do Estágio Supervisionado I, componente curricular do 9º período do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cuité e pelo fato

das mesmas apresentarem significativo número de diabéticos cadastrados no Programa Ministerial Hiperdia do município, o que facilitou o processo de coleta dados.

### 3.3 População e Amostra

Para a delimitação da população descrita para o estudo, foi realizada previamente uma consulta no banco de dados do Programa Hiperdia junto à Secretaria Municipal de Saúde de Cuité com o objetivo de identificar o número de pacientes diabéticos cadastrados e acompanhados nas USF Abílio Chacon e Ezequias Venâncio (locais selecionados para o desenvolvimento do estudo) até o início do ano de 2012.

De acordo com os dados cadastrais da Secretaria Municipal de Saúde de Cuité (2012), o número de diabéticos identificados no cadastrado do Hiperdia nas referidas Unidades de Saúde corresponde a um total de 144 (cento e quarenta e quatro), destes 94 (noventa e quatro) encontram-se cadastrados na USF Abílio Chacon e 50 (cinquenta) na USF Ezequias Venâncio.

A partir da população identificada e por tratar-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, a amostra foi composta por 50% do total da população, correspondendo, dessa forma a 72 (setenta e dois) participantes, sendo 47 (quarenta e sete) da USF Abílio Chacon e 25 (vinte e cinco) da USF Ezequias Venâncio, selecionados aleatoriamente conforme o critério da acessibilidade e a fim de atingir diversas realidades do Município de Cuité.

De acordo com Gil (2008), a amostra consta de um número representativo de indivíduos extraídos da população e o critério de acessibilidade é destituído de qualquer rigor estatístico em que o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam de alguma forma representar o universo. Nos estudos exploratórios utiliza-se este tipo de amostragem já que não exige um elevado nível de precisão.

Para a seleção da amostra foram respeitados os seguintes critérios de inclusão:

- Ter idade superior ou igual a 18 anos;
- Ser cadastrado no Programa Hiperdia há pelo menos 03 (três) anos;
- Ter confirmação diagnóstica do diabetes mellitus tipo 1 ou 2 há pelo menos 03 (três) anos;
- Ter pelo menos 01 (um) resultado de Teste de Glicemia recente (últimos 3 meses);
- Não possuir deficiência cognitiva;
- Aceitar livremente em participar do estudo;

- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

### **3.4 Instrumentos de Coleta de Dados**

A coleta dos dados foi realizada através da aplicação de dois tipos de instrumentos. O primeiro consistiu em um questionário (Apêndice B) elaborado pelos pesquisadores e subdividido em duas partes: a primeira, envolvendo questões relacionadas aos aspectos socioeconômicos e demográficos dos participantes, tais como: idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação/profissão, renda familiar; e a segunda, contendo questões objetivas voltadas para a investigação da condição de saúde dos participantes bem como dos aspectos relacionados à adesão ao tratamento do diabetes, respondendo assim os objetivos da pesquisa.

O segundo instrumento para coleta de dados foi o Formulário de Morisky-Green, o qual foi utilizado para medir o grau de adesão de indivíduos sob regime ambulatorial, sendo simples e de fácil execução para a prática clínica diária, com a finalidade de identificar os pacientes não aderentes ao medicamento prescrito. É composto por quatro questões objetivas que abordam os seguintes itens: Alguma vez o paciente esquece de tomar o remédio, se é descuidado com os horários da medicações, se quando se sente bem ou mal deixa de tomar, quanto ao valor das respostas, a ‘sim’ tem valor ‘01’ (um) ponto e respostas ‘não’ correspondem a ‘0’ (Zero). Considera-se o paciente ótimo aderente ao tratamento quando o mesmo obtém pontuação igual a “0” (Zero), médio aderente quando obtém de 01 (um) a 02 (dois) e não aderente para as demais pontuações (Anexo A) (MARQUES, 2006; PALOTA, 2010).

### **3.5 Procedimentos de Coleta de Dados**

A coleta dos dados foi realizada no mês de março de 2013 e sua operacionalização respeitou os seguintes procedimentos: 1. Cadastramento da pesquisa na Plataforma Brasil na página eletrônica da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); 2. Solicitação de autorização para o desenvolvimento deste estudo, através de um requerimento, o Termo de Autorização Institucional (Anexo B) ao Secretário Municipal de Saúde do município de Cuité- PB, para realizar a pesquisa nas referidas Unidades de Saúde da família, com a devida assinatura da folha de rosto; e 3. Submissão da folha de rosto para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Anexo C), para apreciação e aprovação do projeto de pesquisa.

O processo de coleta foi realizado nas próprias USF's nos dias estabelecidos para Consulta de Hipertensão. De início foram contactados os Enfermeiros das Unidades bem como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para expor as finalidades do estudo e para solicitação da colaboração dos mesmos no envolvimento e estímulo dos pacientes para a participação na pesquisa.

No momento da coleta, após os indivíduos aceitarem participar da pesquisa, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a assinatura individual de cada participante, e logo após foram aplicados os instrumentos. Como, a priori, o número de indivíduos não atingiu a amostra desejada, a finalização da coleta aconteceu nos domicílios dos usuários com diabetes cadastrados nas USF's, para que assim a amostragem da pesquisa fosse alcançada com êxito.

### **3.6 Análise dos Dados**

O material coletado foi analisado com base no enfoque do método quantitativo, a partir dos dados primários obtidos por meio da aplicação dos instrumentos. Para que a análise das informações fosse efetuada, inicialmente essas foram agrupadas de acordo com as variáveis preconizadas no estudo. O programa *Microsoft Word 2007* foi utilizado para a construção das tabelas, as quais expõem os resultados da caracterização socioeconômico-demográfica dos participantes do estudo em medidas simples de frequência absoluta e relativa, assim como o *Microsoft Excel 2007* serviu de subsídio para a criação das ilustrações contendo os resultados referentes à adesão ao tratamento.

É importante destacar que a apresentação dos resultados com a utilização de tabelas e ilustrações permite uma melhor compreensão dos resultados obtidos bem como a discussão de acordo com a literatura pertinente ao tema.

### **3.7 Aspectos Éticos**

Neste estudo foram respeitados todos os requisitos exigidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996) que trata do desenvolvimento de pesquisas envolvendo direta e indiretamente seres humanos e pela Resolução nº 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2007), que versa sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Ressalta-se, neste sentido, que enquanto aspectos éticos esta pesquisa foi previamente submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) na cidade de Campina Grande – PB, sendo aprovado sob parecer de número 258.310. Durante todo o processo de coleta e análise de dados foi assegurado o sigilo das informações prestadas bem como o anonimato do entrevistado, tendo este total escolha de participar ou desistir em qualquer momento da pesquisa e a possibilidade de acompanhar os resultados junto com os pesquisadores.

## *4 Análise e Discussão dos Resultados*

---

Este capítulo apresenta os resultados, a análise e a discussão dos dados conforme a aplicação dos questionários, sendo estes divididos em três sessões. Na primeira, foram analisadas as características sócio-demográficas, as quais se justificam pela influência direta que elas podem apresentar com relação à adesão ou não ao tratamento da diabetes. A segunda relaciona-se à adesão dos pacientes à terapêutica de modo geral e, a terceira, avalia diretamente o grau de adesão dos pacientes com Diabetes Mellitus (DM) ao tratamento medicamentoso através da aplicação do teste Morisky-green.

#### 4.1 Caracterização socioeconômico e demográfica dos participantes

Os resultados da caracterização socioeconômica e demográfica estão apresentados nas tabelas a seguir envolvendo as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, renda familiar e ocupação. No que diz respeito à primeira variável, o sexo, os resultados podem ser visualizados na Tabela 1.

**Tabela 1 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a variável Sexo. Cuité – PB, 2013.**

<i>Sexo</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Feminino	53	73,6%
Masculino	19	26,4%
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>

**Fonte: Dados da pesquisa, 2013.**

Em relação ao sexo, dos 72 (100%) participantes da pesquisa que são acometidos pelo DM, 53 (73,3%) são do sexo feminino e 19 (26,7%) do sexo masculino, corroborando outros estudos, a exemplo de Coelho (2008), o qual evidenciou uma prevalência de 75% de Diabetes entre as mulheres, entretanto, na investigação de Santos, Oliveira e Colet (2010), a diferença entre os dois gêneros não variou muito, ficando o gênero feminino com representação de 57,1%, mesmo assim, esta população ainda foi maioria.

Sendo assim, justifica-se a maioria dos sujeitos ser do sexo feminino, não por ser uma doença que acometa mais este sexo, mas pelo fato de que as mulheres procuram com mais frequência os serviços de saúde, o que possibilita uma confirmação diagnóstica precoce, fator este que pode ajudar a iniciar o tratamento mais cedo, reduzir ou retardar possíveis complicações e melhorar a qualidade de vida.

**Tabela 2 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a variável Faixa Etária. Cuité – PB, 2013.**

<i>Faixa etária</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
20 a 35 anos	07	9,7%
36 a 50 anos	18	25%
51 a 65 anos	27	37,5%
> 66 anos	20	27,8%
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

No que se refere à faixa etária, a idade variou de 28 a 90 anos, sendo a faixa etária de 51 a 65 anos a que obteve maior destaque, correspondendo 37,5% da amostra, seguido de 36 a 50 anos com 25% e acima de 66 anos representando 27,8%. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), o risco de desenvolver DM tipo 2 aumenta após os 40 anos de idade, considerando ainda, que com o avanço da idade surgem barreiras à adesão ao tratamento da doença, pois esse processo ocasiona alterações cognitivas e funcionais que muitas vezes impossibilita a realização do mesmo. Ademais, esses resultados podem ainda sofrer influência do fato da cidade de Cuité apresentar expressiva população adulta-idosa, uma vez que, segundo o IBGE (2010), os indivíduos acima de 50 anos compõem 30% do total de habitantes.

Tendo em vista que a maioria dos sujeitos estudados apresenta idade igual ou superior a 50 anos e que esta influencia diretamente no processo terapêutico, faz-se necessário desenvolver um programa de aprendizagem de adultos, como uma equipe multiprofissional em serviço de saúde que possa ajudar a desenvolver estratégias que garantam aos usuários maior conhecimento acerca do tratamento adequado, objetivando assim diminuir o número de complicações e aumentar a eficácia no plano terapêutico instituído. Ressalta-se que o enfermeiro é um profissional que tem grande importância na educação dessa clientela, devendo sempre considerar a idade como uma variável importante durante a elaboração de um programa educativo, principalmente quando se trata do uso de ADO.

**Tabela 3 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a variável Estado Civil. Cuité-PB, 2013.**

<i>Estado Civil</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Solteiro	06	8,3%
Casado	38	52,8%
União Consensual	01	1,4%
Viúvo	22	30,6%
Divorciado	05	6,9%
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Quanto ao estado civil, verificou-se que a maioria dos indivíduos (52,8%) é casada, seguidos de 30,6% viúvos, 6,9% divorciados, 8,3% solteiros e 1,4% em união consensual. Esses dados estão em concordância com a literatura, segundo a qual a prevalência de pacientes diabéticos casados foi de 78,3% e 59,0% em estudo realizado por Groff, Simões e Fagundes (2011) e Gimenes, Zanetti e Hass (2009), respectivamente.

