EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO DOS FATORES RELACIONADOS À ADESÃO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS AO TRATAMENTO

Samantha Ferreira da Costa Moreira¹
kelvia da Silva Donato²
Lorrayne Emanuela Duarte da Silva³
Kamila Lauany Lucas Lima⁴
Bruno Bordin Pelazza⁵
Cristiane José Borges⁶
Sandra Aparecida Benite-Ribeiro⁷

RESUMO: O sucesso do controle dos fatores de risco como hiperglicemia e prevenção de comorbidades em pacientes diabéticos depende da adesão ao tratamento, enquanto o sucesso do trabalho da equipe de saúde depende do conhecimento sobre estratégias de promoção a saúde sobre os fatores que interferem na adesão do paciente ao tratamento. No presente estudo foram avaliadas adesões ao tratamento farmacológico, não farmacológico e seus determinantes em pacientes que recebem a assistência no Programa de Atenção ao Paciente com Diabetes. A adesão farmacológica foi investigada pelo questionário Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), a não farmacológica pelo Questionário de Atividades de Autocuidado com Diabetes (SDSCA) e os fatores determinantes que contribuem para a adesão por formulário elaborado pelos pesquisadores. Verificou-se que adesão ao tratamento farmacológico foi suficiente e adequada, entretanto, o não farmacológico foi baixa nos eixos temáticos referentes à atividade física e dieta alimentar. A baixa renda econômica e o baixo apoio familiar foram os principais fatores complicadores na adesão ao tratamento não farmacológico.

Palavras- chave: Adesão ao Tratamento; Autocuidado; Diabetes Mellitus.

EVALUATION OF FACTORS RELATED TO THE ADHESION OF DIABETES MELLITUS PATIENTS TO TREATMENT

ABSTRACT: The success of controlling risk factors such as hyperglycemia and prevention of comorbidities in diabetic patients depends on the adherence to treatment, while the success of healthcare team work depends on the knowledge about health promotion strategies upon factors that interfere with patient adherence to treatment. The present study evaluated the adherence to pharmacological, non-pharmacological treatment and its determinants in patients that receive care in the Diabetes Patient Care Program. The pharmacological adherence was investigated by the Adherence Treatment Measure (ATM),

¹ Enfermeira. Mestre em Ciências e Tecnologia em Saúde pela Universidade de Brasília (DF), Brasil. Email: samanthafrmoreira@hotmail.com

² Enfermeira. Especialista em Epidemiologia em Saúde, Instituto Federal de Goiás (GO), Brasil. Email: kelviadonato@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Jataí (GO), Brasil. Email: lorrainemanuela@yahoo.com.br

⁴ Bióloga. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Biociência Animal da Universidade Federal de Jataí (GO), Brasil. Email: sandrabenite@gmail.com

⁵ Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Uberlândia. Professor do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Jataí (GO), Brasil. Email: bordizim@hotmail.com

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do curso de Enfermagem Universidade Federal de Jataí (GO), Brasil. Email: cristianejose@yahoo.com.br

⁷ Bióloga. Doutorado em Ciências Biológicas. Professora do curso de Biologia da Universidade Federal de Jataí (GO), Brasil. Email: sandrabenite@gmail.com

EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

the non-pharmacological by the Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (DSCAQ) and the determinant factors that contribute to the adhesion by a form that the researchers elaborated. It was verified that the adherence to pharmacological treatment was sufficient and adequate, however, the non-pharmacological was low in the thematic axes related to physical activity and diet. Low economic income and low family support were the main complicating factors in adherence to non-pharmacological treatment.

Key words: Treatment adhesion; Self-care; Diabetes Mellitus.

EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

IN

INTRODUÇÃO

A *International Expert Committee* publicou um estudo em 2013, sobre a prevalência de números de casos de Diabetes *Mellitus* (DM), no qual pode estimar que mundialmente cerca de 382 milhões de pessoas são portadores desta doença, e com expectativa de crescimento para 592 milhões até 2035. Na América do Sul e Central, estima-se que 24 milhões de pessoas apresentem esta doença crônica com expectativa de crescimento para 38,5 milhões até 2034 (BARBOSA; et al., 2016). A importância do DM como problema global de saúde pública é hoje bem reconhecida internacionalmente, pelas complicações secundárias resultantes do descontrole glicêmico e por ser uma das principais causas de hospitalizações no sistema público de saúde (PASQUALOTTO; ALBERTON; FRIGERI, 2012).