Considerando que a maioria dos participantes encontra-se casada, é importante destacar o papel da família no tratamento do DM, visto que o cônjuge pode auxiliá-lo a aderir ao plano terapêutico, através de mudança no plano alimentar de toda a família, pois quando todos aceitam as mudanças, fica mais fácil para o próprio sujeito aceitar o tratamento. Quando existem dependentes, o sujeito tende a refletir mais sobre o sofrimento que estes podem passar em caso de perda, o que influencia em seu estado emocional e conseqüentemente na continuidade ao tratamento.

O estado civil se mostra importante pelo que diz o estudo realizado por Trentin (2009), o qual verificou que existe uma maior prevalência de morbidade e mortalidade entre viúvos, divorciados e solteiros, sendo mais baixo entre os casados. Em contrapartida, outros estudos quase não relatam nenhuma diferença ou dado estatístico significativo entre mortalidade e estado civil, demonstrando pouco interesse nesta parte dos dados.

**Tabela 4 - Distribuição das participantes do estudo segundo a variável escolaridade. Cuité – PB, 2013.**

<i>Escolaridade</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Não Alfabetizado	31	43,0%
Ensino Fundamental Incompleto	24	33,3%
Ensino Fundamental Completo	10	13,9%
Ensino Médio Incompleto	06	8,3%
Ensino Médio Completo	01	1,4%
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Com relação à escolaridade, 43% dos sujeitos entrevistados são não alfabetizados, 33,3% possuem ensino fundamental incompleto, 13,9% ensino fundamental completo, 8,3% ensino médio incompleto e 1,4% ensino médio completo. Os resultados mostram, coincidentemente, que a medida que o grau de instrução eleva-se o número de participantes inseridos na categoria diminui. Tal resultado é divergente daquele encontrado no estudo realizado por Faria et al. (2009) em que 100% da amostra é alfabetizada, e semelhante ao de Coelho (2008) que apresentou 25% de participantes não alfabetizados.

O surgimento do diabetes independe do nível socioeconômico e educacional, mas a baixa escolaridade pode favorecer dificuldades na adesão à terapia medicamentosa, uma vez que o desconhecimento do método de leitura assim como a dificuldade de compreensão das orientações mediadas pelos profissionais de saúde e do plano terapêutico individualizado revelam-se como entraves no seguimento do tratamento, o que compromete a saúde e a qualidade de vida.

De acordo Faria et al. (2009), pacientes diabéticos com baixa instrução apresentam maiores taxas de internações em instituições hospitalares, além do que os pacientes com mais anos de estudos buscam mais informações sobre sinais, sintomas e tratamento da doença, o que de certo modo facilita a adesão; já os com baixa instrução acabam por não compreender a doença e nem os planos terapêuticos, fatores esses que somados as características da doença acabam dificultando a adesão destes indivíduos e a aceitação de que precisam mudar seu estilo de vida.

**Tabela 5 - Distribuição das participantes do estudo segundo a variável Renda Familiar. Cuité – PB, 2013.**

<i>Renda Familiar</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Até 1 Salário	31	43,1%
De 1 a 2 Salários	40	55,5%
De 3 a 4 Salários	01	1,4%
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>

**Fonte: Dados da pesquisa, 2013.**

Na variável renda familiar, 55,5% dos entrevistados possuem renda de 1 (um) a 2 (dois) salários mínimo, 43,1% até 1 (um) salário e apenas 1,4% de 3 (três) a 4 (quatro) salários. Esses resultados corroboram o estudo realizado por Rego (2011), no Município de Campina Grande – PB, que descreve que 87,9% dos pacientes relatam renda de até 3 salários mínimos, mas não estão em consonância com uma pesquisa feita por Knuth et al. (2009),

sobre estudo de base populacional realizado na região sul do país, o que justifica essa diferença pelas diferenças econômica entre as regiões dos estudos.

A renda familiar é uma variável que merece destaque, visto que a falta de condições financeiras pode dificultar a aquisição de medicamentos prescritos e que não são disponibilizados gratuitamente pelos serviços de saúde; seguimento das orientações dietéticas; realização de exames laboratoriais para investigação, que somados a falta de conhecimento pode comprometer o plano terapêutico.

**Tabela 6 - Distribuição das participantes do estudo segundo a variável ocupação. Cuité – PB, 2013.**

<i>Ocupação</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Aposentado	57	79,1%
Agricultor	05	6,9%
Do lar	06	8,3%
Comerciante	03	4,2%
Estudante	01	1,4%
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>

**Fonte: Dados da pesquisa, 2013.**

No que diz respeito à ocupação, houve predomínio de aposentados, representando 79,1% da amostra, seguidos de 8,3% do lar, 6,9% de agricultores, 4,2% de comerciantes e 1,4% de estudante. Esses dados corroboram o estudo de Boas et al. (2012), no qual os sujeitos aposentados correspondem, respectivamente, a 79,3% dos entrevistados. Já no estudo de Pontieri e Bachion (2010), os aposentados equivalem a 45,0% do total e sobressaem às demais ocupações. Os dados mencionados anteriormente reforçam a prevalência da faixa etária elevada na pesquisa, demonstrando que o estudo contém grande número de pessoas idosas.

O fato da maioria dos participantes da pesquisa ser aposentada pode ser considerado este como um fator facilitador para adesão, visto que não vivenciam mais uma rotina laboral de compromisso, responsabilidade e carga de trabalho, possibilitando um maior tempo para cuidarem de sua saúde, permitindo assim, maior disponibilidade para realizar atividades físicas, cuidar da alimentação e frequentar os serviços de saúde em busca de informações sobre o tratamento da doença. Todavia, a idade, muitas vezes elevada quando já na aposentadoria, pode significar variados graus de interferência na adesão terapêutica, haja vista o avanço gradativo do comprometimento físico, sensorial e cognitivo.

#### 4.2 Dados referentes à adesão dos pacientes à terapêutica do Diabetes Mellitus

Os resultados concernentes aos objetivos da pesquisa estão apresentados em tabelas e gráficos, estando compostos pelas seguintes variáveis: resultado do último teste de glicemia, tempo de descoberta do diabetes, terapêutica por meio de dieta, terapêutica por meio de práticas de atividades físicas, terapêutica por meio de medicamento, controle regular da glicemia, comparecimento regular ao serviço de saúde, dificuldades no seguimento do tratamento, apoio da família no seguimento do tratamento e presença de complicações da doença.

**Tabela 7. Resultado do último teste de Glicemia. Cuité – PB, 2013.**

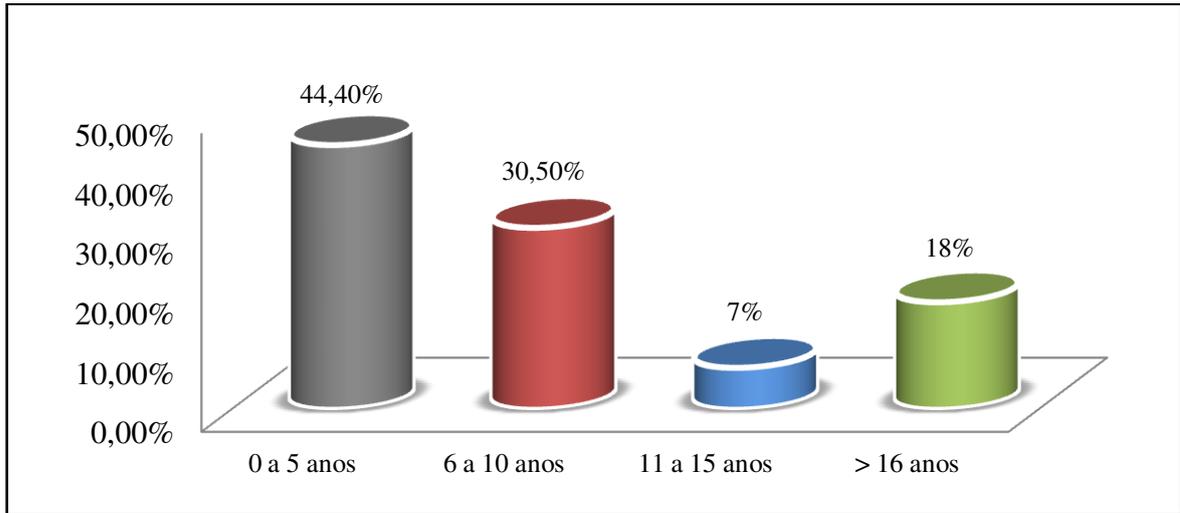
<i>Glicemia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
< 100 mg/dL	02	2,8%
100 e 125 mg/dL	05	6,9%
≥ 126 mg/dL	65	90,3%
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>

Fonte: SBD, 2012.

Como pode-se observar na Tabela 7, 90,3% dos entrevistados apresentaram no último teste de glicemia resultado igual ou acima de 126 mg/dL, sendo que a partir deste resultado a SBD (2012) considera como diabético. Os resultados variaram de 68 a 420 mg/dL, com mediana de 175 mg/dL, os quais estão de acordo com o estudo de Pontieri e Bachion (2011), os quais relatam que, a grande maioria dos pacientes estudados no seu trabalho apresentam resultado de glicemia elevado. Observa-se que mesmo os resultados da glicemia sendo um importante parâmetro avaliativo do nível de adesão, os estudos envolvendo diabetes quase não constam resultados glicêmicos e sua influencia no tratamento.

O estudo de Gimenes, Zanetti, Hass (2009) corrobora os dados apresentados por Potieri e Bachion (2011) em que a pesquisa daqueles mostra que a glicemia sempre esteve elevada com relação aos parâmetros preconizados pela SBD (2012). É oportuno destacar que este é um parâmetro considerado importante na monitorização e controle da doença, pois indica se o plano terapêutico realizado pelo paciente está surtindo os efeitos desejados. Faz-se necessário, contudo, a determinação de um plano de educação por parte dos profissionais de saúde junto aos pacientes com diabetes, que enfatize a necessidade da avaliação constante da glicemia, visto que a maioria não procura o serviço de saúde por não ter conhecimento da finalidade deste controle. Mais adiante, no Gráfico 5 essa discussão será retomada.

**Gráfico 1 - Tempo de confirmação diagnóstica do Diabetes Mellitus. Cuité – PB, 2013.**



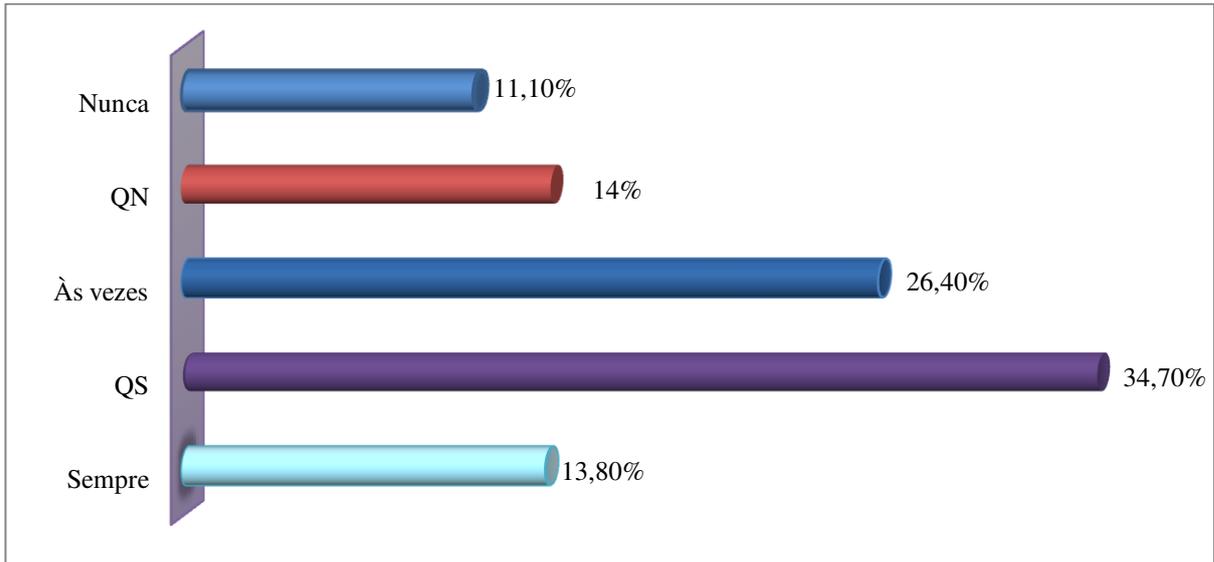
**Fonte: Dados da pesquisa, 2013.**

No que diz respeito à variável tempo de confirmação diagnóstica da doença, observa-se no Gráfico 1 que 44,4% dos participantes afirmam ter conhecimento do DM há um período inferior a 5 anos, tempo este relativamente curto. Os resultados mostram ainda que 30,5% descobriram ter a doença há um período entre 6 e 10 anos, 7,0% de 11 a 15 anos e 18% acima de 16 anos.

O diabetes é uma doença de início insidioso e silencioso. Essas características acabam dificultando e/ou postergando o seu diagnóstico, principalmente na população masculina que em geral não possui o hábito de frequentar o serviço de saúde para avaliação profissional. Estudos apontam que mais da metade dos pacientes com diabetes não sabem que estão acometidos, e muitas vezes é diagnosticada tardiamente apenas quando indiretamente buscam serviços de saúde para tratar de outros agravos (BRASIL, 2006a).

A própria característica da doença somada à pouca procura pelos serviços de saúde para rastreamento bem como o diagnóstico tardio, podem ser considerados entraves para a adesão, pois considera-se que quanto maior o tempo de diagnóstico menor é a prevalência da adesão (OMS, 2003). Esse fato, inclusive, pode ser relacionado ao resultado encontrado neste estudo em que a maioria dos participantes tem menos de dez anos de diagnóstico, o que deveria refletir em níveis satisfatórios de adesão ao tratamento. Porém, esta variável considerada isoladamente não permite tal conclusão.

**Gráfico 02 - Realização de dieta como prescrição terapêutica. Cuité – PB, 2013.**



**Fonte: Dados da pesquisa, 2013.**

Legenda: QN = Quase Nunca; QS = Quase Sempre.

O tratamento do diabetes envolve, principalmente, mudanças comportamentais (dieta e exercício físicos). Com relação ao tratamento por meio da dieta, 34,7% dos sujeitos participantes do estudo afirmaram ‘quase sempre’ realizar a dieta orientada pelo profissional de saúde, resultado este preocupante haja vista a importância da manutenção de uma dieta adequada no tratamento do diabetes. Não obstante, 26,4% referiram ‘às vezes’ respeitam a dieta, 14% responderam que ‘quase nunca’, 13,8% que ‘sempre’ e 11,1% que ‘nunca’ fazem. Tais dados concorrem para a compreensão de que uma parcela significativamente baixa dos participantes adere à dieta recomendada para a doença, o que eleva o grau de preocupação, pois somando-se os resultados apenas 13,8% dos sujeitos, realizam de forma correta a dieta prescrita, enquanto que 75,1% fazem de forma inadequada e 11,1% não realizam.

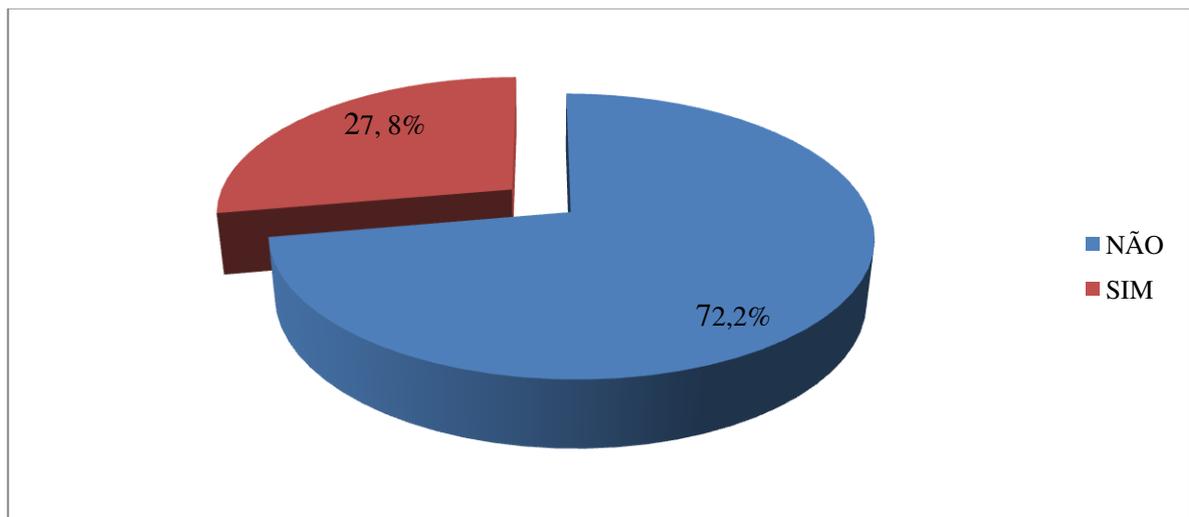
Esses resultados estão de acordo com a pesquisa de Torres et al. (2009) sobre um programa educativo para diabéticos, o qual mostra que a maior dificuldade dos diabéticos está na modificação da dieta associada a falta de conhecimento da importância dessa terapia. Nos estudos publicados por Pereira, Barbosa e Miyar (2010) e Farias (2008), os participantes quase não aderem às mudanças comportamentais, principalmente alimentares e que, com o passar do tempo, interferem na autoestima, retardando a motivação do paciente para seguir o tratamento, desviando o foco e provocando complicações que poderiam ter sido minoradas.

O seguimento de uma dieta adequada para os portadores de DM é considerado um fator crucial no plano terapêutico, visto que a principal causa de aumento dos níveis glicêmicos está relacionada a hábitos alimentares inadequados, devendo esta ser avaliada

mesmo nos indivíduos que realizam o tratamento por meio de ADO's, pois estes sozinhos não são considerados suficientes para redução dos níveis glicêmicos e conseqüentemente as complicações. Os portadores de DM devem ser orientados para um hábito alimentar voltado para dietas pouco calóricas e com reduzidos níveis de carboidratos.

Para Smeltzer e Bare (2009), o aconselhamento sobre a educação alimentar deve ser pautado e reforçado constantemente pela equipe de saúde, tendo o enfermeiro um papel crucial neste assunto, pois lida diretamente com esses indivíduos no dia a dia, principalmente nos serviços de saúde que carecem de nutricionista. Só assim, os sujeitos poderão ter um maior conhecimento sobre o plano terapêutico e aceitarem as propostas de reeducação, visto que o grande entrave para as mudanças comportamentais está ligado diretamente à desinformação e situação socioeconômica.

**Gráfico 3 - Prática de atividade física como prescrição terapêutica. Cuité – PB, 2013.**



**Fonte: Dados da pesquisa, 2013.**

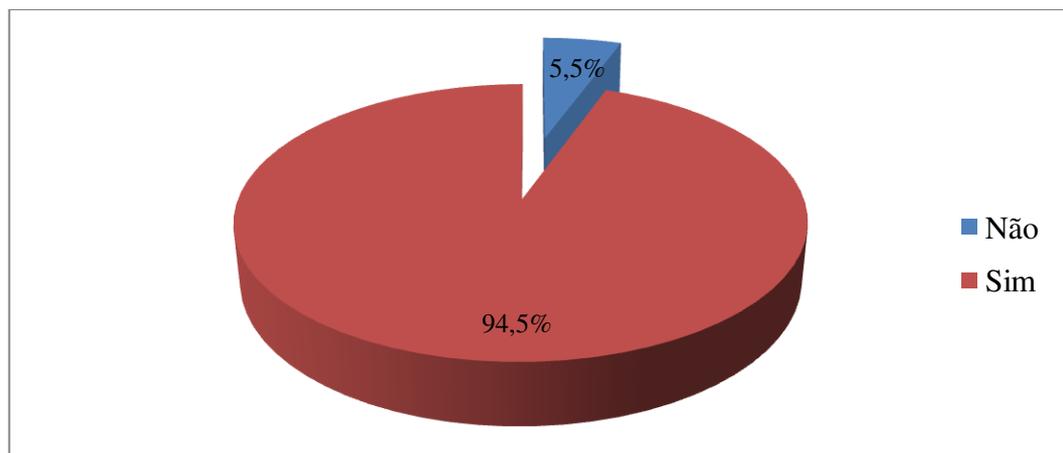
Quanto à realização de atividades físicas como estratégia terapêutica do diabetes, o Gráfico 3 mostra que a maioria dos participantes (72,2%) referenciou não praticar nenhuma modalidade e que apenas 27,8% referiram realizar atividade física. Dentre os participantes que afirmaram praticar exercícios físicos, os mencionados foram: prática de caminhada (média de quatro vezes por semana), futebol e aeróbica.

Tais resultados encontram-se em conformidade com o trabalho de Francisco et al. (2010) com idosos diabéticos em “Campinas”-SP, o qual descreve que da população selecionada para a amostra, apenas 16% realizavam algum tipo de atividade. Knuth et al. (2009) também narram em seu estudo que o número de pacientes diabéticos que realizam

atividade física é pequeno e que com o passar do anos tem diminuído ainda mais. Em contraponto, Boas et al. (2012) apresentam um dado relevante sobre a atividade física ao descreverem que 69,1% dos participantes do seu estudo realizam atividade física, o que mostra que o interesse por seguir tal recomendação consiste simplesmente em uma questão de conscientização.

O efeito do exercício físico regular em pacientes com DM tipo 2 é significativos no controle glicêmico, uma vez que diminui os parâmetros da glicemia de jejum, hemoglobina glicada, índice de massa corpórea e lipídios plasmáticos. A atividade física quando feita conforme prescrição médica e regular pode ser considerada um importante componente no planejamento terapêutico do paciente diabético, pois melhora a sensibilidade insulínica, o controle glicêmico, ajuda a diminuir o peso e reduz fatores de risco cardiovasculares, principalmente quando feita de forma precoce, logo após descobrimento da doença (SBD, 2012).

**Gráfico 4 - Uso de medicamento como prescrição terapêutica. Cuité – PB, 2013.**



**Fonte: Dados da pesquisa, 2013.**

De acordo com o Gráfico 4, dos 72 (100%) sujeitos do estudo, constatou-se que 68 (94,5%) faz o tratamento por meio do uso de medicação e 4 (5,5%), não faz uso de nenhum antidiabético. Dentre àqueles que responderam “sim” o medicamento mais utilizado foi o glibenclamida, apontado por 20 (29,4%) participantes, seguido de metformina referido por 16 (23,5%), glibenclamida associado à metformina por 13 (19,1%), antidiabético oral (ADO) associado à insulina por 12 (17,6%), somente insulina por 4 (5,5%) e 3 (4,4%) não souberam ou não quiseram responder o tipo de medicamento utilizado.