Nesse sentido, o DM é resultante da ineficácia na ação ou da redução da secreção da insulina, resultado desta alteração metabólica é a hiperglicemia (PASQUALOTTO; ALBERTON; FRIGERI, 2012; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2012). A classificação atual é baseada na etiologia e não no tipo de tratamento, assim o DM tem sido dividido em quatro grandes classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, DM gestacional e outros tipos de DM (PELAZZA; FILHO, 2017).

O DM tipo 1 (DM 1) está presente em 5% a 10% dos casos. Ocorre por causa da destruição das células β -pancreáticas que pode estar associada a origens autoimune ou não, levando à deficiência de insulina endógena (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013; BRASIL, 2013a). Nesse sentido, o DM 1 caracteriza-se clinicamente por poliúria, polidipsia, perda de massa corporal, polifagia, hiperglicemia, glicosúria, acidose, alterações no humor, náuseas, vômito,

fadiga, fraqueza, cetoacidose e em casos mais graves, coma (TONELLI; RESENDE, 2014).

O DM tipo 2 (DM 2) caracteriza-se por defeitos na secreção da insulina e na maioria dos casos na sua ação. Em geral ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta, porém, pode haver predomínio de um deles. Esta doença representa 90% a 95 % dos casos, acometendo indivíduos em qualquer faixa etária, frequentemente é diagnosticado após os 40 anos de idade (AMERICAN

EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

D

IABETES ASSOCIATION, 2012; BARBOSA; et al., 2016). Contudo, ocorre com maior frequência em indivíduos com dislipidemias e hipertensão arterial sistêmica (HAS) segundo a American Diabetes Association (2012), além destes, a obesidade, o envelhecimento e o sedentarismo são fatores que potencializam a predisposição ao desenvolvimento desta doença. As outras formas de DM envolvem defeitos genéticos das células- β , na ação da insulina, endocrinopatias, efeito de drogas ou DM induzida por substâncias químicas, infecções, diabetes imuno mediadas, dentre outras síndromes genéticas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2012; PELAZZA, 2017).

A atenção ao paciente com DM envolve cuidados integrais e individualizados da equipe de saúde, em especial ao Enfermeiro, membro ativo e permanente desta equipe, o qual pode proporcionar apoio na mudança do estilo de vida, controle metabólico e prevenção das complicações crônicas (TONELLI; RESENDE, 2014; SANTO; et al., 2012). As ações executadas pela equipe multidisciplinar de saúde e pelo próprio paciente evidenciam possibilidades no tratamento e/ou medidas farmacológicas e não farmacológicas (SANTO; et al., 2012). Dessa maneira, o tratamento farmacológico envolve o uso de insulina e hipoglicemiantes orais. O tratamento não farmacológico inclui adoção de estilo de vida saudável, atividade física regular, controle da massa corporal e diminuição do uso de álcool e fumo (BARBOSA; et al., 2016; BRASIL, 2013b).

A iniciativa de mudança dos hábitos de vida se inicia com a orientação de profissionais de saúde acerca da condição crônica, cuidados e tratamentos do DM, porém, por vezes as ações dos pacientes não são condizentes com as orientações (OLIVEIRA; MIRANDA; FERNANDES; CALDEIRA, 2013; DORNELLES; et al., 2013). Logo, para a orientação quanto à terapêutica, o profissional deve ter conhecimento sobre o paciente para que a estratégia seja planejada de forma integral e para que o paciente possa aderir a todos os aspectos da terapêutica indicada (MOZAFFARIAN; et al., 2015; SANTO, et al., 2012). A adesão não é apenas observar o cumprimento das determinações dos profissionais para o paciente, vai além disso, como estar atentos a fatores que tornam a incorporação de atitudes necessárias ao tratamento difíceis e/ou incompatíveis com a realidade do paciente (OLIVEIRA; MIRANDA; FERNANDES; CALDEIRA, 2013; PONTIERI;

EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

BACHION, 2010). Assim, questionou-se: como é a adesão do usuário em relação aos tratamentos indicados para o controle da DM?

OBJETIVO

Avaliar a adesão farmacológica e a não farmacológica e os fatores determinantes da adesão de pacientes cadastrados no HIPERDIA.

MATERIAIS E METODOS

O estudo foi de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado no Programa de Atenção ao Paciente com Diabetes, cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Este programa atende os pacientes cujo tratamento é de difícil controle e que fazem uso de insulina. A coleta de dados ocorreu no período de junho a agosto de 2014 após aprovação pelo Comitê de Ética (protocolo N° 557.000).

A UBS conta com 320 indivíduos participando ativamente, mas no presente estudo foram entrevistados 102 pacientes em uma amostra por conveniência. Os critérios de inclusão foram: possuir mais de 18 anos de idade, estar apto a responder os questionários e aceitar participar da pesquisa voluntariamente. Foram excluídos os sujeitos que apresentaram dificuldades em responder as questões devido à presença de alguma patologia psico-neurológica.