Sabendo-se que a grande maioria utiliza ADO para o seguimento do tratamento do DM, a Tabela 8 especifica os fármacos, pelo nome comercial, utilizados no plano terapêutico dos participantes.

**Tabela 8. Relação dos medicamentos mencionados na realização do tratamento do DM. Cuité – PB, 2013.**

<i>Medicamento utilizado</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Glibenclamida	20	29,4%
Metformina	16	23,5%
Gliben + Metfor	13	19,1%
Insulina + AO	12	17,6%
Insulina	04	5,8%
Não Sabe	03	4,4%
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

De acordo com a Tabela 8, os dados estão em concordância com o estudo de Pereira, Barbosa e Myar (2010), que teve o objetivo de investigar as características e a complexidade da associação de medicamentos em pacientes diabéticos de uma Unidade Saúde da Família (USF), sendo que dos indivíduos investigados 45,3% faz uso de sulfoniluréia (Glibenclamida), 35,4% biguanidas (Metformina) e 12,5% faz associação entre sulfoniluréia e biguanidas, o que demonstra que entre os diabéticos tipo 2 os ADO's mais utilizados são mesmo a Glibenclamida e a Metformina.

Um levantamento feito por Faria et al. (2009), realizado no interior de São Paulo aponta que 81,9% dos sujeitos pesquisados realizam o tratamento através do uso de ADO, mas com relação às classes de fármacos usadas há uma divergência com relação a outros estudos, pois segundo este, a classe das biguanidas só é administrada em 26,1% e a sulfoniluréia representa apenas 4,3% dos medicamentos utilizados, já a insulina associada ao ADO's ganha destaque nesse estudo, pois foi considerado de maior prevalência 30,4% dos estudados, o que pode apontar para uma população já com estágios avançados da doença.

A Glibenclamida e a Metformina são os fármacos mais utilizados no tratamento do DM e isto explica-se pelo fato do DM tipo 2 ter maior prevalência na sociedade em geral, tendo como consequência a resistência das células ao hormônio insulina ou diminuição da produção de insulina pelas células pancreáticas, sendo que a principal ação do primeiro é aumentar a liberação de insulina pelas células betas do pâncreas, enquanto que o segundo atua

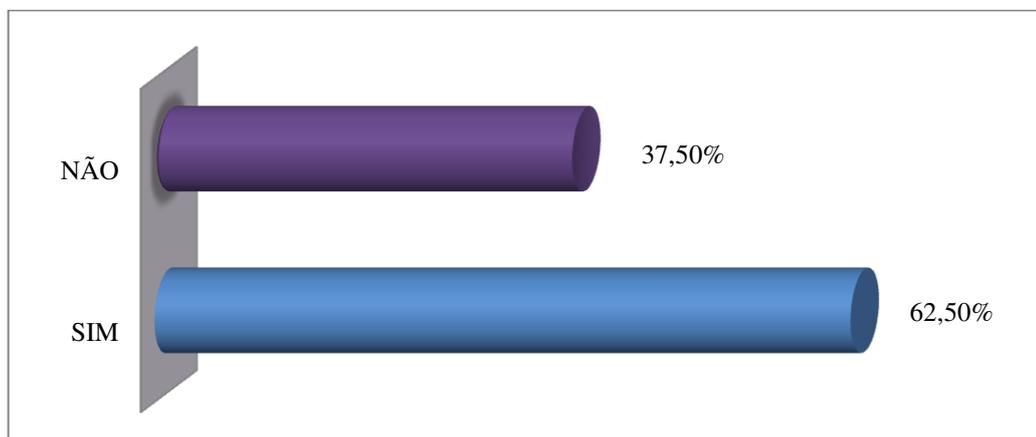
nos receptores celulares, a fim de facilitar a entrada deste hormônio, reduzindo assim os níveis plasmáticos de glicose. Outro fator que colabora para seu uso, é que o Ministério da Saúde por meio da Lei nº 11.347 de 2006 fornece de forma gratuita a toda população esses medicamentos (BRASIL, 2006b).

Outra justificativa para o elevado número de participantes em uso de ADO é o fato de a maioria dos participantes deste estudo ter idade avançada. Santos, Oliveira e Colet (2010) reforçam essa assertiva ao afirmarem que o consumo de medicamentos aumenta com o avanço da idade, pois muitos destes indivíduos apresentam alguma dificuldade que impossibilita a realização de atividade física e/ou seguir o tratamento dietético prescrito, o que necessita de um plano terapêutico baseado em ADO que possa ajudar a diminuir esses problemas.

É oportuno destacar que a insulina como única forma de tratamento não teve grande prevalência, mas quando administrada em associação com ADO representou 17,6% do tratamento. Dessa forma, o uso de insulino terapia visa a administração desse hormônio no tecido subcutâneo, a fim de proporcionar o controle glicêmico, o qual tem demonstrado como condição essencial na prevenção de complicações agudas e crônicas da doença. Para a administração da insulina é necessário que o usuário tenha conhecimento sobre os aspectos relacionados à sua utilização, pois a ação deste medicamento está diretamente ligada a fatores envolvidos desde a aquisição até a sua aplicação.

No Gráfico 5 são agrupados os dados sobre o controle glicêmico, em que é apresentado um consolidado baseado no último teste de glicemia, sendo avaliado se foi ou não realizado o teste.

**Gráfico 5 - Realização de controle glicêmico como prescrição terapêutica. Cuité – PB, 2013.**



**Fonte: Dados da pesquisa, 2013.**

O Gráfico 5 apresenta os resultados quanto a realização do controle da glicemia, o qual demonstra que a maioria (62,5%) faz o controle da glicemia regulamente e 37,5% não realizam. Dentre os indivíduos que responderam “sim” 53,3% faz o controle trimestralmente, 22,2% mensalmente, 13,4% semanalmente, 11,1% diariamente. Pode-se observar que a maioria dos entrevistados só realiza a verificação da glicemia a cada três meses ou não faz em nenhum momento, o que demonstra pouco cuidado na monitoração da glicemia, sendo que isso requer uma melhor análise, pois durante as entrevistas, os participantes demonstraram pouco conhecimento sobre seus parâmetros e sua importância como forma de tratamento.

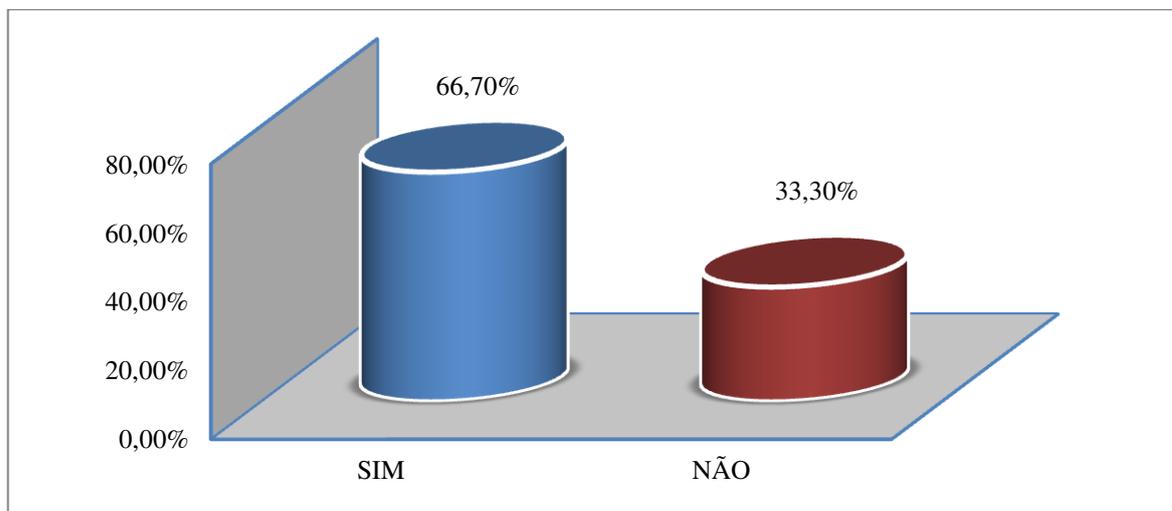
Os resultados apresentados aproximam-se com o estudo realizado pelo Conselho Regional de Farmácia (2010) sobre adesão farmacológica em pacientes com DM tipo 2, o qual constatou que 48% dos indivíduos entrevistados realizam o controle glicêmico regulamente. Com relação a outros estudos sobre adesão não foi verificado dados que identificassem a frequência do controle glicêmico, permitindo concluir que esses estudos demonstram pouco interesse nessa variável.

Em contraponto, o controle glicêmico é considerado um parâmetro importante na avaliação da adesão terapêutica, tendo em vista que quando há uma verificação regular o próprio indivíduo pode avaliar como positivo ou negativo os métodos adotados no seu tratamento, pois a não redução da glicemia serve de alerta para uma melhor adesão aos ADO's ou mesmo as mudanças comportamentais.

Ademais, alguns indivíduos acreditam ser melhor não verificar a glicemia regularmente, pois esta, quando apresenta-se alterada, pode levá-los a desmotivação para seguir o tratamento, ou até mesmo atrapalhar na realização de tarefas cotidianas, devido a preocupação do surgimento das complicações que, no DM, é considerada bastante limitadora e que reduz a qualidade de vida. É importante considerar também que para servir de parâmetro avaliativo de adesão, não basta apenas monitorar a glicemia regulamente, é necessário que as taxas permaneçam sempre dentro dos parâmetros de normalidade.

O Gráfico 6, exposto a seguir, apresenta um consolidado de dados pertinentes à frequência regular dos participantes aos serviços de saúde. A investigação desta informação baseia-se na importância do acompanhamento do paciente por profissionais de saúde, sendo assim considerado um fator positivo para assegurar a adesão terapêutica de modo satisfatório.

**Gráfico 6 - Frequência regular ao serviço de saúde para acompanhamento e controle do DM. Cuité – PB, 2013.**



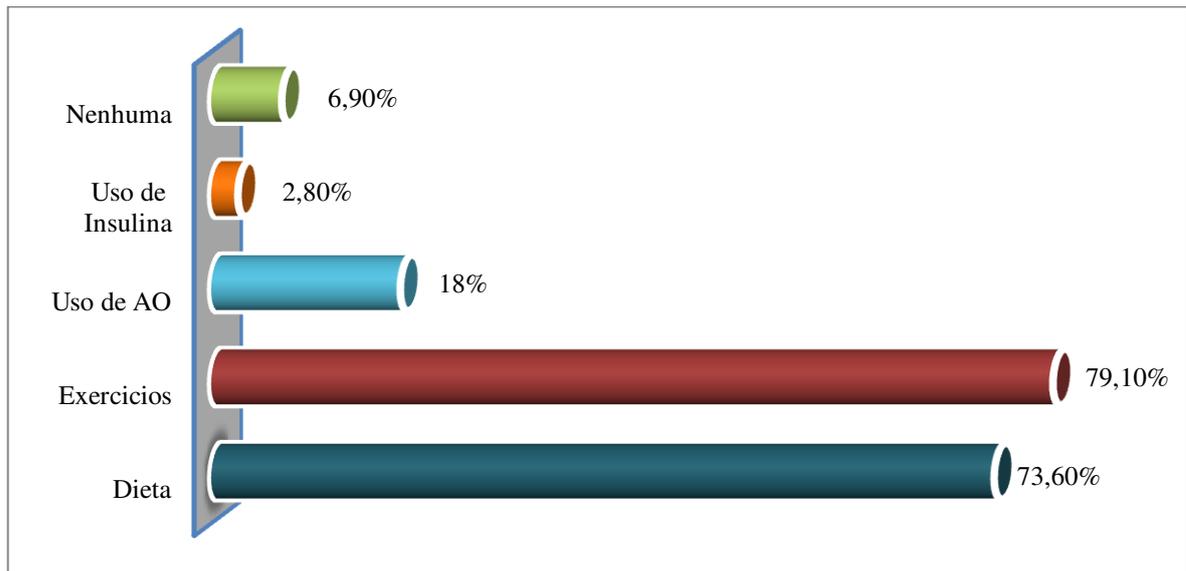
**Fonte: Dados da pesquisa, 2013.**

Quanto a variável frequência regular ao serviço de saúde, 66,7% responderam que frequentam regularmente o serviço de saúde e 33,3% que não frequentam em nenhum momento. Dos 66,7% que responderam “sim” a maioria (87,5%) frequenta trimestralmente, 6,25% bimestralmente e 6,25% mensalmente. Observa-se que a maioria dos entrevistados só vai ao serviço de saúde a cada três meses, isso é justificado pelo fato de ser neste período que é realizada a renovação da receita médica para aquisição de novos medicamentos. Conclui-se, portanto, que grande parte dos pacientes com DM mesmo indo trimestralmente ao serviço de saúde, apenas vai por causa da necessidade da aquisição da medicação e não para realizar avaliação terapêutica periódica.