Os pacientes incluídos no estudo participaram nos anos de 2012, 2013 e início de 2014 do programa de Extensão Universitária, intitulado Grupo de Atividades Educativas para o Programa de Hipertensão e Diabetes da Secretaria Municipal de Saúde na cidade de Jataí, Goiás, e foi desenvolvido pelos pesquisadores deste estudo. Neste programa de extensão foram desenvolvidas atividades de educação em saúde para o uso correto da medicação, para a prática de atividade física e de dieta alimentar (PELAZZA; et al., 2018; SILVA; ROCHA, 2014).

As entrevistas foram realizadas nos períodos em que os pacientes aguardavam as consultas com a equipe multiprofissional de saúde e nas residências dos pacientes. Para coleta de dados utilizou-se os questionários validados para língua portuguesa “Medidas de Adesão ao Tratamento” (MAT) e o “Questionário de

EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

Atividades de Autocuidado do Diabetes” (SDSCA), além de um formulário elaborado pela equipe de pesquisa testado anteriormente em um estudo piloto.

O MAT avalia a adesão ao tratamento farmacológico e o SDSCA avalia o autocuidado por meio de dimensões que avaliam a alimentação (geral e específica), o nível de atividade física, o uso da medicação, a monitorização da glicemia, o cuidado com os pés e o tabagismo. O formulário elaborado pelos pesquisadores da pesquisa abordava questões relativas aos fatores determinantes relacionados à adesão ao tratamento.

A leitura dos dados do SDSCA foi realizada por observação da adesão durante 7 dias consecutivos à entrevista. Para a análise da adesão aos itens do questionário, foram parametrizados em dias por semana de 0 a 7, sendo zero a situação menos desejável e sete a mais favorável à adesão. Para fins da análise da adesão pelo questionário MAT, as questões com respostas 6 (nunca) e 5 (raramente) correspondem a maior adesão e questões com respostas 4 (por vezes), 3 (com frequência), 2 (quase sempre) e 1 (sempre) correspondem a uma menor adesão. A partir disso foram calculadas as médias dos escores obtidos por cada indivíduo, médias entre 5 e 6 eram indicativas de maior adesão ao tratamento e de 1 a 4, baixa adesão. O formulário sobre os determinantes da adesão ao tratamento abordava questões sobre os fatores que interfere na prática de atividade física, da dieta alimentar, no apoio familiar e na utilização da medicação e reflete a percepção do paciente sobre sua doença através de uma escala dicotômica (sim ou não).

Os escores obtidos no MAT e no SDSCA foram avaliados pelo teste de *Shapiro-Wilk* e não apresentaram distribuição normal, assim as amostras foram avaliadas por testes não paramétricos. As diferenças entre os gêneros foram analisadas por *Mann-Whitney* e as diferenças dentro das categorias faixa etária, renda, escolaridade e etc, foram avaliadas por *Kruskal Wallis*, complementadas por *Dunns*. O nível de significância considerado relevante neste estudo foi de $p < 0,05$.

RESULTADOS

A caracterização da amostra é apresentada na Tabela 1. Houve predominância de mulheres (57%), de pessoas que cursaram somente o ensino básico (49,1%) e de pessoas com renda *per capita* acima da faixa de 1 a 3 salários mínimos (68,6%).

EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

Tabela 1: Características estratificadas por gênero e agrupadas nos participantes do Programa de Atenção ao Paciente com Diabetes de uma UBS. Jataí (GO), Brasil, 2014. (N=102)

	Homem		Mulher		Agrupados	
Idade	N	%	N	%	N	%
Adulto	29**	29%	35**	34%	64**	63%
Idoso	14	14%	24	23%	38	37 %
Estado Civil						
Solteiro	13	12,8%	17	16,6%	30	29,4%
Casado	20	19,7%	22	21,5%	42	41,2%
União Consensual	6	5,8%	7	6,8%	13	12,8%
Viúvo	2	2%	9	8,8%	11	10,8%
Divorciado	2	2%	4	4%	6	5,8%
Escolaridade						
Analfabeto	7	6,8%	6	5,8%	13	12,7%
Básico	13	12,7%	37	36,3%	50	49,1%
Fundamental	10	9,8%	10	9,8%	20	19,6%
Médio	6	5,9%	4	3,9%	10	9,8%
Superior	7	6,9%	2	2%	9	8,8%
Renda						
Até 1 salário mínimo*	8	7,9%	19	18,6%	27	26,5%
1 a 3 salários mínimos*	30	29,4%	40	39,2%	70	68,6%
Maior que 3 salários mínimos	5	4,9%	0	0%	5	4,9%
Religião						
Católico	19	18,6%	35	34,3%	54	52,8%
Evangélico	8	7,8%	19	18,6%	27	26,5%
Espírita	5	4,9%	2	2%	7	6,9%
Outras religiões	11	10,8%	3	3%	14	13,8%

*Salário mínimo de R\$ 720,00 em 2014. **Fonte:** Autores do presente estudo.