A frequência de pacientes com diabetes aos serviços de saúde é indispensável para que o contato com a equipe de saúde permita o acompanhamento eficiente da sua condição clínica, assim como o manejo adequado do plano terapêutico. Esta interação ajuda os usuários da seleção do plano mais eficaz, visto que quando estes vão ao serviço de saúde com maior frequência os profissionais passam a conhecer suas realidades e dificuldades para seguir o tratamento, podendo junto ao paciente escolher novas formas de tratamento que possa reduzir os níveis glicêmicos e o surgimento de possíveis complicações.

Diante da dificuldade que muitos pacientes com DM têm em realizar o tratamento da doença, surge um questionamento: quais dificuldades podem interferir mais no seguimento do tratamento? Com base nesta questão, o Gráfico 7 traz os resultados quanto a essas dificuldades.

**Gráfico 7 - Dificuldades no seguimento do tratamento do DM\*. Cuité – PB, 2013.**



**Fonte: Dados da pesquisa, 2013.**

\*Múltiplas respostas

Como mostra o Gráfico 7, dos participantes do estudo apenas 6,9% relatam não possuir nenhuma dificuldade para realizar o tratamento, enquanto que a maioria queixa-se de possuir dificuldade na realização de exercícios físicos (79,1%) e seguimento da dieta prescrita (73,6%). Quanto ao uso de ADO e insulina, apenas 18% e 2,8% respectivamente, mencionaram ter dificuldades, seja na administração ou devido questões associadas ao esquecimento do uso no horário preconizado. Sendo assim, é notório o quanto esses indivíduos têm dificuldade para seguir o tratamento por meio das mudanças comportamentais (dieta e exercícios físicos) em detrimento ao uso de medicamentos.

Quanto às dificuldades na realização de exercícios físicos as principais justificativas foram a falta tempo e a desmotivação. Outros participantes mencionaram ainda possuir alguma complicação que impossibilita a realização de tais atividades, sendo que nesse estudo pode ser justificado pelo fato da maioria deles terem idade elevada e que pode ser considerado um fator limitante para a prática de exercícios. A dieta é outro fator que os participantes têm dificuldade para seguir, e segundo Santo et al. (2012), a baixa adesão está vinculada a forma como os profissionais orientam os diabéticos.

Durante a aplicação do questionário pôde-se observar que as maiores dificuldades com relação ao ADO e a insulina foi o esquecimento do horário, dado esse que corrobora o estudo de Santos, Oliveira e Colet (2010) sobre adesão ao tratamento medicamentoso com pacientes

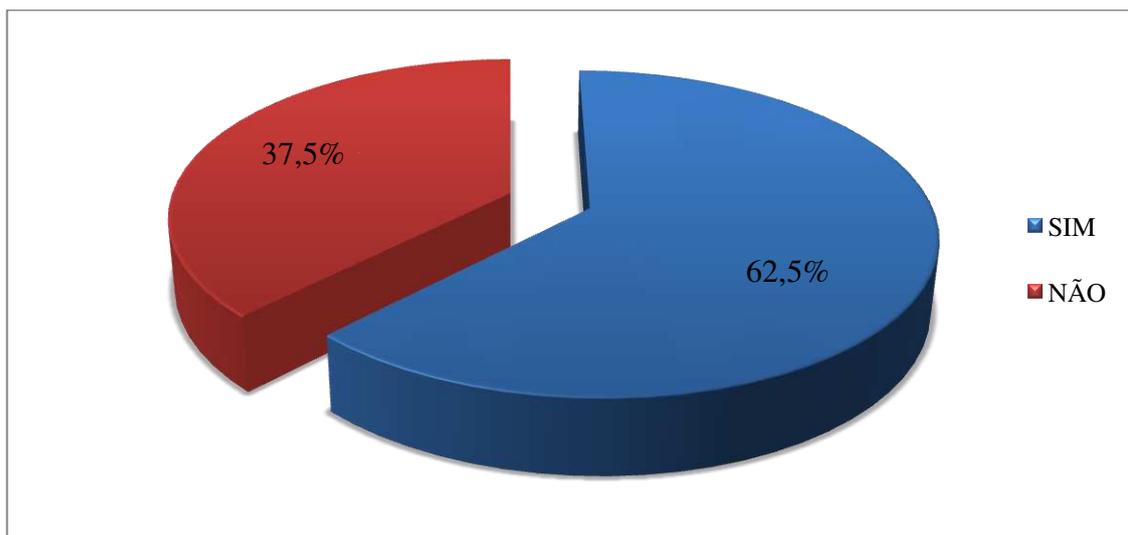
diabéticos no Município de Ijuí - RS, o qual relata que a maior causa de não adesão encontra-se no esquecimento de tomar a medicação no horário prescrito.

Em estudo realizado por Cotta et al. (2009) com pacientes diabéticos, a maior dificuldade dos sujeitos entrevistados em realizar o tratamento da doença foi quanto a mudanças de hábitos, sobretudo no que diz respeito à alimentação, em que 71,7% relataram ter dificuldade para seguir o plano alimentar e 15% queixaram-se de dificuldade na prática de exercícios, dados estes que não encontram-se totalmente em acordo com o estudo mencionado acima. Esse assunto será detalhado mais adiante no tópico avaliação da adesão a medicação prescrita.

Outro fator mencionado anteriormente que pode justificar a dificuldade na adesão é a condição econômica dos indivíduos pesquisados, visto que o tratamento da DM requer gastos relativos à aquisição de alimentos para uma dieta equilibrada, medicamentos e exames que muitas vezes não são disponibilizados pelo SUS e uso de calçados apropriados para reduzir as chances de complicações.

No que concerne aos aspectos voltados para a participação da família na adesão ao tratamento da DM, o gráfico a seguir apresenta os dados obtidos a partir das respostas proferidas pelos participantes do estudo.

**Gráfico 8 – Apoio da família para o seguimento do tratamento do DM. Cuité – PB, 2013.**



**Fonte: Dados da pesquisa, 2013.**

Conforme pode ser visto no Gráfico 8, a maioria dos participantes (62,5%) tem o apoio da família para o seguimento do tratamento, enquanto que 37,5% relataram não receber tal apoio. Dentre os sujeitos que referiram que a família ajuda no plano terapêutico, 53,0%

respondeu receber apoio da família para seguir o plano alimentar, 22% para seguir realizando atividades físicas regularmente, 12,5% para administrar as medicações no horário prescrito e 12,5% para atividade física e plano dietético associados. Quando questionados quanto ao membro da família que fornece o apoio, 67,5% responderam que são apoiados pelos filhos, 25,5% pelas esposas e 7,0% pelos pais.

O resultado obtido neste estudo corrobora as pesquisas desenvolvidas por Farias (2008), Teixeira et al. (2007) e Tobias e Dadalti (2011), nas quais 65,2%, 72,7% e 73,4% dos participantes, respectivamente, relatam que se sentem apoiados para realização do tratamento do DM e que esta condição ajuda positivamente no controle da doença, diminuindo o surgimento de sintomas e complicações, além de melhorar o autoestima para o seguimento de outras estratégias e orientações que influenciam positivamente na redução da glicemia.

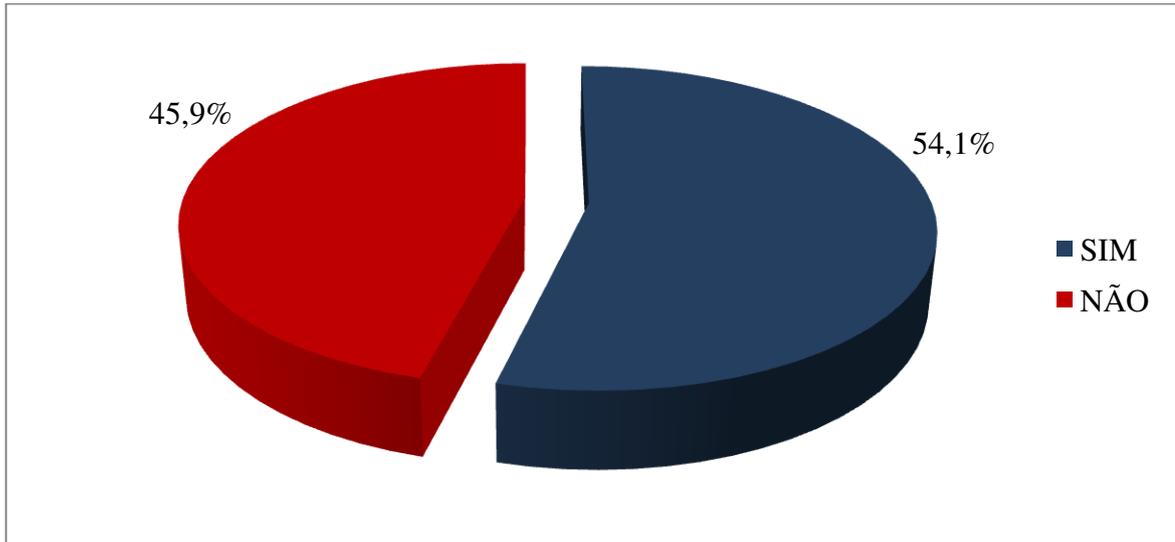
Para os autores anteriormente referenciados, o apoio familiar é o principal determinante para a adesão a terapia medicamentosa, pois os pacientes que referem ter apoio social, seja ele de familiar ou amigos, apresentam maior prevalência de adesão ao tratamento da doença, uma vez que o suporte familiar proporciona melhora os níveis de motivação e isso faz com que eles passem a acreditar mais no tratamento, a fim de ter uma vida melhor. A OMS (2003), reforça esta assertiva ao enfatizar que o apoio social, principalmente da família, interfere diretamente na adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso para o controle do DM, principalmente na população adulta e entre os jovens.

Sendo assim, é notória a importância de uma educação em saúde não apenas para os pacientes, mas também para os familiares, pois a participação de um familiar no processo educativo incentiva-os para o seguimento do tratamento na medida em que se colocam como fonte de apoio emocional nos momentos que estes se sentem impotentes diante dos desafios advindos da doença. Infelizmente ainda são poucos os estudos sobre adesão que discutem a questão do apoio familiar como elemento essencial à condução da terapêutica.

É oportuno ressaltar que quando não ocorre uma adesão satisfatória ao tratamento do DM somado ao tempo de diagnóstico longo, podem surgir diversificadas e complexas complicações da doença, sejam elas agudas ou crônicas, sendo as últimas altamente incapacitantes.

A seguir, nos Gráficos 9 e 10 podem ser visualizados os resultados quanto a presença e tipos de complicações que mais atingem a população em estudo.

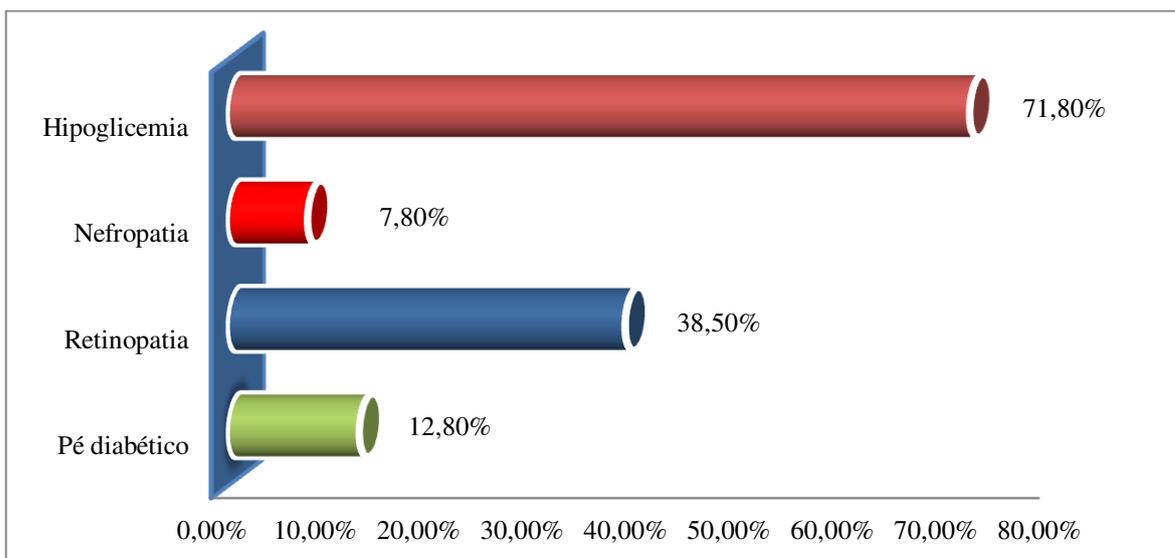
**Gráfico 9 – Presença de complicações do Diabetes Mellitus. Cuité – PB, 2013.**



**Fonte: Dados da pesquisa, 2013.**

Dos sujeitos entrevistados, 54,1% relataram apresentar alguma complicação da doença, enquanto 45,9% referiram não possuir nenhuma. Considerando que a maior parte dos participantes possui algum tipo de complicação, concebe-se esse resultado como um fator de preocupação e intimamente ligado ao baixo nível de adesão ao tratamento, principalmente o não-medicamentoso. Dentre os participantes que referiram ter complicações, o Gráfico 10 traz a descrição dessas complicações.

**Gráfico 10 - Tipo de complicação apresentada pelos participantes. Cuité – PB, 2013.**



**Fonte: Dados da pesquisa, 2013.**

\* Múltiplas respostas

A partir dos resultados apresentados no Gráfico 10, em que múltiplas respostas foram apontadas pelos participantes, pode-se constatar que 71,8% afirmaram apresentar hipoglicemia como complicação, 38% referiram apresentar retinopatia, 12,8% pé diabético e 7,8% nefropatia. Diante do exposto, observa-se que o quantitativo de complicações apresentadas pelos participantes é bastante significativo, sendo este o dado mais relevante na comprovação da fragilidade na adesão ao tratamento do DM.

Esses índices de complicações podem ser justificados pelo contexto social em que os participantes estão inseridos (baixa escolaridade e condições financeiras insatisfatórias), pelas limitações de interesse e preocupação com o auto cuidado, assim como pela dificuldade de acesso a todos os serviços voltados para o atendimento ao paciente com diabetes. Embora a universalidade, integralidade e equidade sejam princípios doutrinários do SUS a serem assegurados aos cidadãos brasileiros e reconhecendo que a saúde pública muito tem avançado na assistência ao paciente com diabetes, muitas dificuldades ainda são visualizadas na oferta gratuita de consultas, medicamentos, exames diagnósticos, procedimentos cirúrgicos e tratamentos de alta complexidade, os quais também podem ser fatores condicionantes no desenvolvimento de complicações da doença.

Outra questão que merece ser destacada é que a maioria dos participantes apresenta idade acima dos 50 anos e teve a doença diagnosticada há, no máximo, há 10 anos, parâmetro este que também está diretamente ligado ao processo de desenvolvimento de complicações. Quanto maior o tempo da doença somada à vulnerabilidade da idade, maior é a probabilidade de surgir complicações (SBD, 2012).

Para Farias (2008), a não adesão ao plano terapêutico acarreta o surgimento mais rápido das complicações do DM. Com base nesta afirmativa, apesar da hipoglicemia ter sido a complicação mais prevalente (71,8%) nos participantes, sendo esta uma complicação aguda do diabetes, a nefropatia, a retinopatia e o pé diabético, que são complicações crônicas, quando somados os percentuais totalizam 59,1%, resultado este que eleva a preocupação quanto ao manejo terapêutico porque reforça com propriedade o baixo nível de adesão. Conforme Smeltzer e Bare (2009), as complicações crônicas são as principais causas de morbidade e mortalidade nos portadores de DM tipo 2, além de reduzir a qualidade de vida do indivíduo e aumentar os custos diretos e indiretos do tratamento.

Esse estudo corrobora os dados do Ministério da Saúde que descrevem que a prevalência de retinopatia nos portadores de DM é alta e que é cada vez mais crescente, sendo considerado um marcador precoce do início das complicações microvasculares e de alto risco

de comprometimento renal, concorrendo para a necessidade de realização de tratamento hemodialítico (BRASIL, 2006a).

Nos últimos anos a frequência de hospitalização de pacientes com complicações advindas do DM têm crescido de forma assustadora, e isso tem levado ao aumento do custo do tratamento tanto para o Governo quanto para o próprio paciente. Segundo a OMS (2003), 30-65% do custo total dispensado para o tratamento da DM é destinado às hospitalizações relacionadas às complicações associadas à doença. Esses dados, por sua vez, apontam que o sistema de saúde apresenta-se, ainda, voltado para as ações curativas em nosso país, apesar das diversas estratégias para modificação desse quadro. Constata-se, também, que nas instituições de saúde, pouca ênfase tem sido dada às ações relacionadas à modificação do estilo de vida e educação do paciente para o seguimento do plano terapêutico instituído.

É importante destacar que para uma redução dessas complicações nos portadores de DM, faz necessário um esforço mútuo que envolva paciente, família, equipe de saúde e gestão de saúde, cada qual com sua responsabilidade. Quanto ao indivíduo, o autocuidado é imprescindível, pois este deve ter o desejo de participar ativamente do processo terapêutico para alcançar resultados positivos quanto à redução dos níveis glicêmicos e conseqüentemente as complicações, através do cumprimento dos horários da medicação, adoção de uma dieta equilibrada quanto aos níveis de carboidratos e colesterol e a realização de exercícios físicos regularmente.

A equipe de saúde também tem importância direta na diminuição do surgimento de complicações, visto que lida diretamente com estes indivíduos, sendo que a responsabilidade desta equipe vai além da administração de uma medicação, verificação de níveis glicêmicos e esclarecer dúvidas, é importante que a equipe multiprofissional realize a educação em saúde nas residências daqueles usuários que não frequentam o serviço de saúde, além de ministrar palestras que possam levar o conhecimento da importância da adesão ao tratamento como forma de evitar o surgimento de complicações que, como mencionado anteriormente, causam incapacidades que diminuem a qualidade de vida.

Os órgãos de saúde também desempenham papel crucial na redução de complicações haja vista serem os responsáveis diretos pela distribuição de medicamentos, viabilização de exames e procedimentos diagnósticos e curativos, desenvolvimento de programas e políticas públicas, além de favorecer a disponibilidade de profissionais de saúde que possam direcionar suas atividades a essa população, conscientizando-a sobre o tratamento da doença e a importância da adesão.

### 4.3 Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso segundo o teste Morisky-green

A Tabela 9 apresenta o consolidado de respostas de acordo com a aplicação do Teste Morisky-green (TMG), o qual objetiva avaliar o comportamento dos pacientes ao uso habitual do medicamento prescrito. A classificação quanto ao nível de adesão é feita através das respostas às perguntas, sendo atribuído 01 (um) ponto para as respostas positivas e 0 (zero) para as negativas. Sendo assim, são considerados ótimos aderentes quando todas as respostas são negativas. Quando uma ou duas são afirmativas este é considerado com média adesão e quando três ou as quatro são afirmativas são considerados não aderentes ao tratamento medicamentoso. É oportuno destacar que os dados a seguir referem-se ao total de 68 participantes que mencionaram fazer uso de medicamento como forma de tratamento do DM.

**Tabela 9 - Distribuição dos resultados da avaliação da adesão medicamentosa conforme Teste Morisky-green. Cuité – PB, 2013.**

<i>Pontuação</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
0 (Zero) - Ótimo aderente	25	36,8%
1 a 2 - Médio aderente	32	47%
≥ 3 - Não aderente	11	16,2%
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

De acordo com a Tabela 9, o maior percentual obtido (47%) revela que os entrevistados classificam-se no nível médio de adesão ao tratamento medicamentoso (somatório de pontos entre 1 e 2), 36,8% obtiveram pontuação igual a 0 (zero), os quais são considerados como ótimos aderentes e apenas 16,2% tiveram pontuação superior a 3, sendo considerados como não aderentes ao plano medicamentoso prescrito.

A partir do exposto, mesmo a maioria não aderindo completamente ao tratamento medicamentoso, pode-se considerar que a maior parte (83,8%) dos entrevistados é considerada aderente, o que pode ser considerado um fator positivo haja vista os ADO's serem elementos indispensáveis ao tratamento do DM e os responsáveis pela redução dos níveis glicêmicos e do surgimento de complicações da doença (SBD, 2012).

Ao investigar a prevalência da adesão aos ADO's, observa-se que esse resultado corrobora o estudo realizado por Gimenes, Zanetti e Haas (2009) em uma população de diabéticos em uso de terapia medicamentosa. Já outro estudo realizado por Groff, Simões e Fagundes (2011) no Município de Criciúma-SC, sobre avaliação da adesão ao tratamento do diabetes tipo 2, aponta uma menor prevalência na adesão, em que apenas 33% dos

entrevistados seguem o tratamento medicamentoso conforme a prescrição médica. Um estudo realizado por Trentin (2009) na cidade de Porto Alegre mostra divergência quanto aos estudos mencionados, visto que descreve que houve maior prevalência de não aderentes 77,2% dos participantes da pesquisa.