Adesão ao tratamento não farmacológico

EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

Os resultados da análise da adesão ao tratamento não farmacológico, investigado pelo SDSCA, (Tabela 2) demonstram baixa adesão nas dimensões de prática de atividade física e de dieta alimentar. Nas demais dimensões houve boa adesão dos pacientes, segundo a média de dias por semana de seguimento das recomendações da equipe multiprofissional de saúde. A variação entre os extremos das escalas (0 e 7) mostra que a dimensão com maior porcentagem de sujeitos com relato de adesão 7 dias por semana envolve os cuidados com a medicação (89,2%), seguido por cuidados com os pés (69,6%). Quando se refere a não adesão, ou seja, 0 dias por semana, a dimensão com maior porcentagem de sujeitos foi a atividade física (60,7%).

Adicionalmente, pela análise do questionário SDSCA, foi observado que o consumo de alimentos saudáveis fica em média de 3,94 dias da semana, o consumo de alimentos como frutas e vegetais foi de 4,94 dias da semana e de carne vermelha foi de 3,78 dias da semana. Em relação ao tabagismo, 15 pessoas (14,7%) referiram fazer uso do cigarro com média de 15,13 cigarros consumidos por dia.

Tabela 2: Adesão ao auto cuidado em dias por semana segundo SDSCA. Jataí (GO), Brasil, 2014. (N=102)

Atividades do autocuidado	Média de dias por semana
Dieta saudável	3,94
Dieta recomendada	3,76
Consumo de frutas e vegetais	4,55
Consumo de carne vermelha	3,78
Pratica de atividade física	1,64
Pratica de exercício físico	1,72
Avaliação dos níveis de glicemia	4,72
Avaliação dos níveis de glicemia como recomendado	4,52
Auto exame dos pés	4,89
Auto exame dos sapatos	4,95
Secar entre os dedos	5,16
Toma medicamentos como recomendado	6,6

EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

Fonte: Autores do presente estudo.

Na Tabela 3, são apresentadas as comparações do autocuidado, avaliado pelo SDSCA, entre os gêneros e as categorias. Não foram encontradas diferenças significativas no autocuidado entre os gêneros, faixas etárias ou quantidade de moradores no domicílio. Quando avaliado o autocuidado estratificado pelo estado civil, os casados apresentaram médias de autocuidado maior do que aqueles em união consensual. Os indivíduos que estudaram até o ensino superior apresentaram maior média do que os analfabetos, e os indivíduos com maior renda *per capita* também obtiveram maiores escores.

Tabela 3: Comparação do autocuidado a partir dos escores obtidos no SDSCA entre os gêneros e as diferentes categorias. Jataí (GO), Brasil, 2014. (N=102)

	N	Média	Dp	P
Gênero				
Masculino	43	4,01	1,09	0,14
Feminino	59	4,32	0,99	
Faixa etária				
16-30 anos	11	3,78	1,13	0,67
31-45 anos	15	4,28	1,96	
46-60 anos	38	4,25	0,97	
60-75 anos	26	4,28	1,12	
76-90 anos	12	4,04	0,89	
Estado civil				
Solteiro	30	4,05	1,03	0,004
Casado	42	4,54	0,91*	
União consensual	13	3,32	0,96	
Viúvo	11	4,09	0,95	
Separado/divorciado	6	4,40	1,37	
Escolaridade				
Analfabeto	13	3,66	0,81**	0,045
Fundamental	70	4,17	1,06

EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

Médio	10	4,45	1,05	
Superior	9	4,82	0,88	
Renda per capita (salário mínimo= R\$ 720,00)				
Menos do que 1	27	3,71	1,12***	0,01
Entre 1 e 3	70	4,36	0,98	
Mais do que 3	5	4,34	0,78	
Quantidade de moradores no domicílio				
Sozinho (a)	6	3,73	1,13	0,1
1-3 pessoas	74	4,12	1,08	
4 ou mais pessoas	222	4,56	0,77	

P<0,05 Casado vs União consensual; **P<0,05 Analfabeto vs Superior; ***P<0,05 Menos do que 1 salário mínimo vs entre 1 e 3 salários mínimos. **Fonte:** Autores do presente estudo.

Adesão ao tratamento farmacológico

No que se refere à adesão do paciente com DM ao tratamento farmacológico, 71% dos pacientes aderiam ao tratamento, entre os quais 76% eram mulheres e 63%, homens. Nos indivíduos idosos com mais de 60 anos de idade, 82% declararam aderir ao tratamento. Entre os sujeitos com renda familiar até um salário mínimo a adesão foi de 52%, acima de 1 e menor do que 3 salários foi de 77% e, acima de 4 salários foi de 80%.

Em resposta à pergunta “alguma vez você já se esqueceu de tomar o medicamento para a sua doença?” e “alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para sua doença?”, 37% dos sujeitos relataram que nunca se esqueceram de tomar os medicamentos e 76% nunca foram descuidados com os horários em que tomam os medicamentos. A interrupção do tratamento por falta de medicação foi relatada por 1% dos sujeitos e 46% nunca interromperam o tratamento por deixar acabar o medicamento.

Adicionalmente, 67% relataram nunca ter interrompido o tratamento por qualquer que seja o motivo que não fosse por indicação médica. Na comparação do uso de medicamentos avaliada a partir dos escores obtido no MAT (Tabela 4) só foram encontradas diferenças significativas nas medias dos indivíduos que residem sozinhos quando comparados àqueles que residem com 4 ou mais pessoas.

EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

Tabela 4: Comparação do uso de medicamentos avaliado a partir dos escores obtidos no MAT entre os gêneros e as diferentes categorias. Jataí (GO), Brasil, 2014. (N=102)

	N	Média	Dp	P
Gênero				
Masculino	43	5,13	0,76	0,24
Feminino	59	5,31	0,66	
Faixa etária				
16-30 anos	11	4,93	0,94	0,24
31-45 anos	15	4,89	0,95	
46-60 anos	38	5,34	0,51	
60-75 anos	26	5,36	0,65	
76-90 anos	12	5,41	0,49	
Estado civil				
Solteiro	30	5,19	0,71	0,10
Casado	42	5,32	0,70	
União consensual	13	4,75	0,80	
Viúvo	11	5,38	0,41	
Separado/divorciado	6	5,64	0,25	
Escolaridade				
Analfabeto	13	5,21	0,48	0,17
Fundamental	70	5,20	0,71	
Médio	10	5,24	0,72	
Superior	9	5,51	0,90	
Renda per capita salário mínimo= R\$ 720,00)				
Menos do que 1	27	4,99	0,69	0,12
Entre 1 e 3	70	5,31	0,65	
Mais do que 3	5	5,29	1,20	
Quantidade de moradores no domicílio				
Sozinho (a)	6	4,95	0,85	0,05
1-3 pessoas	74	5,17	0,69	
4 ou mais pessoas	22	5,52	0,64*

EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

* $P < 0,05$ sozinho vs 4 ou mais pessoas. **Fonte:** Autores do presente estudo.

Fatores determinantes para adesão ao tratamento não farmacológico

As avaliações dos fatores determinantes para a adesão ao tratamento não farmacológico retornaram os seguintes resultados: quando questionados se seguem a dieta recomendada pelo nutricionista 76,1% afirmaram seguir. Ao comparar a adesão à dieta recomendada pelo nutricionista com a renda *per capita*, observamos que na faixa de até um salário mínimo, 17,3% dos pacientes disseram seguir a dieta, e pacientes que têm uma renda de um a três salários mínimos a adesão à dieta foi de 58,8%, com a média de 3,76 dias por semana. Sobre os fatores que podem influenciar na adesão à dieta, 68,6% relataram o fator financeiro, que dificulta a compra de alimentos light ou diet. Para o questionamento sobre se a família contribui para a realização da dieta, 37,3% responderam que não fazem dieta por falta de apoio familiar. Ao analisarmos a adesão à atividade física, 57,8% dos pacientes afirmam não praticar atividade física, sendo que 53,9% afirmam que possui algum tipo de dificuldade física para a prática de atividade física e o restante que não têm tempo ou não têm dinheiro para comprar equipamentos ou para pagar academia.

Em relação ao tratamento farmacológico, ao se questionar sobre as recomendações do médico, 93% diz seguir o tratamento receitado, no que concerne ao uso de insulina; 34% relataram alguma dificuldade em mensurar a insulina e 22% relatam algum tipo de desconforto ao utilizar a insulina. Em relação ao efeito da renda *per capita* no tratamento farmacológico, observamos que quanto maior a renda, maior é a porcentagem de indivíduos que aderem ao tratamento (até 1 salário mínimo, 52% de adesão; de 1 a 3 salários, 77% e maior que 3 salários, 80% dos indivíduos).