Os estudos realizados por Farias (2008) e o pelo Conselho Regional de Farmácia (2010) corroboram o presente estudo, pois ambos apresentaram altas taxas de adesão 78,3% e 82,3%, respectivamente, ao tratamento medicamentoso.

A questão da não adesão ao tratamento medicamentoso tem tomado importância nas últimas décadas e vem sendo incluído na lista de preocupação dos profissionais de saúde, visto que pacientes com baixo grau de adesão aos tratamentos prescritos contribui substancialmente para o agravamento da doença, morte e aumento dos custos dos serviços de saúde, além de aumentar os riscos para o surgimento de complicações (GROFF; SIMÕES; FAGUNDES, 2011).

Nesse contexto, o elevado índice de adesão medicamentosa encontrado no estudo pode estar ligado diretamente à acessibilidade dos pacientes aos medicamentos e aos serviços de saúde oferecidos de maneira gratuita pelo SUS, como exemplo pode-se citar a Estratégia Saúde da Família que enquanto política pública nacional, tem se destacado como estratégia de reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. Considerando que o trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESFs) permite o conhecimento da realidade social que acomete os indivíduos, isso facilita a atuação dos profissionais nos determinantes do processo saúde-doença. Além disto, por meio do Programa HIPERDIA pode-se detectar as dificuldades que impedem maior adesão ao tratamento e buscar o estabelecimento de parcerias para disseminar a importância do cuidado aos pacientes (MIRANZI et al., 2008).

O Programa HIPERDIA perpassa as ações dos trabalhadores de saúde e tem como proposta a prevenção de complicações decorrentes da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo e diabético prescrito pelo médico. Os pacientes acometidos pelo DM por meio do cadastro nesse programa têm acesso aos medicamentos de forma sistemática, regular e gratuita, o que torna o tratamento com hipoglicemiantes acessível a toda a população independente da condição social (BRASIL, 2006a).

## *5 Considerações Finais*

---

Diante da execução deste estudo foi possível constatar o quanto é complexo e incerto inferir que um determinado grupo de pacientes com diabetes mellitus é fiel ou não à adesão ao tratamento. Esse cenário se desenha porque muitos fatores estão envolvidos no complexo processo terapêutico do diabetes, desde o uso de medicamentos, mudanças no estilo de vida, aceitação do caráter crônico degenerativo da doença, apoio familiar e acesso aos serviços de saúde.

Com base nos resultados obtidos, é possível, portanto, concluir que a adesão às mudanças comportamentais (dieta e/ou exercícios físicos) é mais difícil de ser verificada nos pacientes com DM que a adesão medicamentosa, uma vez exige maior esforço, dedicação e comprometimento diário dos indivíduos, enquanto a terapia medicamentosa depende apenas de cuidados com o manuseio e horários da administração para que a adesão seja considerada eficaz.

Outro achado importante na pesquisa foi que o sexo prevalente é o feminino e quando se correlaciona este resultado com a literatura especializada na temática, verificam-se outros estudos cuja prevalência do sexo feminino foi mais significativa. Contudo, embora este não possa ser considerado um fator de risco, acaba refletindo na necessidade de enfatizar que a maior procura dos serviços de saúde é pelas mulheres e isso ajuda a diagnosticar a doença mais precocemente, tornando o processo de adesão feminino mais eficaz.

Conforme discussão durante o estudo, as variáveis socioeconômicas tem expressiva influência no processo de adesão à terapêutica da doença, considerando que o poder aquisitivo pode ajudar na aquisição medicamentos ou na realização de procedimentos diagnósticos, curativos ou de reabilitação que não são oferecidos com facilidade pelos serviços públicos de saúde. A prevalência de participantes casados também envereda para a influência positiva na adesão ao tratamento, pois o cônjuge revela-se como um elemento essencial no incentivo ao seu manejo eficaz. A baixa escolaridade dos participantes, por sua vez, reflete no aumento da vulnerabilidade para a não adesão, uma vez que o nível de conhecimento influencia no entendimento das finalidades dos planos terapêuticos oferecidos pela equipe de saúde.

Quanto à faixa etária, tendo em vista que grande parte da amostra possui idade elevada, é possível expor uma conclusão paradoxal, pois se por um lado a maioria dos participantes é aposentada e não possui carga laboral, o que indica que estes podem dispensar um maior tempo para o cuidado com a saúde; sob outro aspecto, devido o avançar da idade, muitos tem dificuldade em realizar atividades físicas e cuidarem da própria alimentação. Nesta lógica, a idade pode ou não revelar-se como fator que interfere no controle glicêmico e consequentemente na adesão terapêutica.

Em se tratando dos objetivos do estudo propriamente ditos, o controle glicêmico pouco é realizado pelos participantes, o que reforça a marginalização da importância desta variável. Tal resultado pode ser consequência da falta de conhecimento dessa população quanto à finalidade desse controle. No que diz respeito aos fatores dificultadores para a adesão, os participantes reforçaram o que a literatura aponta, isto é, que a maior dificuldade está em realizar atividades físicas e em seguir um plano alimentar adequado, atos comportamentais que neste estudo podem estar atrelados à baixa condição socioeconômica e a idade. Enquanto a falta de condições financeiras limita a aquisição e preparo de alimentos mais saudáveis, a idade avançada aponta para uma fragilidade na estrutura e no condicionamento físico que dificultam a prática regular de atividades.

Outra condição que dificulta o seguimento de um plano terapêutico adequado é o surgimento das complicações da doença, por impactarem de modo impressionante no bem-estar, na saúde e na qualidade de vida. Nessa linha de discussão, as complicações mais prevalentes neste estudo foram a hipoglicemia seguida da retinopatia, sendo que esta última dificulta a realização de atividades físicas, administração de medicamentos e o preparo de uma alimentação, além de tornar o indivíduo dependente de outras pessoas para a realização das tarefas do dia a dia, o que os deixa desmotivados para seguir o tratamento da doença.

No que se refere à adesão da terapêutica medicamentosa, verificou-se que 83,3% dos participantes são aderentes, embora os resultados tenham mostrado que existiram diferentes níveis de adesão quanto às variáveis utilizadas nesta investigação. Dessa forma, apesar da adesão medicamentosa neste estudo ter apresentado resultado expressivo, permanece abaixo do índice de adesão recomendado na literatura e na prática profissional. Torna-se uma necessidade premente o reconhecimento da importância de assegurar excelentes níveis de adesão, bem como a construção de estratégias de promoção da saúde que otimize tais resultados, tanto por parte do paciente e família, como pelos profissionais de saúde e gestão.

Sendo assim, apesar do pleno alcance dos objetivos elencados nesta investigação continua indiscutível a necessidade de execução de outros estudos que traduzam com mais ênfase e precisão a problemática da adesão ao tratamento do DM, proporcionando assim importantes subsídios para a elaboração e implementação de programas educativos para sensibilizar pacientes, familiares e profissionais de saúde no comprometimento e na educação frente à adesão terapêutica e à assistência humanizada, eficaz e de qualidade, priorizando a prevenção de complicações, a mudança no estilo de vida, a promoção da adesão ao tratamento de modo eficiente e o melhor controle da doença.

*Referências*

---

ASSOCIAÇÃO LATINOAMERICANA DE DIABETES. Bogotá, v. 1, n. 4, out/ dez. 2011.

ARAÚJO, M. F. M. et al. Cumprimento da terapia com antidiabéticos orais em usuários da atenção primária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 135-43, Jan/Mar. 2011. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/16.pdf)> Acesso em: 07 abr. 2012.

ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva** Ventosa, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, p. 2189-2197, 2 out. 2008. Disponível em: Acesso em: 24 mai. 2012. Disponível em: <[redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63009624.pdf](http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63009624.pdf)> Acesso em: 05 mai. 2012.

BARROS, A. C. M.; ROCHA, M. B.; HELENA, E. T. S. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina, Florianópolis, **ACM: Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 1, nov. 2008. Disponível em: <[www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/.../files\\_4c0e47a93ae90.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/.../files_4c0e47a93ae90.pdf)> Acesso em: 20 mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus**. n. 16. Brasília – DF: 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília - DF, 1996.

\_\_\_\_\_. Lei n. 11.347, de 27 de Setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 set. 2006b.

BOAS, L. C. G. V, et al . Adesão à Dieta e ao Exercício Físico das pessoas com Diabetes Mellitus. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 272-9. Abr/jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a08v20n2.pdf>>. Acesso em: 27 Abr. 2012.

BOAS, L. C. G. V. et al. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Latino Am Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 1-8, jan/fev. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_08.pdf)>. Acesso em: 17 Mai. 2012.

BUSNELLO, F. M. et al. Intervenção Nutricional e o Impacto na Adesão ao Tratamento em Pacientes com Síndrome Metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 97, n. 3, p. 217- 224. Set. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2011005000077](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2011005000077)>. Acesso em: 25 abr. 2012.

CENTRO DO HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ. **Convivendo com Diabetes**. São Paulo, p. 1-109. 2009.

COELHO, C. R. **Adesão ao Tratamento: Análise de Contingências de Indivíduos Portadores de Diabetes Mellitus tipo II.** 2008. 106f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciência da Vida, Pontifícia Universidade Católica, Campinas.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 311/2007.** Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.

Conselho Regional de Farmácia. CRF. **Adesão ao tratamento farmacológico em pacientes com diabetes mellitus tipo 2.** João Pessoa – PB. p.13, 2010. Disponível em:<[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_08.pdf)>. Acesso em: 17 Mai. 2012.

COTTA, R. M. M. et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira - MG. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 14, n.04, p. 1251-1260. 2009. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a26v14n4.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a26v14n4.pdf)> Acesso em: 20 Mar. 2013.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES-SBD. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus.** Rio de Janeiro: Diagraphic. v. 1, p. 8. Ago.2007 Disponível em:<<http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 18 Abr. 2012.

FARIA, H. T. G. et al. Conhecimento sobre terapêutica medicamentosa em diabetes: Um desafio na atenção à saúde. **Rev. Acta Paul Enferm**, V. 22, n. 05, p. 612-617. Out. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000500003>. Acesso em: 23 Mar. 2013.

FARIAS, H. T. G. **Fatores Relacionados à Adesão do Paciente Diabético a Terapêutica Medicamentosa.** 2008. 146f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo - SP. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-27092010-161411/pt-br.php>>. Acesso em: 07 abr. 2012.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, V. 26, n.01, p. 175-184. Jan. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000100018>. Acesso em: 02 abr. 2013.

GIL, A.C. **Como elaborar Projeto de Pesquisas.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, G. P; HADDAD, M. C. L; GUARIENTE, M. D. M. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 2, p. 141-154, jul/dez. 2008. Disponível em: [www.uel.br/proppg/portal/pages/.../pdf/semina\\_29\\_2\\_20\\_30.pdf](http://www.uel.br/proppg/portal/pages/.../pdf/semina_29_2_20_30.pdf) .Acesso em: 13 abr. 2012.

GIMENES, H. T; ZANETTI, M. L; HAAS, V. J. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Rev. Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 17 n. 1,

jan-fev. 2009. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_08.pdf) Acesso em: 13 mar. 2013.

GROFF, D. P; SIMÕES, P. W. T. A; FAGUNDES, A. L. S. C. Adesão ao Tratamento de pacientes Diabéticos tipo II, usuários da Estratégia Saúde da Família situada no bairro metropol de Criciúma – SC. **Arquivo Catarinense de Medicina**, Criciúma – SC, V. 40, n.03, 2011. Disponível em: [www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/878.pdf](http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/878.pdf) Acesso em: 09 mar. 2013.