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo indicaram baixa adesão às recomendações de prática de dieta alimentar e de atividade física, principalmente nos indivíduos com menor renda *per capita* e escolaridade. Porém, a adesão ao tratamento

EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

farmacológico foi satisfatória, sendo maior entre os pacientes que residem com mais pessoas no domicílio.

A baixa adesão à dieta alimentar encontrada na pesquisa atual foi similar ao resultado encontrado em outro estudo (SANTO; et al., 2012). O autocuidado relacionado à dieta não foi próximo do desejável em dois dos quatro itens que o questionário possui sobre alimentação “Dieta Saudável” e “Dieta Recomendada”, com média de dias por semana, respectivamente de 3,94 e 3,76, sendo que o indicativo de adesão à alimentação saudável deve ser diário segundo recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b). A terapia nutricional realizada por pacientes com DM pode contribuir no gerenciamento dos níveis glicêmicos e constitui um dos tratamentos de primeira escolha. Vale ressaltar que, a dieta recomendada não deve ter caráter restritivo, elas devem conter alimentos de todos os grupos de nutrientes, focando no controle glicêmico e nos benefícios em longo prazo (BRASIL, 2013b; CUNHA, 2013; BRASIL, 2014).

Adicionalmente, os pacientes do presente estudo com menor renda *per capita* obtiveram uma média menor de adesão não farmacológica, 78,3% dos indivíduos com renda superior a um salário mínimo relataram aderir à dieta, enquanto 21,6% dos indivíduos com menos de um salário relataram não aderir à dieta. Observamos então que a dificuldade na adesão a dieta relaciona-se ao fator financeiro, dificultando a aquisição de alimentos saudáveis para manutenção da dieta, assim como em outros estudos (PELAZZA; et al., 2018).

A prática de dieta foi menor também entre os indivíduos com menor escolaridade, corroborando os achados de outros estudos, porém não encontramos diferenças significativas nas diferentes faixas etárias (SANTO; et AL., 2012; CHAGAS; et AL., 2013; FARIA; et al., 2013). Estudos realizados para avaliar adesão ao tratamento não farmacológico em adultos brasileiros com DM, utilizando outros instrumentos, tiveram resultados parecidos ao da presente investigação. Estes estudos demonstram que maior escolaridade e maior renda predizem maior adesão à dieta, enquanto o avançar da idade relaciona-se a menor adesão à dieta (MOZAFFARIAN; et al., 2015). Pessoas com menor escolaridade podem apresentar dificuldades no entendimento das recomendações propostas pelos

EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

profissionais de saúde, justificando a menor adesão ao tratamento não farmacológico (MOZAFFARIAN; et al., 2015).

Em relação ao conhecimento 81,3% dos pacientes dizem conhecer os alimentos que interferem no controle de sua glicemia. A literatura mostra que os pacientes com DM reconhecem que o seguimento do plano alimentar e conhecimento dos alimentos que regulam a glicemia são partes fundamentais do tratamento, mas o fato de ter o conhecimento não garante a adesão, mostrando assim que o seguimento do plano alimentar constitui um dos maiores desafios na educação em DM (CHAGAS; et al., 2013). De fato, tem sido relatado que a principal dificuldade dos pacientes para a adesão ao tratamento é a adaptação à dieta prescrita. Esta dificuldade ocorre devido aos hábitos adquiridos anteriormente, como os horários definidos para se alimentarem, ao valor cultural do alimento, às condições socioeconômicas e à questão psicológica envolvida. Dessa forma, os fatores comportamentais e emocionais influenciam diretamente na adesão e devem ser considerados no tratamento do indivíduo com DM (OLIVEIRA; MIRANDA; FERNANDES; CALDEIRA, 2013; FERREIRA; et al., 2014).

O plano alimentar da pessoa com DM não deve ser restritivo e sim formado por um cardápio variado e balanceado, individualizado e que respeite os gostos e costumes de cada um dentro de um limite pré-estabelecido. Parece uma tarefa fácil, mas quando se trata de mudança de hábitos alimentares construídos ao longo da vida é necessário apoio familiar. A necessidade de desconstrução dos hábitos alimentares torna o envolvimento da família importante, pois para que haja mudança, o meio em que a pessoa está inserida tem que sofrer transformações (PONTIERI; BACHION, 2010).

A adesão à prática de atividade física identificada no presente estudo foi muito baixa, 1,64 dias por semana de atividade física, corroborando outros estudos (FERREIRA; et al., 2014; DUARTE; et al., 2012). Embora sejam reconhecidos como tratamentos fundamentais no controle do DM, a dieta e a prática de atividade física ainda se mostram como desafios para os pacientes. O pesquisador Gomes-Vilas Boas e colaboradores (2011) também relatam a baixa adesão nestas modalidades de tratamento, pois elas estão relacionadas a dificuldade na mudança do estilo de vida pelos pacientes (MOZAFFARIAN; et al.,

EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

2015). Modeneze et al. (2012) destacam a importância da atividade física regular para a prevenção de doenças associadas, e que a prática orientada tem sido indicada em conjunto com a dieta e a medicação para tratamento da DM, auxiliando na motivação e na mudança de hábitos e comportamentos (SILVA; et al., 2017).

A adesão ao tratamento farmacológico dos pacientes entrevistados foi suficiente. Não identificamos diferença significativa nas médias do MAT entre mulheres e homens, contrariando os relatos da literatura de que o sexo influencia na adesão ao tratamento. Além disso, não encontramos diferenças entre as faixas etárias e a escolaridade, o que também não está de acordo com a literatura (FERRAZ; CARVALHO; CHEVITARESE, 2017). Estes achados podem estar relacionados às atividades de extensão que visam à promoção da saúde que vêm sendo desenvolvidas com os pacientes entrevistados desde o ano de 2012 (PELAZZA; et al., 2018). Apesar de as ações educativas do programa de extensão terem tido efeito no uso do medicamento, a adesão ao tratamento não farmacológico não foi suficiente. Isto demonstra a dificuldade na orientação e no convencimento das pessoas para a adesão de estilo de vida saudável.

Em relação ao efeito da renda *per capita* no tratamento farmacológico, apesar de não ter havido diferença estatística na análise das médias dos escores, quanto maior a renda, maior foi a porcentagem de indivíduos que aderiram ao tratamento, o que está de acordo com Remondi; et al. (2014), que citam como fatores para não adesão aos tratamentos a falta de recurso financeiro para aquisição dos medicamentos e a falta de acesso aos medicamentos nos serviços de saúde (REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014). Outro fator relacionado ao tratamento farmacológico foi à renda per capita. Os indivíduos com maior adesão ao tratamento farmacológico foram os que residiam com 4 pessoas ou mais reforçando os achados de outros estudos, que inferem que a ajuda familiar é importante fator para maior adesão do paciente, diminuindo a incidência de erros quanto à administração dos medicamentos, bem como a diminuição dos fatores de risco decorrentes da não utilização dos remédios (FARIA; et al., 2013).

Quando se pensa na adesão ao tratamento em que o paciente só segue as recomendações do profissional de saúde sem assumir de fato sua responsabilidade, é evidente a falta de autonomia pelo paciente sobre o seu tratamento, sendo

EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

excluído do controle do seu estado de saúde. Quando o paciente é corresponsável pelo seu tratamento observa-se uma melhora na qualidade de vida, diminuindo assim as dificuldades de adesão. Assim, compete ao profissional de saúde o papel fundamental no processo de conscientização do paciente sobre sua responsabilidade sobre sua saúde e adesão ao tratamento (SANTO; et al., 2012; MOZAFFARIAN; et al., 2015; PONTIERI; BACHION, 2010).

CONCLUSÃO

A adesão ao tratamento não farmacológico foi baixa nos eixos temáticos referentes à atividade física e à dieta, principalmente entre os indivíduos com menor escolaridade e renda *per capita*. O fator financeiro foi relatado pelos pacientes como o principal determinante interferente na adesão ao tratamento não farmacológico.

Pode-se inferir que a adesão satisfatória ao tratamento farmacológico, identificada neste estudo, esteja relacionada às atividades de educação em saúde desenvolvidas com os pacientes há 3 anos, por meio do trabalho de Extensão Universitária da equipe de pesquisa e da integração com a equipe multiprofissional que compõe o programa de assistência ao paciente com DM. Estas ações contribuíram com o tratamento farmacológico, possivelmente pelo aumento da acessibilidade aos medicamentos de controle do DM e pelas orientações sobre o uso da insulina.

Contudo, as ações educativas não surtiram efeitos na adesão dos pacientes aos hábitos de vida saudáveis. Por fim, foi possível identificar as principais causas relacionadas a não adesão ao tratamento, possibilitando aos profissionais traçarem novas estratégias para que possam intervir de forma objetiva, reduzindo o número de complicações relacionadas ao DM, bem como a morbidade e mortalidade.