IDF. International Diabetes Federation. **Annual Report 2011**. Belgium: IDF, 2011. Disponível em: <<http://www.idf.org/publications/annual-report-2011>> Acesso em: 13 de abril de 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em 24 Abr. 2012.

KNUTH, A. G. et al. Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V. 25, n.03, p. 513-520. Mar. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000300006&script=sci_arttext). Acesso em: 22 mar. 2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUES, P. A. C. **Pacientes com Câncer em Tratamento Ambulatorial em um hospital privado: atitudes frente á terapia com antineoplásicos orais e lócus de controle de saúde**. 2006. 147f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-15012007-155341/pt-br.php>>. Acesso em: 25 abr.2012.

MIRANZI, S. D. S et al. Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes mellitus e Hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.4, p. 672-9. out-dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf> >. Acesso em: 3 mai.2012.

OLIVEIRA, N. F. et al. Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em grupo de apoio psicológico. **Rev. Brasileira de Enfermagem – REBEn**, Ribeirão Preto - SP, v. 64, n.2, p.301-307, mar/abr. 2010. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a13v64n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a13v64n2.pdf). Acesso em: 07 mai. 2012.

OLIVEIRA, G. K. S; OLIVEIRA, E. R. Assistência de enfermagem ao portador de diabetes mellitus: um enfoque na atenção primária em saúde. **Veredas Favip: Revista Eletrônica de Ciências**, Caruaru, v. 3, n. 2, p. 40-48, jul/dez. 2010. Disponível em: [www.redentor.inf.br/.../31072012TCC%20Viviane%20Helena%20Fi](http://www.redentor.inf.br/.../31072012TCC%20Viviane%20Helena%20Fi). Acesso em: 07 mar. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação, relatório mundial**. Brasília - DF, p. 1-105. 2003.

PALOTA, L. **Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial:** estudo entre usuários cadastrados no entro de saúde de um município do interior paulista. 2010. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão preto, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em:

[www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde.../LeticiaPalota.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde.../LeticiaPalota.pdf) Acesso em: 03 mar. 2013.

PEREIRA, G. F. S; BARBOZA, G. P; MIYAR, L. O. Características do tratamento medicamentoso de pacientes diabéticos de uma Unidade Básica de Saúde. **Rev. Ciência & Saúde**, Porto Alegre – RS, V. 3, n. 2, p. 35-44, jul/dez. 2010. Disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/7500>. Acesso em: 03 mar. 2013.

PONTIERI, F. M; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.1, p.151-160. Nov/dez. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-8123201000010002>. Acesso em: 03 abr. 2012.

REGO, A. R. F. **Qualidade de vida em pacientes Hipertensos e Hipertensos-Diabéticos.** 2011. 84f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Universidade Estadual da Paraíba, Pró Reitoria de Pós- Graduação e pesquisa, Campina Grande. Disponível em:

[http://bdtd.uepb.edu.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=216](http://bdtd.uepb.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=216). Acesso em: 04 abr. 2013.

SANTOS, F. S; OLIVEIRA, K. R; COLET, C. F. Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de Diabetes Mellitus atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ijuí/RS: um estudo exploratório. **Rev. Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Ijuí – RS, V. 31, n.03, p. 223-227. Ago. 2010. Disponível em: [http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewFile/1572/992](http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/1572/992). Acesso em: 04 mar. 2013.

SANTO, M. B. E. et al. Adesão dos portadores de Diabetes Mellitus ao Tratamento Farmacológico e não Farmacológico na Atenção Primária de Saúde. **Rev. Enfermagem Revista**, V. 15, n. 01, Jan/Abr. 2012. Disponível em:

<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/.../3655> Acesso em: 20 mai. 2012.

SMELTEZER, S. C.; BARE, B. G.; BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA SOBRE DIABETES. Atualização Brasileira sobre Diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006. Disponível em:

[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/atualizacao\\_diabetes2006.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/atualizacao_diabetes2006.pdf). Acesso em: 23 de Abril de 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES: **Diagnóstico e Tratamento do Diabetes tipo 1:** Posicionamento oficial. São Paulo, 2012. Disponível em:

<http://www.diabetes.org.br/images/stories/pdf/diagnostico-e-tratamento-dm-posicionamento-da-sbd-2012.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES: Manual de enfermagem: cuidados de enfermagem em Diabetes mellitus. São Paulo, 2009. Disponível em: <[http://www.diabetes.org.br/attachments/1118\\_1324\\_manual\\_enfermagem.pdf](http://www.diabetes.org.br/attachments/1118_1324_manual_enfermagem.pdf)>. Acesso em: 25 mai. 2012.

TRENTIN, C. S. N. **Adesão Medicamentosa em Pacientes Idosos Diabéticos**. 2009. 103f. Dissertação (Mestrado em gerontologia Biomédica) - Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – RS. Disponível em: [http://tede.pucrs.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=2070](http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2070). Acesso em: 25 mai. 2012.

TEXEIRA, C. R. S. et al. Caracterização dos pacientes diabéticos atendidos em um centro educativo em diabetes (CED). **Diabetes clínica**, v. 11, n. 4, p.338-344, jul/Ago. 2007. Disponível em: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=N112716>. Acesso em: 25 mar. 2013.

TOBIAS, R. F; DADALTI, M. R.M. **Diabetes: Dificuldades de adesão ao tratamento, uma experiência adquirida na prática – estudo de caso**. 2011. 23f. Atividades práticas da disciplina de Interação Comunitária do curso de Medicina da Faculdade Atenas-MG. Disponível em: <http://www.atenas.edu.br/faculdade/arquivos/NucleoIniciacaoCiencia/1SEM2011/artigo%206%201%202011.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.

TORRES, H. C. et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n.02, p. 291-298. Dez. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000200010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000200010&script=sci_arttext). Acesso em: 20 mar. 2013.

*Apêndices*

---

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem como título “**Adesão ao Tratamento do Diabetes Mellitus: Uma investigação com usuários da estratégia Saúde da Família de Cuité- PB**” e está sendo desenvolvida pelo aluno Clécio Alves e Silva do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob a orientação do Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira, cujos objetivos são: averiguar a adesão terapêutica de usuários portadores de Diabetes Mellitus acompanhados pela estratégia saúde da família do município de Cuité-PB; descrever a caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes da pesquisa; verificar a adesão dos participantes ao tratamento não-medicamentoso e medicamentoso do diabetes; identificar dificuldades apresentadas pelos participantes para a efetiva adesão ao tratamento do diabetes.

O desenvolvimento desta pesquisa justifica-se pela necessidade de averiguar no município de Cuité-PB se os portadores de Diabetes Mellitus aderem ou não aos tratamentos da doença e quais os motivos que podem relacionar-se. Dessa forma, solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma e informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia de desistir da mesma, que você não sofrerá nenhum risco e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação.

Os dados serão coletados através de questionários contendo perguntas objetivas e de fácil preenchimento, podendo também ser utilizado gravador nas entrevistas, e posteriormente farão parte de um trabalho de conclusão de curso a ser apresentado, defendido e posteriormente publicado no todo ou em parte em eventos científicos, periódicos e outros, tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo. Informamos ainda que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

A sua participação na pesquisa é voluntária, sendo assim, você não é obrigado a fornecer as informações solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, essa decisão será respeitada e acatada.

Estaremos a sua inteira disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários em qualquer etapa desta pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos sua valiosa contribuição para o engrandecimento do conhecimento científico.

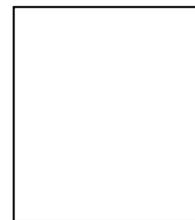
Eu, \_\_\_\_\_, declaro que entendi os objetivos, justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento assinada por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

Cuité – PB, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2013.

\_\_\_\_\_  
Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira  
Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_  
Clécio Alves e Silva  
Pesquisador Participante

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa/Testemunha



**Endereço do pesquisador responsável:**

Centro de Educação e Saúde – Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité.  
Sítio Olho d’água da Bica, Cuité – PB. Telefone: (83) 3372-1900

**Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HUAC:**

Rua Dr. Carlos Chagas s/n, São José, Campina Grande – PB.  
Telefone: (83) 2101-5545

**APÊNDICE B**  
**QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS**

**\* Dados relacionados à caracterização sociodemográfica e econômica dos participantes**

**Questionário nº:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**

Masculino       Feminino

**Estado Civil:**

Solteiro     Casado     Viúvo     União consensual     Divorciado

**Escolaridade:**

- Não alfabetizado  
 Ensino Fundamental incompleto  
 Ensino Fundamental completo  
 Ensino Médio incompleto  
 Ensino Médio completo  
 Ensino superior

**Renda Familiar:**

- até 1 salário mínimo  
 de 1 a 2 salários mínimos  
 de 3 a 4 salários mínimos  
 acima de 5 salários mínimos

**Ocupação atual:** \_\_\_\_\_

**\* Dados relacionados aos objetivos propostos na pesquisa**

**Resultado do último Teste de Glicemia realizado:** \_\_\_\_\_ mg/dL

**1. Há quanto tempo descobriu que tem diabetes?**

0 a 5 anos     6 a 10anos     11 a 15anos     >16anos

**2. Você faz seu tratamento por meio de dieta adequada?**

- Sempre, conforme orientação profissional  
 Quase sempre  
 Às vezes  
 Quase nunca  
 Nunca

**3. Você faz seu tratamento por meio de prática de atividades físicas?**

( ) Sim, sempre conforme orientação profissional

( ) Não

Frequência das atividades físicas: \_\_\_\_\_ vezes/semana

Tipo de atividade física: \_\_\_\_\_

**4. Você faz seu tratamento por meio do uso de medicamentos?**

( ) Sim, comprimidos

( ) Sim, insulina

( ) Sim, comprimido + insulina

( ) Não

Nome(s) do(s) medicamento(s) (comprimido) utilizado(s): \_\_\_\_\_

Tempo de uso da medicação: \_\_\_\_\_

**5. Você faz controle da Glicemia regularmente?**

( ) Sim: ( ) diário ( ) semanal ( ) mensal ( ) trimestral

( ) Não

**6. Você frequenta o serviço de saúde regularmente?**

( ) Sim: ( ) mensal ( ) bimestral ( ) trimestral

( ) Não

**7. Você encontra dificuldades para seguir o tratamento prescrito?**

( ) Sim: ( ) dieta ( ) exercícios ( ) comprimidos ( ) uso da insulina

( ) Nenhuma dificuldade

**8. Você tem o apoio da família no seguimento do tratamento?**

( ) Sim

( ) Não

Tipo de apoio: \_\_\_\_\_

**9. Que outras dificuldades você sente para seguir o tratamento da doença?**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**10. Apresenta ou já apresentou alguma complicação decorrente do diabetes?**

( ) Não

( ) Sim, qual?: \_\_\_\_\_

*Anexos*

---

## TESTE DE MORISKY-GREEN<sup>1</sup>

**1. Você alguma vez esquece de tomar seu remédio?**

Sim    Não

**2. Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?**

Sim    Não

**3. Quando você se sente bem, alguma vez, deixa de tomar o remédio?**

Sim    Não

**4. Quando você se sente mal com o remédio, você deixa de tomá-lo?**

Sim    Não

---

<sup>1</sup> A avaliação ocorre através das respostas SIM (igual a 1) e NÃO (igual a 0)