Percebe-se ainda a importância de um plano de tratamento individualizado e humanizado onde o paciente seja corresponsável pelo seu tratamento e conhecedor de sua doença, aumentando assim a adesão entre estes sujeitos.

REFERÊNCIAS

EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

AM

ERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Diagnosis and classification of diabetes mellitus**. Diabetes Care, v. 35, p. 64-71, 2012.

BARBOSA, M. S.; et al. **Cuidados em saúde desenvolvidos por pessoas com Diabetes Mellitus e hipertensão arterial sistêmica**. Rev Enferm UFPE. 2016; 10(5):1739-48

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes Mellitus**, nº 36. 2013a; 36: 01-160.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CHAGAS, L. A; et al. **Conhecimento de pacientes com Diabetes Mellitus sobre o tratamento após cinco anos de término de um programa educativo**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, n. 5, p. 1141-6, 2013.

CUNHA, L. S. **Análise dos efeitos de dietas baseadas no índice glicêmico em diabéticos tipo 2**. 2013. Monografia apresentada como pré-requisito para conclusão do curso de nutrição da Faculdade Centro Universitário de Brasília. Brasília, 2013.

DORNELLES, S. S.; et al. **O cuidado à pessoa com diabetes mellitus e sua família**. Cogitare Enfermagem, v. 18, n. 3, p. 496-501, 2013.

DUARTE, C. K.; et al. **Nível de atividade física e exercício físico em pacientes com diabetes mellitus**. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 58, n. 2, p. 215-21, 2012.

FARIA, H. T.; et al. **Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus**. Acta Paulista de Enfermagem, n. 26, v. 3, p. 231-7, 2013.

FERRAZ, M. A. A. A.; CARVALHO, P. L.; CHEVITARESE, L. **O impacto das ações de enfermagem referentes à mudança no estilo de vida junto ao paciente portador de hipertensão arterial sistêmica**. Revista Rede de Cuidados em Saúde. 2017; 10(1).

FERREIRA, N. S.; et al. **Abordagem multiprofissional no cuidado à saúde de pacientes do programa HIPERDIA**. Revista Brasileira de Hipertensão, v. 21, n. 1, p.31-7, 2014.

EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

M

OZAFFARIAN, D.; et al. **American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee.** Heart disease and stroke statistics, 2015 update: a report from the American Heart Association. Circulation 2015; 131:29-322.

OLIVEIRA, T. L.; MIRANDA, L. P.; FERNANDES, P. S.; CALDEIRA, A. P. **Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial.** Acta paul. enferm. [online]. 2013, vol.26, n.2, pp.179-184.

PASQUALOTTO, K. R.; ALBERTON, D.; FRIGERI, H. R. **Diabetes mellitus e Complicações.** Biotechnology Biodiversity, v. 3, n. 4, p.134-45, 2012.

PELAZZA, B.B.; et al. **Measurement of pressure levels of hypertensive elderly people in a primary care reference program.** Journal of Nursing UFPE. 2018.

PELAZZA, B. B.; FILHO, S. R. F. **Comparison between Central and Brachial Blood Pressure in Hypertensive Elderly Women and Men.** International Journal of Hypertension. 2017; 17(17): 1-5.

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.151-60, 2010.

REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A. S.; SOUZA R. K. T. **Não adesão ao tratamento farmacológico contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais.** Caderno de Saúde Pública, v. 30, n. 1, p.126-36, 2014.

SANTO, M. B. E.; et al. **Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde.** Enfermagem Revista, v. 15, n. 1, 2012.

SILVA, C. S.; et al. **Caracterização da Consulta de Enfermagem na Atenção à Pessoa com Hipertensão e Diabetes.** Revist. Port.: Saúde e Sociedade. 2017; 2(1): 347-362.

SILVA, L. E. D.; ROCHA, N. A. BENITE-RIBEIRO. **Atividades Educativas para Programas de Saúde: Assistência ao Diabético.** In: Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, 6, 2014, Belém-PA: Universidade Federal do Pará, 2014.

THE INTERNATIONAL EXPERT COMMITTEE. **International Expert Committee report on the role of the A1c assay in the diagnosis of diabetes.** Diabetes Care, v. 32, n. 7, p. 1327-34, 2009.

TONELLI, F. P.; RESENDE, R. R. **Nanopartículas e um nova estratégia de tratamento para diabetes mellitus Tipo 1.** Nanocell News, v. 1, n. 6, 2014.

REVISTA ELETRÔNICA
GRADUAÇÃO/PÓS-GRADUAÇÃO
EM EDUCAÇÃO
UFG/REJ

ITINERARIUS
REFLECTIONIS
2018 - V. 14, N. 4
ISSN. 1807-9342

EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM