UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

HELOISA TURCATTO GIMENES FARIA

***Fatores Relacionados à Adesão do Paciente
Diabético à Terapêutica Medicamentosa***

RIBEIRÃO PRETO

2008

HELOISA TURCATTO GIMENES FARIA

***Fatores Relacionados à Adesão do Paciente
Diabético à Terapêutica Medicamentosa***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Lúcia Zanetti

RIBEIRÃO PRETO
2008

AUTORIZA A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Faria, Heloisa Turcatto Gimenes

Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. Ribeirão Preto, 2008.

146p.:Il., 30cm

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Lúcia Zanetti

1. Enfermagem. 2. Diabetes Mellitus. 3. Medicamentos.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Heloisa Turcatto Gimenes Faria

Fatores Relacionados à Adesão do Paciente Diabético à Terapêutica Medicamentosa

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Maria Lúcia Zanetti (Orientadora)

Professor Associado ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Prof^a Dr^a Carla Regina de Souza Teixeira

Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Geral e Especializado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Dr^a Maria Teresa da Costa Gonçalves Torquato

Médica Endocrinologista, Doutor pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu marido André em especial, que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos, acreditando na minha capacidade. Com amor, admiração e gratidão pela compreensão de minha ausência e apoio no longo processo de elaboração deste trabalho.

À minha mãe, minha fonte de inspiração, respeito e exemplo de vida. Que sempre acreditou em mim, dizendo que posso tudo que realmente quero e sou capaz de fazer tudo aquilo que desejo.

Ao meu pai, pelo amor, carinho e responsabilidade por minha formação, sempre orgulhoso de minha capacidade.

Às minhas irmãs e sobrinhas, queridas, amores de minha vida, que me dão forças para lutar sempre. Obrigada pela alegria de seus sorrisos.

A todos os familiares e amigos que se fizeram presentes em minha vida, sempre me incentivando.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela paciência, perseverança e força para a realização deste sonho.

À minha querida orientadora Prof^a Dr^a Maria Lúcia Zanetti, que ao longo desta caminhada se mostrou, sempre, presente e dedicada. Obrigada pela sabedoria, paciência, confiança, apoio, carinho e credibilidade. Sem você, nada disso seria possível.

À Prof^a Dr^a Carla Regina de Souza Teixeira pela amizade, companheirismo e sugestões fundamentais para o aperfeiçoamento deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Vanderlei José Haas que muito me ensinou e ajudou. Obrigada pela amizade, atenção e apoio à elaboração deste trabalho.

À equipe multiprofissional da Casa 5: Manoel, Valmir, Camila, Vanderson, Roberta, Thaís, Anelise, Rosana, Najela, Karina, Keily, Jefferson e todos os alunos de graduação, pelo apoio e carinho.

Aos pacientes do Centro de Pesquisa e Extensão Universitária que participaram deste estudo.

Às amigas Tatiane, Michelle, Marília, Natália, Taísa e Renata pela ajuda na coleta de dados

A todos os professores e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pela contribuição ao meu crescimento profissional.

Ao meu primo Márcio, pela revisão do português.

Ao meu cunhado Ricardo e à amiga Luidimila pelo resumo em inglês e espanhol, respectivamente.

À família de meu esposo, Lurdinha, Renato, Kity, Kaká, Renata, Alexandre, Juliano e Érik, que mesmo estando longe, me apoiaram.

À minha querida amiga Patrícia, um anjo que Deus colocou em meu caminho. Muito obrigada por estar sempre ao meu lado, pelas conversas e desabafos.

*“Há um lugar certo no Universo,
aonde posso me expressar e me realizar.
Esse lugar é qualquer lugar,
onde eu esteja disposto a ser, a dar e receber.
Há um tempo certo para poder brilhar, iluminar e crescer.
Esse tempo é qualquer tempo,
em que eu esteja presente e reconhecido do que sou,
do que posso, do que tenho a fazer, por mim e por outros.
Não busco longe, o que antes não conquistei aqui.
Exploro a plenitude do momento e do espaço que
conquisto agora e me preparo para alçar vôos,
nos patamares de luz de minha consciência.
Um caminho lindo me acompanha.
Um lugar maravilhoso me aguarda,
a cada despertar”.*

Autor Desconhecido

RESUMO

FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes. **Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa**. Ribeirão Preto, 2008. 146 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2008.

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, realizado em um Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista, em 2007. Objetivo geral: avaliar os fatores que interferem na adesão do paciente à terapêutica medicamentosa relacionada ao diabetes mellitus. Objetivos específicos: caracterizar os pacientes diabéticos segundo as variáveis sócio-demográficas e clínicas; identificar a terapêutica medicamentosa utilizada pelo paciente diabético; determinar a adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa para o controle do diabetes; analisar as facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos pacientes diabéticos na utilização dos medicamentos prescritos; e associar a adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa com algumas variáveis relacionadas: ao paciente; ao relacionamento profissional-paciente; ao esquema terapêutico; e à doença propriamente dita. A população foi constituída por 46 pacientes diabéticos do tipo 1 e do tipo 2, que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Para a coleta de dados foram utilizados um questionário e o teste de Medida de Adesão ao Tratamento – MAT. Na análise, utilizou-se o programa estatístico SPSS – 11.5. Os resultados mostraram que a população do estudo caracterizou-se por pacientes com predomínio do sexo feminino, com mediana de idade 57 anos, 8 anos de estudo e 4,5 salários mínimos. A maioria dos sujeitos possui diabetes do tipo 2, com mediana do tempo de diagnóstico de 12,5 anos e as co-morbidades mais frequentes foram a hipertensão arterial e a dislipidemia. Quanto à terapêutica medicamentosa, 89,1% dos sujeitos utilizavam antidiabéticos orais, sendo que 26,1% utilizavam Biguanidas e também Biguanidas associada à Sulfoniluréia; e 41,3% deles faziam uso de insulina. Constatou-se, ainda, que 30,4% recebiam terapia combinada com antidiabéticos orais e insulina. No que se refere à adesão do paciente diabético ao tratamento medicamentoso para o diabetes, obteve-se 78,3% de adesão. Quanto às facilidades e/ou dificuldades para a adesão, 50% dos sujeitos adquiriam os medicamentos na Unidade de Saúde. A prevalência de adesão foi maior nos homens (85,7%); nos idosos (82,4%); nos sujeitos com mais de 12 anos de estudo (88,9%); com renda familiar superior a cinco salários mínimos (90%); e que receberam informações acerca da doença (84,6%) e informações específicas em relação ao medicamento prescrito (86,7%). Constatou-se, também, que a adesão foi maior nos sujeitos com até cinco anos de diagnóstico (80%); que não modificaram a rotina de vida diária (81,1%); não referiram efeitos colaterais (93,8%); não faziam uso de anti-hipertensivos (84,2%); e que apresentaram lacunas no conhecimento (80,8%). Cabe ressaltar que a prevalência da não adesão foi maior em indivíduos com hemoglobina maior que 7% (85,7%). Na realização dos testes estatísticos, para a maioria dos fatores analisados, obteve-se uma fraca associação com a adesão e as diferenças na prevalência da adesão não foram estatisticamente significativas. Conclui-se que ao considerar que a prevalência da adesão obtida no presente estudo está abaixo do recomendado na literatura, torna-se urgente reconhecer a importância da mensuração da adesão dos pacientes diabéticos em tratamento medicamentoso para o controle do diabetes pelos profissionais de saúde, na vigência de um mau controle glicêmico e de uma suposta falência no esquema terapêutico instituído.

Palavras-chave: Enfermagem. Diabetes Mellitus. Medicamentos.

ABSTRACT

FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes. **Factors related to diabetics patient's adherence to drug therapy**. Ribeirão Preto, 2008. 146 p. Thesis (Master's Degree) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, 2008.

This descriptive and cross-sectional study was accomplished at a Center for Research and University Extension located in the state of Sao Paulo, Brazil, in 2007. Main objective: evaluate the factors that interfere in patient adherence to drug therapy related to diabetes mellitus. Specific objectives: classify the diabetic patients according to social-demographic and clinical variables; identify the drug therapy utilized by the diabetic patient; determine the adherence of the diabetic patient to the drug therapy to control diabetes; analyze the facility and/or difficulty faced by the diabetic patients in the use of the prescribed drugs; and associate the diabetic patient's adherence to the drug therapy with some variables related to: the patient, the professional-patient relationship, the therapeutic scheme and the illness. The population was constituted by 46 patients with type 1 and type 2 diabetes, who met the criteria for inclusion and exclusion. For data collection, a questionnaire and the test of Treatment Adherence Measure - TAM were used. For the analysis, the statistic software SPSS-11.5 was utilized. The results showed that the study population was characterized by predominantly female patients, with an age median of 57 years, 8 years of study and 4.5 minimum wages. The majority of the subjects have type 2 diabetes, with a diagnostic time median of 12.5 years, and the most frequent co-morbidities were arterial hypertension and dyslipidemia. With regard to the drug therapy, 89.1% of the subjects utilized oral antidiabetics, 26.1% utilized Biguanides and also Biguanides associated to Sulfonylureas, and 41.3% made use of insulin therapy. It was also found that 30.4% of them received combined oral anti-diabetics and insulin. Concerning the adherence of the diabetic patient to the drug therapy for diabetes, 78.3% of adherence was obtained. As far as the facility and/or difficulty for adherence, 50% of the subjects obtained the drugs at the Healthcare Unit. The predominance of adherence was higher among men (85.7%); the elderly (82.4%); in subjects with more than 12 years of study (88.9%); with a family income higher than 5 minimum wages (90%); and who received information about the disease (84.6%) and specific information regarding the prescribed drug (86.7%). It was also found that the adherence was higher among the subjects with up to 5 years of diagnosis (80%); who did not change their daily routine (81.1%); who did not mention side effects (93.8%); who did not use anti-hypertensives (84.2%); and who showed knowledge gaps (80.8%). It is worth mentioning that non-adherence prevailed among individuals with hemoglobin higher than 7% (85.7%). During the statistical tests, for the majority of the factors analyzed, a weak association to adherence was obtained and the differences in adherence prevalence were not statistically significant. It was concluded that, considering that the prevalence of adherence obtained in this study was below levels recommended in literature, it becomes urgent for health professionals to acknowledge the importance of measuring the adherence of a diabetic patient in drug treatment for diabetes control in case of bad glycemic control and supposed failure in the established therapeutic scheme.

Key words: Nursing. Diabetes Mellitus. Medication.

RESUMEN

FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes. **Factores relacionados con la adhesión del paciente diabético a la terapia medicamentosa**. Ribeirão Preto, 2008. 146 f. Tesis (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, 2008.

Se trata de un estudio, realizado en un Centro de Investigación y Extensión Universitaria del interior del estado de São Paulo, en 2007. Objetivo general: evaluar los factores que intervienen en la adhesión del paciente a la terapia medicamentosa relacionado a la diabetes mellitus. Objetivos específicos: caracterizar a los pacientes diabéticos de acuerdo con las variables sociodemográficas y clínicas; identificar la terapia medicamentosa utilizada por el paciente diabético; determinar la adhesión del paciente diabético a la terapia medicamentosa para el control de la diabetes; analizar las facilidades y/o dificultades enfrentadas por los pacientes diabéticos en la utilización de los medicamentos prescritos; y asociar la adhesión del paciente diabético a la terapia medicamentosa con algunas variables relacionadas: al paciente; a la relación profesional paciente; al esquema terapéutico; y a la enfermedad propiamente dicha. La población fue constituida por 46 pacientes diabéticos del tipo 1 e del tipo 2, que atendieron a los criterios de inclusión y exclusión. Para la colecta de los datos fueron utilizados un cuestionario y el test de Medida de Adhesión al Tratamiento – MAT. En el análisis, se utilizó el programa estadístico SPSS – 11.5. Los resultados mostraron que la población del estudio se caracterizó por pacientes con predominio del sexo femenino, con mediana de edad de 57 años, 8 años de estudio e 4,5 salarios mínimos. La mayoría de los sujetos poseen diabetes del tipo 2, con mediana de tiempo de diagnóstico de 12,5 años y las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial y la dislipidemia. Con relación a la terapia medicamentosa, 89,1% de los sujetos utilizaban antidiabéticos orales, siendo que 26,1% utilizaban Biguanidas y también Biguanidas asociada a la Sulfonilurea; y 41,3% de ellos hacían uso de insulina. También fue constatado que, 30,4% recibían terapia combinada con antidiabéticos orales e insulina. En lo que se refiere a la adhesión del paciente diabético al tratamiento medicamentoso para la diabetes, se obtuvo 78,3% de adhesión. En cuanto a las facilidades y/o dificultades para la adhesión, 50% de los sujetos adquirieron los medicamentos en la Unidad de Salud. La prevalencia de la adhesión fue mayor en los hombres (85,7%); en los ancianos (82,4%); en los sujetos con más de 12 años de estudio (88,9%); con renta familiar superior a cinco salarios mínimos (90%); que recibieron informaciones acerca de la enfermedad (84,6%) e informaciones específicas con relación al medicamento prescrito (86,7%). Fue constatado, también, que la adhesión fue mayor en los sujetos con hasta cinco años de diagnóstico (80%); que no modificaron la rutina de vida diaria (81,1%); no refirieron efectos colaterales (93,8%); no hacían uso de antihipertensivos (84,2%); e que presentaron lagunas de conocimiento (80,8%). Cabe resaltar que la prevalencia de la no adhesión fue mayor en individuos con hemoglobina mayor que 7% (85,7%). En la realización de los testes estadísticos, para la mayoría de los factores analizados, se obtuvo una débil asociación con la adhesión y las diferencias en la prevalencia de la adhesión no fueron estadísticamente significativas. Se concluye que al considerar que la prevalencia de la adhesión obtenida en el presente estudio está abajo de lo recomendado en la literatura, se torna urgente reconocer la importancia de la medición de la adhesión de los pacientes diabéticos en tratamiento medicamentoso para el control de la diabetes, por los profesionales de salud, en la vigencia de un mal control glucémico y de una supuesta falla en el esquema terapéutico instituido.

Palabras-clave: Enfermería, Diabetes Mellitus. Medicamentos.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes atendidos no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, segundo as variáveis sócio-demográficas. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.....	56
Tabela 2 - Distribuição dos pacientes atendidos no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, segundo tipo de diabetes e tempo de doença referido pelo paciente. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007	57
Tabela 3 - Distribuição dos pacientes atendidos no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, segundo tipo de tratamento utilizado para o controle do diabetes. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007	57
Tabela 4 - Distribuição dos pacientes atendidos no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, segundo complicações crônicas e co-morbididades referidas. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007	58
Tabela 5 - Distribuição dos pacientes atendidos no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, segundo cobertura medicamentosa para o diabetes. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007	59
Tabela 6 - Distribuição dos pacientes atendidos no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, segundo cobertura medicamentosa para hipertensão arterial, dislipidemia, agregação plaquetária, anticoagulação sanguínea e outras. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007	60
Tabela 7 - Distribuição dos pacientes atendidos no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, segundo informações recebidas para o seguimento do tratamento medicamentoso e participação do paciente na escolha do tratamento prescrito. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007	63
Tabela 8 - Distribuição dos pacientes atendidos no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, segundo a utilização do medicamento quanto a dose, horário, número de comprimidos e número de vezes da ingestão de medicamentos para o diabetes. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007	65
Tabela 9 - Prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso do diabetes segundo fatores relacionados ao paciente. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007	66
Tabela 10 - Prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso do diabetes segundo fatores relacionados à relação profissional-paciente e esquema terapêutico. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007	68
Tabela 11 - Valores de hemoglobina glicosilada em relação à adesão à terapêutica medicamentosa para o controle do diabetes. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007	69
Tabela 12 - Prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso do diabetes segundo variáveis relacionadas à doença. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007	70

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Relação dos antidiabéticos orais de acordo com seu mecanismo de ação	25
Quadro 2 - Relação aproximada do tempo-atividade dos vários preparados de insulina.....	30
Figura 1 - Distribuição da adesão dos pacientes atendidos no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007	61
Figura 2 - Distribuição dos locais de obtenção dos medicamentos para o diabetes pelos pacientes atendidos no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007	62

LISTA DE SIGLAS

ADA	American Diabetes Association
DAC	Ddoença Arterial Coronariana
DCCT	Diabetes Control and Complications Trial
DM	Diabetes Mellitus
EASD	European Association for the Study of Diabetes
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
GED	Grupo de Educação em Diabetes
HbA1c	Hemoglobina-glicosilada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF	International Diabetes Federation
MAT	Medida de Adesão aos Tratamentos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SIICUSP	Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UI	Unidades Internacionais de medida
UKPDS	United Kingdom Prospective Diabetes Study Group
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1. INTRODUÇÃO	21
1.1 O diabetes mellitus como uma condição crônica de saúde.....	21
1.2 O tratamento do diabetes mellitus: terapêutica medicamentosa.....	24
1.3 Adesão ao tratamento medicamentoso	32
2. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO PROBLEMA	38
3. OBJETIVOS DO ESTUDO	41
3.1. Geral.....	41
3.2. Específicos	41
4. METODOLOGIA.....	43
4.1 Tipo de Estudo	43
4.2 Local do Estudo	44
4.3 Período do Estudo.....	44
4.4 População e Amostra do Estudo	44
4.4.1 População Base	44
4.4.2 Critérios de inclusão na amostra	44
4.4.3 Critérios de exclusão na amostra	45
4.4.4 Amostra do estudo	45
4.5 Variáveis do Estudo	45
4.5.1 Variáveis sócio-demográficas	45
4.5.2 Variáveis clínicas	46
4.5.3 Variáveis relacionadas à terapêutica medicamentosa	46
4.5.4 Variáveis relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso.....	48
4.6 Instrumentos de Coleta de Dados	48
4.6.1 Apreciação do conteúdo.....	49
4.6.2 Estudo Piloto	49
4.7 Coleta de Dados	50
4.8 Organização e Análise dos Dados	50
4.9 Aspectos Éticos.....	53

5. RESULTADOS	55
5.1. Caracterização dos pacientes diabéticos cadastrados no Grupo de Educação em Diabetes do Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista, segundo as variáveis sócio-demográficas e clínicas	55
5.2. A terapêutica medicamentosa utilizada pelo paciente diabético cadastrado no referido Centro	58
5.3. A adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa para o controle do diabetes no referido Centro	60
5.4. Análise das facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos pacientes diabéticos na utilização dos medicamentos prescritos para o controle do diabetes.....	61
5.4.1. Fatores relacionados à acessibilidade aos medicamentos para o controle do diabetes	61
5.4.2. Fatores relacionados ao paciente para a adesão ao tratamento medicamentoso	62
5.4.3. Fatores relacionados à relação profissional-paciente para a adesão ao tratamento medicamentoso	62
5.4.4. Fatores relacionados ao esquema terapêutico para a adesão ao tratamento medicamentoso	64
5.4.5. Fatores relacionados à doença para a adesão ao tratamento medicamentoso.....	64
5.5. Associação entre adesão e as algumas facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos pacientes diabéticos na utilização dos medicamentos prescritos para o controle do diabetes	65
5.5.1 Associação da adesão com as variáveis relacionadas ao paciente: sexo, idade, anos de estudo e renda familiar	65
5.5.2 Associação da adesão com as variáveis relacionadas à relação profissional paciente e esquema terapêutico: informações acerca da doença e do medicamento para o diabetes, participação na escolha do tratamento medicamentoso, efeitos colaterais, mudanças na rotina de vida diária e uso de anti-hipertensivo	66
5.5.3 Associação da adesão com as variáveis relacionadas à doença: hemoglobina glicosilada, tempo de doença, conhecimento do controle do diabetes	69
6 . DISCUSSÃO	72
6.1 Caracterização das variáveis sócio-demográficas, clínicas e relacionadas à terapêutica medicamentosa da população do estudo	72
6.2 Adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa para o controle do diabetes	84
6.3 Facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos pacientes diabéticos para a adesão à terapêutica medicamentosa para o controle do diabetes	86
6.3.1 Fatores relacionados à acessibilidade aos medicamentos para o controle do diabetes	87
6.3.2 Fatores relacionados ao paciente para a adesão ao tratamento medicamentoso	89

6.3.3 Fatores relacionados à relação profissional-paciente para a adesão ao tratamento medicamentoso	92
6.3.4 Fatores relacionados ao esquema terapêutico para a adesão ao tratamento medicamentoso	96
6.3.5 Fatores relacionados à doença para a adesão ao tratamento medicamentoso.....	99
7. CONCLUSÕES.....	105
7.1 Caracterização dos pacientes diabéticos cadastrados no Grupo de Educação em Diabetes do Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, segundo as variáveis sócio-demográficas e clínicas.....	105
7.2. A terapêutica medicamentosa utilizada pelo paciente diabético cadastrado no referido Centro.....	105
7.3 A adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa para o controle do diabetes no referido Centro.....	106
7.4 Facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos pacientes diabéticos para a adesão à terapêutica medicamentosa para o controle do diabetes	106
7.4.1 Fatores relacionados à acessibilidade aos medicamentos para o controle do diabetes	106
7.4.2 Fatores relacionados ao paciente para a adesão ao tratamento medicamentoso	106
7.4.3 Fatores relacionados à relação profissional-paciente para a adesão ao tratamento medicamentoso	107
7.4.4 Fatores relacionados ao esquema terapêutico para a adesão ao tratamento medicamentoso	107
7.4.5 Fatores relacionados à doença para a adesão ao tratamento medicamentoso....	108
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
9. RECOMENDAÇÕES.....	115
REFERÊNCIAS	117
APÊNDICES	129
APÊNDICE A.....	129
APÊNDICE B.....	130
APÊNDICE C.....	139
APÊNDICE D.....	140
ANEXO.....	146

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O interesse pelas questões relacionadas ao paciente diabético vem me acompanhando há alguns anos, desde o segundo ano do curso de graduação em Enfermagem, no ano de 2001, quando ingressei na Liga de Diabetes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP. Durante as atividades desenvolvidas na Liga, tive oportunidade de vivenciar o cotidiano do paciente diabético e suas dificuldades em modificar seu estilo de vida visando a obter e a manter o controle metabólico. A minha inserção no Grupo de Pesquisa em Enfermagem e Diabetes Mellitus do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada EERP/USP também favoreceu o aprofundamento do meu conhecimento na temática da adesão à terapêutica medicamentosa.

Esta participação contribuiu para a construção e o desenvolvimento do projeto de pesquisa: **Conhecimento do paciente portador de diabetes acerca do tratamento medicamentoso: antidiabético oral**, o qual foi contemplado com uma bolsa de iniciação científica PIBIC/CNPq e premiado com Menção Honrosa no 11º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo – SIICUSP em 2003.

No início, o interesse pela pesquisa surgiu mediante observações realizadas durante o curso de graduação em Enfermagem em relação às dificuldades enfrentadas pelos pacientes diabéticos para a adesão ao tratamento. Mas a temática se configurou como um problema sério de saúde durante o desenvolvimento de minhas atividades profissionais em uma instituição pública em Ribeirão Preto - SP e Unidade Básica Distrital de Saúde em Serrana - SP. Nessas instituições, muitos pacientes diabéticos não faziam seguimento adequado da terapêutica medicamentosa prescrita e/ou mostravam falta de conhecimento acerca da doença.

Portanto, hoje, parece-me claro que o contato com pacientes diabéticos em minha trajetória acadêmica e no início da carreira profissional permitiu-me ou provocou-me configurar o tema **Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa** como objeto de pesquisa.

Assim, a construção do projeto de pesquisa - nível mestrado foi sustentado por uma rede tecida pelas referências teóricas, complexidade do paciente diabético, dificuldade para adesão ao tratamento e da interlocução e diálogo com os pacientes.

Portanto, o objeto de estudo emerge de um movimento dinâmico entre a prática cotidiana e as inquietações colocadas por ela e minha aproximação ao quadro teórico referente às questões relacionadas ao diabetes. Foi a possibilidade teórica de pensar o problema da

adesão ao tratamento medicamentoso para o controle do diabetes que me incentivou, definitivamente, a enfrentar a árdua e prazerosa “tarefa” de elaborar a dissertação de mestrado, ora apresentada.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 O diabetes mellitus como uma condição crônica de saúde

As condições crônicas estão aumentando em um ritmo alarmante em todo o mundo. Condições crônicas referem-se às doenças não transmissíveis e algumas transmissíveis que se cronificam, podendo causar incapacidades, exigindo tratamento em longo prazo, mudanças no estilo de vida e gerenciamento por um período de tempo. Além disso, a condição crônica é vista como um estressor de longa duração, que afeta, além do paciente, seus familiares e cuidadores (RICCO et al., 2000; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS, 2003b).

Em virtude dos progressos da saúde pública dentre outros, as populações estão envelhecendo e um número cada vez maior de pacientes vive por décadas com uma ou mais condições crônicas. A urbanização, a adoção de estilos de vida pouco salubres e a comercialização mundial de produtos nocivos à saúde, como o cigarro, são outros fatores que contribuem para a exacerbação desses agravos. As condições crônicas se constituirão a causa primeira de incapacidades em todo o mundo até o ano de 2020, como também tornarão os problemas de saúde mais dispendiosos para os sistemas de saúde, representando, assim, uma ameaça a todos os países em termos de saúde e economia. Nos países em desenvolvimento, os quais apresentam uma política de saúde voltada para doenças infecciosas agudas, desnutrição e saúde materna, as condições crônicas dificultam a prestação de serviços de saúde, o que torna crônica a questão e crônicos os doentes (IDE; CHAVES, 1992; OMS, 2003b).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) investiu, em gastos ambulatoriais e hospitalares, cerca de 11 bilhões de reais relacionados às condições crônicas em 2002. Entretanto, isto foi insuficiente para coibir o crescimento dessas doenças. Em pesquisa realizada nas cinco regiões de São Paulo no início dos anos 90, verificou-se que 86% dos indivíduos idosos apresentavam pelo menos uma condição crônica. Após dois anos de seguimento desses indivíduos, obteve-se que 94,4% deles apresentavam mais de uma doença crônica (RAMOS et al., 1993; MENDES, 2006).

O grande desafio atualmente consiste em superar a crise do modelo de atenção à saúde, direcionado às condições agudas, para se implementar o modelo de atenção às condições crônicas. Conforme advertência da OMS, “quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de atenção às condições agudas não funciona [...] e devem ser desenvolvidos os cuidados inovadores para as condições crônicas” (MENDES, 2006).

Nessa direção, os serviços de saúde enfrentam dificuldades para oferecer soluções para o surgimento ou agravamento dessas doenças geradas pelo meio ambiente social. O atendimento está limitado à utilização de medidas paliativas, destinada a solucionar desvios agudos e diminuir as seqüelas capazes de limitar a atividade física. Reitera-se, assim, o caráter de atendimento à doença, desenvolvido numa infra-estrutura assistencial cujo crescimento, ainda, não atende às necessidades da população. Imensas filas existentes, longo período para conseguir um primeiro atendimento, a distância entre o atendimento inicial e o seguimento posterior, a incalculável clientela à margem do Sistema retratam a incapacidade e a desarticulação dos serviços de saúde (IDE; CHAVES, 1992).

Os encargos de saúde tornam-se excessivos quando as condições crônicas são mal gerenciadas. Todavia, o impacto dos problemas crônicos de saúde vai muito além dos gastos relacionados ao tratamento médico. Sob uma perspectiva econômica, paciente, família, organizações de assistência em saúde, profissionais da saúde, governos, empregadores e sociedade sofrem as conseqüências (OMS, 2003b).

Uma importante condição crônica, em foco ultimamente, é o diabetes mellitus (DM), cujo aumento da incidência em países em desenvolvimento é particularmente preocupante. Essa condição crônica é o principal fator de risco para cardiopatias e doenças cerebrovasculares e, geralmente, ocorre associada à hipertensão arterial – outro importante fator de risco para problemas crônicos. Em 1995, havia 135 milhões de diabéticos no mundo, e as projeções indicam que esse número irá atingir 333 milhões no ano de 2025, dos quais a maioria afetada encontra-se nos países em desenvolvimento. (KING; AUBERT; HERMAN, 1998; GLOBALNEWS INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2006).

No Brasil, as projeções para 2025 são de que possam existir cerca de 11 milhões de diabéticos, o que representa um aumento de mais de 100% em relação aos atuais 5 milhões de diabéticos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION - IDF, 2002).

Nessa direção, os dados do estudo multicêntrico de diabetes mellitus, realizado em nove capitais brasileiras no período de 1986 a 1988, demonstraram que a prevalência é de 7,6% na população urbana de 30 a 69 anos. Em Ribeirão Preto, a prevalência é de 12,1% (MALERBI; FRANCO, 1992; TORQUATO et al., 2003).

Esse crescente aumento mundial na prevalência do diabetes mellitus está relacionado a vários fatores, tais como o processo de modernização, de urbanização e de industrialização, hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, obesidade, estresse, aumento na expectativa de vida e maior sobrevivência da população (ZANETTI, 1996; OMS, 2003b).

O diabetes é considerado um importante problema de saúde pública, em nível mundial e nacional, não somente em virtude do aumento de sua prevalência e incidência, mas também pelas repercussões sociais e econômicas, como comprometimento da produtividade, da qualidade de vida e da sobrevivência dos indivíduos, aposentadorias precoces, altos custos no seu tratamento e suas complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD, 2001; AMERICAN ASSOCIATION OF DIABETES EDUCATOR, 2002; BARBOSA; BARCELO; MACHADO, 2002).

Segundo Malerbi e Franco (1992), na maioria dos países, aproximadamente 50% dos pacientes desconhecem sua doença, e 20 a 30% não fazem nenhum tipo de tratamento, o que contribui para um aumento na sua morbi-mortalidade.

Assim, o DM não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia. Essa hiperglicemia é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos. A hiperglicemia crônica do diabetes mellitus está associada com danos a longo prazo, disfunção e insuficiência de vários órgãos, especialmente dos olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. (ENGELGAU; NAYARAN; HERMAN, 2000; SBD, 2006).

Existem quatro tipos principais de diabetes, a partir da classificação atual: tipo 1, tipo 2, outros tipos específicos e diabetes mellitus gestacional. O DM tipo 1 resulta da destruição das células β pancreáticas, com conseqüente deficiência de insulina, e tem tendência à cetoacidose. Na maioria dos casos, essa destruição é mediada por auto-imunidade, porém existem casos em que não há evidências de processo auto-imune, sendo, portanto, referida como forma idiopática. O tipo 2 resulta de vários níveis de resistência insulínica, sendo a maioria dos casos em pessoas obesas. Diferente do diabetes mellitus tipo 1 auto-imune, não há indicadores específicos para o tipo 2. A categoria “outros tipos específicos” inclui os casos decorrentes de doenças pancreáticas, defeitos associados com outras doenças ou por indução de fármacos diabetogênicos. Já o DM gestacional é o diabetes ou a intolerância à glicose diagnosticado pela primeira vez durante a gestação (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION - ADA, 1997; LERÁRIO, 1997; SBD, 2006).

O diabetes, além de representar um problema imediato, também tem como conseqüência que a situação dos indivíduos que dela padecem piora com o passar do tempo quando começam a aparecer as complicações derivadas de um mau controle glicêmico. Esses pacientes têm que enfrentar diversos problemas, os quais podem afetar sua qualidade de vida. É uma doença que persiste por toda a vida, e, no transcorrer dela, surgem múltiplas complicações, algumas vezes acompanhadas de outras doenças crônicas.

As complicações decorrentes do DM podem ser classificadas como agudas e crônicas. As complicações agudas incluem: cetoacidose, síndrome de hiperglicemia hiperosmolar e hipoglicemia. As complicações crônicas podem ser agrupadas em três tipos principais: microvascular (nefropatia e retinopatia), macrovascular (doença isquêmica e doença vascular periférica) e neuropatia (periférica e autonômica) (DAVIDSON, 2001).

Os estudos realizados pelo Diabetes Control and Complications Trial - DCCT (1993) com pacientes diabéticos tipo 1 e pelo UK Prospective Diabetes Study Group - UKPDS com tipo 2 (1998) demonstram redução das complicações quando os pacientes receberam controle intensivo conduzido por uma equipe multidisciplinar com instrumentalização para realizar um seguimento adequado.

Nessa direção, a educação em diabetes apresenta um impacto na redução de complicações agudas e crônicas. Para tanto, recomenda-se o atendimento à pessoa diabética por uma equipe multiprofissional, e os objetivos do atendimento devem-se ajustar às características da clientela atendida.

1.2 O tratamento do diabetes mellitus: terapêutica medicamentosa

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), o tratamento do DM inclui as seguintes estratégias: educação, modificação no estilo de vida (que inclui a suspensão do fumo, o aumento da atividade física e a reorganização dos hábitos alimentares) e, se necessário, uso de medicamentos.

O tratamento concomitante de outros fatores de risco cardiovascular é essencial para a redução da mortalidade cardiovascular. O paciente deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos de vida saudáveis, como manutenção de peso adequado, prática regular de atividade física, suspensão do fumo e baixo consumo de bebidas alcoólicas.

No DM tipo 1, devido à destruição da célula beta, o que geralmente ocasiona uma deficiência absoluta de insulina, há a necessidade de iniciar o tratamento com insulinoterapia combinada com mudanças nos hábitos de vida. Já o DM tipo 2 é considerado uma doença progressiva. Para alguns desses pacientes que dele padecem, o uso das intervenções não medicamentosas, como dieta, atividade física, monitorização, educação e intervenções psicossociais, é recomendado para manter o controle glicêmico. Entretanto, para a maioria deles, o tratamento requer a administração de um ou mais antidiabéticos orais, insulina ou ambos. É preciso, ainda, considerar que, para aqueles em tratamento medicamentoso com apenas um agente antidiabético oral, o seu efeito tem duração apenas de 5 anos. Há uma

estimativa de que, para cerca de 40% dos diabéticos tipo 2, é necessário o uso da insulina (DAVIDSON, 2001; GROSSI; SECOLI, 2003; SBD, 2006).

Assim, no tratamento medicamentoso para o diabetes do tipo 2 são utilizados esquemas monoterápicos ou terapias combinadas. Os antidiabéticos orais são classificados como secretagogos de insulina de ação prolongada, secretagogos de insulina de ação rápida, sensibilizadores da insulina e os inibidores da α -glicosidase, ou seja, em quatro grupos de acordo com seus mecanismos de ação (Quadro 1).

<i>Nome Genérico</i>	<i>Nome Comercial</i>	<i>Posologia em mg</i>	<i>Redução da glicemia de jejum (md/dl)</i>	<i>Redução da HbA1c (%)</i>	<i>Efeitos colaterias</i>
SECRETAGOGOS DE INSULINA – SULFONILURÉIAS					
Clorpropamida	Diabinese	125 a 500	60-70	1,5-2	Hipoglicemia e ganho ponderal *Clorpromazina favorece ↑ da PA
Glibenclamida	Daonil, Euglucon	2,5 a 20			
Glipizida	Minidiab	2,5 a 20			
Glicazida	Diamicon	40 a 320			
Glimepirida	Amaryl	1 a 8			
SECRETAGOGOS DE INSULINA – GLINIDAS					
Repaglinida	Novorm, Prandim	0,5 a 16	20-30	0,7-1	Hipoglicemia e ganho ponderal (discreto)
Nateglinida	Starlix	120 a 360			
SENSIBILIZADORES DE INSULINA – BIGUANIDAS/ TIAZOLIDINEDIONAS					
Metformina	Glifage, Glycoformin	1000 a 2550	60-70	1,5-2	Desconforto abdominal, diarréia
Rosiglitazona	Avandia	4 a 8	35-65	1,2-2	Edema, anemia e ganho ponderal
Pioglitazona	Actos	15 a 45			
INIBIDORES DA α-GLICOSIDASE					
Acarbose	Glucobay	50 a 300	20-30	0,7-1	Flatulência e diarréia

Quadro 1. Relação dos antidiabéticos orais de acordo com seu mecanismo de ação.

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (2006)

Os **Secretagogos de insulina de ação prolongada** são denominados Sulfoniluréias, que estimulam a secreção de insulina, ligando-se a receptores nas células β das ilhotas pancreáticas, especialmente no início da terapia, reduzindo os níveis sanguíneos de glicose. Também aumentam o número de receptores de insulina nos músculos e nas células adiposas e reduzem a produção de glicose hepática. Ressalta-se que 25% dos pacientes diabéticos podem atingir um bom controle glicêmico com esses fármacos em monoterapia. No entanto, para 60 a 75% deles, é necessária a terapia combinada para a obtenção de um bom controle glicêmico. Promove redução de 1,5 a 2% na hemoglobina glicosilada. Apresenta, como efeitos colaterais, o aumento de peso devido à hiperinsulinemia e à hipoglicemia. Eles devem ser administrados 30 minutos antes das refeições, com o intuito de coincidir o pico de ação da droga com o aumento dos níveis sanguíneos de glicose pós-prandial. São considerados fármacos de primeira escolha para o tratamento do diabético tipo 2, não obeso. Uma característica desta classe de antidiabético oral é a perda de seu efeito ao longo do tempo de tratamento, o que se caracteriza como falência terapêutica secundária (FRAIGE FILHO, 2001; GROSSI; SECOLI, 2003; SBD, 2006).

Os **secretagogos de insulina de ação rápida**, as Glinidas, agem no *pool* intracelular da insulina de secreção rápida, em receptores das células β pancreáticas, promovendo pico de ação em torno de uma a duas horas. Por isso, são indicados no controle das hiperglicemias pós-prandiais. O seu efeito é glicose-dependente e declina com a queda das concentrações sanguíneas de glicose. Promovem redução na hemoglobina glicosilada de 1% na Nateglinida e de 1,5 a 2% com a Repaglinida. Considerando que são absorvidas e eliminadas rapidamente e que seu perfil de ação é rápido, devem ser administrados imediatamente antes das refeições, conferindo um perfil terapêutico com menor risco de hipoglicemia (FRAIGE FILHO, 2001; GROSSI; SECOLI, 2003; SBD, 2006).

Os **sensibilizadores de insulina** são as Biguanidas e as Tiazolidinedionas. As Biguanidas possuem apenas um representante do grupo, a Metformina, que exerce um aumento na captação de glicose pelo tecido adiposo e muscular esquelético e diminui a produção de glicose hepática (portanto, possui ação anti-hiperglicemiante). Reduz a hemoglobina glicosilada em 1,5 a 2% e constitui o medicamento de escolha para pacientes diabéticos obesos, pois possui efeito anoréxico, produzindo perda de peso. Quando associada a fármacos secretores de insulina, tem seu efeito potencializado. As Tiazolidinedionas são os verdadeiros fármacos sensibilizadores de insulina, visto que seu mecanismo de ação diminui a resistência à insulina no tecido muscular, hepático e adiposo, que é foco principal da etiologia do diabetes do tipo 2. Assim, favorece a utilização de glicose pelos tecidos periféricos e

também pode afetar a produção hepática de glicose. A principal indicação é para pacientes diabéticos tipo 2 que não conseguem obter um bom controle com os secretores de insulina. Esses medicamentos reduzem em 1 a 2,2% a hemoglobina glicosilada. As Biguanidas e as Tiazolidinedionas possuem como efeitos colaterais mais comuns os distúrbios gastrointestinais, e recomenda-se a administração durante ou logo após as refeições (FRAIGE FILHO, 2001; GROSSI; SECOLI, 2003; SBD, 2006).

Os **inibidores da α -glicosidase** são fármacos que atuam inibindo parcial e temporariamente a enzima α -glicosidase, responsável pela degradação dos carboidratos, transformando-os em glicose na digestão intestinal. Têm como consequência a atenuação do aumento pós-prandial de glicose sangüínea, pois retarda a absorção dos carboidratos. O início de ação é imediato, portanto devem ser administrados durante as refeições. Promovem redução de 0,7 a 1% na hemoglobina glicosilada. Têm efeitos colaterais gastrointestinais, principalmente flatulência. Portanto, devem ser administrados em baixas doses, com aumento gradativo devido ao desconforto, por vezes intenso. Este efeito colateral pode levar o paciente a desistir do uso do medicamento. Como monoterapia, têm indicação apenas no controle da glicemia nos pacientes com intolerância à glicose ou mesmo naqueles com glicemias discretamente alteradas, sempre associados a dieta adequada (FRAIGE FILHO, 2001; GROSSI; SECOLI, 2003; SBD, 2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), a escolha do medicamento deve levar em conta os valores das glicemias em jejum e pós-prandial e da hemoglobina glicosilada, o peso ideal do paciente, a presença de complicações, outros transtornos metabólicos e doenças associadas e as possíveis interações com outros medicamentos, reações adversas e as contra-indicações.

No geral, para pacientes com glicemia inferior a 150mg/dl, estão indicados os medicamentos que não promovam aumento da secreção de insulina, principalmente em obesos e, quando a glicemia de jejum for superior a 150mg/dl, mas inferior a 270mg/dl, a indicação da monoterapia antidiabética oral dependerá do predomínio entre insulinoresistência ou insulino dependência/falência da célula β -pancreática. Na maioria dos casos de diabetes tipo 2, o fenótipo clínico se caracteriza, desde logo, pela presença de obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia, o que indicam a presença de resistência insulínica, caso no qual são mais apropriados os medicamentos anti-hiperglicemiantes, que melhorarão a atuação da insulina e evitará ganho ponderal. Já a associação entre hiperglicemia e perda de peso sinaliza a deficiência de insulina e, via de regra, um estágio

mais avançado e descompensado da doença. Nessa circunstância, os medicamentos secretagogos de insulina são mais indicados (SBD, 2006).

Para aqueles com glicemias de jejum normal (menor que 110 mg/dl) e com valores de hemoglobina glicosilada alterada, é recomendado o uso de medicamentos anti-hiperglicemiantes (Metformina ou Glitazonas) ou aqueles que atuam mais na glicemia pós-prandial (Acarbose ou Glinidas). Para pacientes com glicemias de jejum entre 110 e 140 mg/dl, existe a indicação de tratamento com Acarbose ou Metformina, sendo esta última a droga de escolha para aqueles com índice de massa corporal acima de 25 kg/m². Quando o controle não for atingido pela monoterapia, é indicado acrescentar um segundo agente. Se, ainda assim, não houver controle metabólico, é possível acrescentar um terceiro agente, insulina ao deitar ou insulino terapia plena (SBD, 2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2007), devido a baixa adesão dos pacientes às recomendações sobre a adoção de estilos de vida mais saudáveis, a utilização de metformina deve ser preconizada já na primeira etapa do tratamento.

Em 2007, uma quinta classe terapêutica de antidiabético oral denominada incretinas está sendo utilizada na prática clínica. As incretinas são antidiabéticos orais, já incluídos nas novas diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2007) para o controle glicêmico do diabetes tipo 2. Eles estão classificados em dois tipos, os inibidores da DPP-4 (sitagliptina e vildagliptina) e os análogos do GLP-1 (exenatida).

As incretinas são hormônios produzidos pelo intestino, que aumentam o nível de glicose no sangue, sendo responsáveis pela nutrição do indivíduo. O GLP-1 é um desses hormônios. Ele aumenta à medida que a glicose é absorvida e diminui a produção de glucagon. O GLP-1 promove estimulação da produção de insulina, diminui a produção de glucagon e a produção hepática de glicose e regula o esvaziamento gástrico, aumentando a saciedade. Cabe destacar que o GLP1 é metabolizado rapidamente pela a enzima DPP-4. Vários análogos do GLP1 com efeito prolongado têm sido pesquisados. O mais estudado até o momento é o exenatida (TAMBASCIA, 2007).

Outra vertente de pesquisa na área desses medicamentos é a utilização de inibidores da DPP-4, aumentando a vida do GLP1 endógeno. Estas substâncias poderão ter grande impacto no tratamento do DM tipo 2, pois além de possuírem atividade secretagoga, também diminuem a resistência à insulina, têm efeito redutor do peso e estimulam a neogênese de ilhotas (TAMBASCIA, 2007).

As novas descobertas acerca dos hormônios incretínicos e o desenvolvimento de medicamentos que emulam ou ativam seus efeitos podem oferecer às pessoas com diabetes

tipo 2, ou com risco de desenvolvê-lo, uma oportunidade inovadora de normalizar os níveis de glicose no sangue e impedir os graves efeitos da hiperglicemia, como o impacto sobre a expectativa de vida.

Como já mencionado, a **insulinoterapia** deve ser instituída a todo paciente diabético tipo 1 e, no tipo 2, quando ocorre falência secundária aos antidiabéticos orais, que, usados em doses máximas, não produzem o controle glicêmico adequado, mesmo quando combinados entre si.

Além disso, a insulinoterapia deve ser utilizada em pacientes diabéticos tipo 2 quando houver mau controle glicêmico com perda acentuada de peso em um pequeno espaço de tempo. Na ocorrência de infecções graves, acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, cirurgias, o uso da insulina melhora o prognóstico, bem como diminui a mortalidade cardiovascular em até 30% (MALMBERG, 1997).

Em indivíduos saudáveis, as células β -pancreáticas produzem níveis de insulina constantes e baixos - insulina basal, e, quando esses indivíduos se alimentam, há liberação de insulina como resposta - insulina prandial. O objetivo da terapia de reposição de insulina em diabéticos é reproduzir a função pancreática o mais próximo possível do normal.

Há quatro tipos de insulina de acordo com sua origem: a bovina, que difere da insulina humana em três aminoácidos e, portanto, é a mais antigênica; a porcina, que difere da insulina humana em apenas um aminoácido, sendo muito pouco antigênica; a humana; e os análogos da insulina que são moléculas de insulina modificadas no laboratório. Provavelmente, em alguns anos só deverão existir disponíveis no mercado as insulinas humanas e seus análogos (PINTO; OLIVEIRA, 2004).

As insulinas são caracterizadas com base em seu início de ação, pico de ação e duração total da ação: ação ultra-rápida (início de menos de 25 minutos), ação rápida (início de meia a 1 hora), ação intermediária/lenta (início de 2 a 4 horas) e ação prolongada (início de 6 a 8 horas) (DAVIDSON, 2001; PINTO; OLIVEIRA, 2004) (Quadro 2).

<i>Tipo de insulina</i>	<i>Preparado</i>	<i>Início da ação</i>	<i>Ação máxima</i>	<i>Duração total da ação</i>
Ação Ultra-rápida	Lispro (UR)	0,25	1 – 2 h	3 – 5 h
	Aspart	0,25	0,75 – 1h	3 h
Ação Rápida	Regular (R)	½ - 1 h	2 – 4 h	3 – 6 h
Ação Intermediária	NPH (N)	1 – 2 h	4 – 10 h	14 – 20 h
	Lenta(L)	2 – 4 h	8 – 12 h	14 – 20 h
	Protamina Aspart	1 – 2 h	4 – 10 h	14 – 20 h
	NPL	1 – 2 h	4 – 10 h	14 – 20 h
Ação Prolongada	Ultralenta (U)	4 – 6 h	14 – 28 h	24 – 36 h
	Glargina	4 h	-	24 h

Quadro 2 - Relação aproximada do tempo-atividade dos vários preparados de insulina.

Fonte: Davidson, 2001; Pinto; Oliveira, 2004.

A insulina **Regular**, também chamada de solúvel ou natural, é incolor; pode ser usada endovenosa, intramuscular ou, mais comumente, subcutânea. A insulina **NPH** é a mais usada no mundo; tem aparência leitosa devido à mistura equimolar de protamina e insulina; é classificada como de ação intermediária. A **Lenta** é considerada também como sendo de ação intermediária, devido à associação de zinco à insulina, o que torna menos solúvel. Já a **Ultralenta** é a forma mais insolúvel da insulina Lenta e tem seu tempo de ação prolongado; na prática, essa insulina não consegue, habitualmente, manter o nível sérico de insulina basal com apenas uma injeção diária (PINTO; OLIVEIRA, 2004).

As insulinas Lispro, Aspart, NPL, Protamina Aspart e Glargina são exemplos de análogos de insulina. Os análogos da insulina **Lispro** e **Aspart** possuem ação ultra rápida e têm potência hipoglicemiante similar à insulina Regular; devem ser administrados dentro do período de 15 minutos do início e próximo ao início das refeições, respectivamente; ambos são usados comumente em bombas de insulina subcutânea. O **NPL** e a **Protamina Aspart** são equivalentes à insulina NPH. O que os diferem é que usam o análogo Lispro e Aspart, respectivamente, no lugar da insulina tradicional. Já o análogo **Glargina** apresenta um perfil, como insulina de depósito, melhor que as insulinas NPH, Lenta ou Ultralenta; habitualmente é administrado antes de dormir; não apresenta pico de ação, o que mantém constantes os níveis séricos de insulina (PINTO; OLIVEIRA, 2004).

Vários fatores afetam os requerimentos de insulina, tais como o consumo de alimentos, nível de glicose sanguínea e a atividade física, os quais devem ser considerados para o ajuste do tipo, da dose e do horário da insulina.

Do ponto de vista terapêutico, são importantes três características do tempo de ação dos diferentes tipos de preparos de insulina: início da ação, tempo do pico da atividade e duração da ação, que dependem da rapidez da absorção após a injeção subcutânea.

A American Diabetes Association (ADA) e a European Association for the Study of Diabetes (EASD) destacam a importância da insulinoterapia no algoritmo de tratamento para o DM do tipo 2. Como a insulinoterapia é considerada a opção farmacológica que promove maior redução nos níveis de hemoglobina glicosilada (entre 1,5% e 2,5%), é recomendada como o segundo passo no algoritmo de tratamento do DM tipo 2, quando o paciente não consegue mudanças no hábito de vida e ocorre falência no uso da Metformina. Além da insulina, podem-se associar as Sulfoniluréias e as Glitazonas, baseando-se o critério de escolha nos níveis de hemoglobina glicosilada. A insulina é indicada em pacientes diabéticos com hemoglobina glicosilada maior que 8,5% ou que apresentam sintomas secundários de hiperglicemia (NATHAN et al., 2006).

Os efeitos colaterais da insulinoterapia incluem reações cutâneas locais tardias, alergia, lipoatrofia e lipo-hipertrofia insulino-induzida, aumento de peso em pacientes com mau controle glicêmico antes do início ou da intensificação da insulinoterapia e, por fim, a hipoglicemia. Assim, o monitoramento dos níveis glicêmicos e dos locais de aplicação de insulina no paciente diabético em uso de insulina deve ser rigoroso (DAVIDSON, 2001).

Na busca de diferentes vias de administração de insulina a fim de torná-la menos traumática e dolorosa, nos últimos anos, houve um grande progresso para a utilização de insulina inalatória. O dispositivo utilizado para a sua utilização é semelhante ao usado em medicamentos para o tratamento da asma brônquica, com spray e espaçador. Essa forma tem se mostrado bastante promissora para o aumento da adesão ao tratamento medicamentoso.

Assim, o tratamento do DM visa ao controle da hiperglicemia e, como consequência, ao alívio dos sintomas, à redução da ocorrência de complicações agudas e crônicas e à melhora da qualidade de vida. Esses objetivos são atingidos quando se consegue manter uma glicemia dentro dos parâmetros considerados normais ao longo dos anos de doença, ou seja, glicemia plasmática de jejum até 110 mg/dl, glicemia pós-prandial até 140 mg/dl e hemoglobina glicosilada até o limite superior do método empregado.

A escolha do esquema terapêutico medicamentoso deve levar em consideração a disfunção básica preponderante na ocorrência da hiperglicemia em cada paciente. Assim, uma

estimativa sobre o papel da resistência ou deficiência de insulina na patogênese da hiperglicemia pode ser útil na decisão sobre a modalidade terapêutica mais adequada. Além disso, há também a necessidade de uma avaliação criteriosa dos níveis da glicemia pré e pós-prandiais, da hemoglobina glicosilada, da idade do paciente, do efeito do medicamento sobre o peso corporal, da presença de comorbidades, do mecanismo de ação das drogas, das contra-indicações, dos efeitos colaterais e das possíveis interações para a escolha do tratamento medicamentoso (GROSSI; SECOLI, 2003).

Considerar o diabetes como uma condição crônica de saúde exige do paciente uma vida de comportamentos especiais e co-participação em cerca de 90% do cuidado diário para a manutenção de um bom controle metabólico. Há a necessidade de estratégias de ensino ao paciente diabético para o manejo de seu autocuidado, principalmente no que se refere a cuidados com o esquema terapêutico. Quanto maior for a capacidade do paciente para resolver seus próprios problemas diários, maior será a adesão ao tratamento.

No entanto, observa-se que existe um grande desconhecimento, por parte da população, de noções básicas a respeito da doença e dos fatores predisponentes ao seu aparecimento, bem como das medidas a serem tomadas para se obter um bom controle glicêmico, com as quais se podem evitar complicações agudas e crônicas (TAKAHASHI et al., 1993).

Essa falta de conhecimento leva o paciente, muitas vezes, a apresentar dificuldade na adesão ao tratamento proposto, o que é fundamental para obtenção de um bom controle metabólico.

1.3 Adesão ao tratamento medicamentoso

Vários estudos de adesão em doenças crônicas têm demonstrado que pacientes freqüentemente param de tomar suas medicações ou até mesmo nem começam a tomá-las, pois as consideram ineficazes, ou experimentam efeitos colaterais desagradáveis (DONNAN; MACDONALD; MORRIS, 2002; LEITE; VASCONCELLOS, 2003; GRANT et al., 2003). No caso do diabetes, muitos pacientes acreditam que não precisam da terapia medicamentosa, devido ao caráter assintomático da doença.

A falta de adesão ao tratamento, ou seja, a dificuldade do paciente em usar a medicação prescrita, seguir a dieta ou modificar seu estilo de vida, de acordo com as orientações da equipe multidisciplinar, é um problema sempre presente na prática clínica.

Estima-se que apenas 1/3 dos pacientes tem adesão adequada ao tratamento (VALLE et al., 2000).

O conceito de adesão varia entre os autores, mas, de forma geral, é compreendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento. Representa a etapa final que se sugere como uso racional de medicamentos (LEITE; VASCONCELLOS, 2003; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

Discussões mais recentes sobre o tema apresentam o conceito de adesão parcial, relacionando-a a situações em que o paciente toma a dose na hora errada ou a dose incorreta, na tentativa de explicar quando e porque o paciente não tem adesão total ou somente parcial ao esquema de tratamento. A adesão parcial pode ser intencional e não-intencional. A adesão parcial intencional ocorre quando os pacientes se sentem melhor ou pior, utilizam bebida alcoólica, apresentam efeitos colaterais e/ou desconhecem a real necessidade do tratamento. Já a adesão parcial não-intencional, mais freqüente em idosos e crianças, decorre do esquecimento da dose (causa mais comum), do fato de ter que ir a mais de uma farmácia ou mais de um médico, da confusão quanto aos esquemas de tratamento, do rótulo impreciso nas embalagens e/ou inabilidade para abri-las (RUDD, 1995).

Segundo Miller (1997), há uma diferença entre os termos “*adherence*” e “*compliance*” na literatura internacional. *Adherence* pode ser definido como uma extensão da personalidade de cada pessoa, no sentido de cooperação entre o paciente e os profissionais de saúde envolvidos no tratamento. Já a *compliance*, termo muito utilizado, não é sinônimo de adesão e sim a tradução de obediência ao que é estabelecido, denotando uma atitude passiva em relação ao tratamento.

Assim, entende-se que a adesão deve ser vista como uma atividade conjunta entre profissional e paciente, como uma “aliança terapêutica”, na qual o paciente não obedece simplesmente às orientações médicas, mas “entende, concorda e segue a prescrição (sic)”. Neste caso, reconhece-se a responsabilidade específica de todos os envolvidos no processo, direta ou indiretamente (VITÓRIA, 2006), identificando-se também a opção do indivíduo de adotar ou não uma determinada recomendação (BRAWLEY; CULOS-REED, 2000).

Nessa direção, destaca-se a importância de se considerar o ponto de vista dos pacientes. Para eles, adesão é um construto com pouco significado, no qual o objetivo da adesão a um tratamento está relacionado à mensuração do “quanto” e “como” o medicamento afeta suas vidas. Eles querem tomar suas próprias decisões, baseados em suas crenças e informações (MORRIS; SCHULZ, 1993). Por outro lado, entendem a não-adesão não como

um comportamento desviante, mas como um processo de tomada de decisão com a finalidade de aliviar o desconfortável efeito das drogas ou dieta. Isso porque acreditam que o seu comportamento terá pouco ou nenhum impacto desfavorável em longo prazo na sua saúde (MILLER, 1997), o que se caracteriza como uma escolha racional (MORRIS; SCHULZ, 1993).

Há muitas variáveis que podem influenciar a adesão, e não há consenso acerca de qual tem maior influência na adesão ao tratamento. Dentre os fatores, pode-se pensar primeiramente na falta de acesso ao medicamento, considerando que a indústria farmacêutica investe mais em países e classes sociais economicamente favorecidos. Também, em nosso país, a cobertura medicamentosa não condiz com as reais necessidades da população. Descartando-se essa possibilidade, existem quatro grandes grupos de fatores implicados na adesão ao tratamento medicamentoso: os atribuídos ao paciente, à relação profissional-paciente, ao esquema terapêutico e à doença (ANDERSON; KIRK, 1982; VALLE et al., 2000; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Em relação ao paciente, extremos de idade, nível intelectual, fatores psicológicos como sensação de perda de controle sobre seu corpo, atitudes familiares e de amigos, isolamento social ou o fato de morar sozinho são fatores que provocam baixa adesão ao tratamento. Por outro lado, parece que uma vida social ativa tem efeito positivo sobre a adesão. Outra questão a considerar é que o ato de tomar o medicamento regularmente demonstra, o tempo todo, que se é um doente crônico (ANDERSON; KIRK, 1982; VALLE et al., 2000; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Quanto à relação profissional-paciente, um dos fatores decisivos para a adesão é a confiança depositada pelo paciente na prescrição, na equipe de saúde ou no médico pessoalmente. A frequência de encontros, o tempo dispensado para o consulta, a linguagem, o acolhimento e a motivação para o cumprimento da terapia são fatores que aumentam a adesão ao tratamento proposto (VALLE et al., 2000; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

No que se refere ao esquema terapêutico, além de seu custo há a questão da adaptação do paciente a um novo estilo de vida. Na maioria das vezes, necessita modificar sua dieta, horários e ritmo diário para cumprir o tratamento. Também a introdução de outros medicamentos várias vezes ao dia, a via de administração e os efeitos colaterais dificultam, ainda mais, a adesão ao tratamento. No diabetes, em particular, muitas vezes é necessária a associação de agentes orais e insulina administrados mais de uma vez ao dia (ANDERSON; KIRK, 1982; VALLE et al., 2000; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

E, por fim, a doença propriamente dita, em que a adesão está relacionada à forma de o paciente entrar em contato com a doença e compreender sua enfermidade. A ausência de sintomas, a dificuldade para compreender a importância do tratamento, a necessidade do tratamento em longo prazo também constitui entraves para a adesão (ANDERSON; KIRK, 1982; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Diante de tais fatores, pode-se perceber a variedade e a complexidade de elementos que contribuem para que a pessoa com uma condição crônica de saúde, como o diabetes, apresente dificuldades para a adesão ao regime terapêutico.

Assim, a adesão ao tratamento deve constituir preocupação constante para os profissionais de saúde. As inúmeras variáveis envolvidas na adesão ao tratamento impõem a busca de estratégias de intervenções que visam ao bom controle metabólico. Desse modo, na avaliação do paciente, os profissionais de saúde devem considerar quais os fatores que estão influenciando na adesão e como eles podem ser modificados.

A adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa instituída constitui uma tarefa árdua para os profissionais de saúde, isto é, a correspondência do comportamento do paciente diante das recomendações inerentes ao tratamento.

O conceito de adesão ao tratamento engloba várias definições operacionais, bem como, vários métodos para determiná-lo, o que leva a variadas taxas de adesão ao tratamento (SHOPE, 1981).

Algumas informações “chaves” são utilizadas para o alcance da adesão ao tratamento. A intervenção educacional é uma das estratégias para a adesão aos medicamentos, bem como para a compreensão acerca da dose, horário e efeitos colaterais dos mesmos.

Outro ponto que merece destaque para a adesão do paciente é a posição que ele ocupa em relação ao seu tratamento. Nessa direção, devem-se considerar os aspectos sociais e culturais sobre o uso de medicamentos, como resultado de um processo de decisão racional que leva em conta os diversos determinantes, entre os quais a disponibilidade e crença no tratamento, o resultado da dinâmica de aprendizagem social vivida e a maneira de construir o processo de enfrentamento da doença. Essa construção é compreendida não só no nível individual, mas também no contexto da família, das instituições de saúde, da comunidade e da sociedade como um todo (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

O paciente é desprovido da capacidade de refletir sobre seu próprio corpo e sua doença. Em nenhum momento é citado o direito do paciente de decidir sobre o seu próprio corpo. Na verdade, o paciente “não está preocupado em desobedecer ou não seguir o recomendado no receituário médico (sic), mas sim em lidar com sua condição de vida da

forma que lhe convenha e que lhe permita maior autocontrole e liberdade” (CONRAD, 1985).

As consequências da falta de adesão ao tratamento são descritas como a não obtenção dos benefícios esperados, ausência de resposta fisiológica, deterioração da relação médico-paciente e aumento do custo financeiro para o paciente e para o sistema de saúde, devido ao número elevado de hospitalizações e do tempo de tratamento, que poderiam ser evitados (VALLE et al., 2000; JIANG et al., 2003). Nos Estados Unidos, por exemplo, a falta de adesão ao tratamento apresenta um gasto médio anual de 100 bilhões de dólares, sendo 50 bilhões em perda de produtividade (PETERSON; TAKIYA; FINLEY, 2003).

O viver com uma condição crônica de saúde como o diabetes requer conhecimento sobre a natureza da doença, tanto quanto habilidades específicas para o autocuidado. Assim, necessário se faz buscar estratégias para educação efetiva dos pacientes e familiares, bem como para os próprios profissionais de saúde, pois os eventos de descompensação aguda ou crônica estão geralmente relacionados à falta de adesão para o gerenciamento do diabetes, o déficit de conhecimento relacionado à doença e o comportamento inadequado de autocuidado (IDE; CHAVES, 1992; GROSSI, 1999; BROWNE et al., 2000; WILDER, 2003).

JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

2. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO PROBLEMA

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças crônico-degenerativas representam 59% do total de 57 milhões de mortes ao ano e 46% do total de doenças, e estas vêm crescendo assustadoramente nos países em desenvolvimento. Os custos diretos de saúde associados ao diabetes são estimados em cerca de 286 bilhões de dólares em todo o mundo, dos quais grande parte está relacionada às consequências decorrentes do controle inadequado da glicemia. Portanto, a adoção de medidas preventivas e a adesão ao esquema terapêutico emergem como principais intervenções para o controle da sua morbidade e da mortalidade (OMS, 2005).

O conceito de adesão ao tratamento medicamentoso engloba várias definições operacionais, bem como vários métodos para determiná-la – auto-relato, contagem de comprimidos, testes de laboratório –, levando a variadas taxas de adesão ao tratamento (SHOPE, 1981).

Nas doenças crônicas, a adesão à terapêutica é representada como uma curva de distribuição em formato de "J", verificando-se que quase 50% dos pacientes tomam o medicamento corretamente em 80% do tempo, 20% toma entre 50 e 80% do tempo e 30% toma em menos de 50% do período total do tratamento (VITÓRIA, 2006).

Pesquisa sobre a adesão ao tratamento com medicamentos utilizados em pediatria, em diferentes cenários clínicos, demonstrou que, em regime de tratamento de longa duração, a adesão na população estudada variou de 11 a 83% (SHOPE, 1981).

Estudo realizado por Eraker, Kirscht e Becker (1984) encontrou taxa de falta de adesão nos tratamentos de curta duração estimada em 92% e doenças crônicas em torno de 50%.

Para tratamento de longa duração, os percentuais encontrados em relação à falta de adesão foram: 45% para terapia anti-tuberculosa, 52% para pacientes diabéticos que recebem aplicações de insulina, 54% para a terapêutica anti-asmática e 58% para pacientes com glaucoma que fazem uso de colírio (DIRCKS; KINSMAN, 1982).

O principal problema resultante da falta de adesão é a ineficácia do tratamento, ao considerar, obviamente, que o diagnóstico foi estabelecido e o medicamento prescrito é eficaz (HAYNES, 1979).

Do ponto de vista clínico, o consumo irregular, reduzido ou excessivo de medicamentos pode comprometer a saúde ou prolongar a doença. A falta de adesão leva a

várias conseqüências, tais como insatisfação do paciente em relação ao profissional de saúde e à qualidade do cuidado oferecido. Essa situação leva, muitas vezes, o paciente a realizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos adicionais desnecessários, gerando novos custos e possíveis outros problemas de saúde, em decorrência dos tratamentos, e maior número de visitas clínicas, admissões hospitalares, visitas aos serviços de emergência ocasionados pelas complicações da doença, entre outras (SHOPE, 1981; BECKER, 1985; BOND; HUSSAR, 1991).

Em relação ao diabetes, em particular, estimativas mostram que medidas devem ser tomadas para prevenir o aparecimento de complicações, pois, caso contrário, as projeções para os próximos 30 anos são de que podem ocorrer 35 milhões de infartos agudos do miocárdio, 13 milhões de acidentes vasculares cerebrais, 6 milhões de insuficiências renais, 8 milhões de quadros de cegueira ou cirurgia ocular, 2 milhões de amputações e 62 milhões de óbitos de um total de 121 milhões de episódios graves e relacionados com diabetes (RIZZA, 2006).

A falta de adesão ao tratamento do diabetes é um problema de magnitude amplamente reconhecida no cenário nacional e internacional. No entanto, percebem-se lacunas existentes no conhecimento de tecnologias de cuidado que favoreçam o alcance e/ou a melhoria da adesão.

Atenta a essas questões, interessa-nos o estudo da problemática que cerca os pacientes diabéticos em relação a adesão à terapêutica medicamentosa. A relevância da terapêutica medicamentosa é indiscutível, pois, para a obtenção de um bom controle glicêmico, além das medidas dietéticas e modificações no estilo de vida, é fundamental a adesão à terapêutica medicamentosa para obtenção de um bom controle metabólico e/ou para prevenção ou postergação das complicações crônicas advindas do diabetes.

OBJETIVOS DO ESTUDO

3. OBJETIVOS DO ESTUDO

3.1. Geral

Avaliar os fatores que interferem na adesão do paciente à terapêutica medicamentosa relacionada ao diabetes mellitus.

3.2. Específicos

- 1) Caracterizar os pacientes diabéticos cadastrados em um Grupo de Educação em Diabetes de um Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista, segundo as variáveis sócio-demográficas e clínicas.
- 2) Identificar a terapêutica medicamentosa utilizada pelo paciente diabético.
- 3) Determinar a adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa para o controle do diabetes.
- 4) Analisar as facilidades e/ou as dificuldades enfrentadas pelos pacientes diabéticos na utilização dos medicamentos prescritos para o controle do diabetes.
- 5) Associar a adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa com as variáveis relacionadas ao paciente – sexo, idade, anos de estudo e renda familiar; ao relacionamento profissional-paciente – informações recebidas acerca da doença e dos medicamentos para o controle do diabetes e participação do paciente na escolha do tratamento; ao esquema terapêutico – mudança na rotina de vida diária, presença de efeito colateral e uso de anti-hipertensivos; e ao diabetes – hemoglobina glicosilada, tempo de doença, controle do diabetes segundo paciente e conhecimento acerca do medicamento para o controle do diabetes.

METODOLOGIA

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo não-experimental, descritivo e transversal. Segundo Lobiondo-Wood e Haber (2001), desenhos de pesquisa não-experimentais são usados em estudos em que o pesquisador deseja construir o quadro de um fenômeno ou explorar acontecimentos, pessoas ou situações à medida que eles ocorrem naturalmente.

Uma categoria muito utilizada de desenhos não-experimentais é o estudo descritivo, utilizado para coletar descrições detalhadas de variáveis existentes, valendo-se dos dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes ou para fazer planos a fim de melhorar as práticas de atenção à saúde. Tem como finalidade observar, descrever e documentar os aspectos da situação. Um estudo descritivo bem construído pode fornecer uma riqueza de dados sobre um fenômeno específico de interesse, sem estabelecimento de relações entre as variáveis (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Também há classificação de desenhos não-experimentais que utilizam uma perspectiva de tempo, como os estudos transversais que examinam dados num ponto do tempo, isto é, todas as medições são feitas em um único momento, sem período de acompanhamento. Os delineamentos transversais são especialmente apropriados para descrever a situação, o *status* do fenômeno ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo (HULLEY et al., 2003; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Nesse contexto, algumas das principais vantagens do uso de desenhos não-experimentais, descritivos e transversais são: uma grande quantidade de informações pode ser obtida de uma grande população de forma quase econômica, e informações procedentes desses levantamentos podem ser surpreendentemente precisas. Se uma amostra é representativa da população, um número relativamente pequeno de sujeitos de pesquisa pode proporcionar um quadro preciso da população. Como vantagem final, a pesquisa não-experimental tende a ser altamente realista. As pesquisas descritivas raramente podem ser criticadas por sua artificialidade (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Assim, pretendemos investigar a adesão dos pacientes diabéticos à terapêutica medicamentosa e os fatores que interferem na adesão relacionados à doença, à equipe

multiprofissional, ao esquema terapêutico adotado e ao próprio paciente, visando a conhecer as facilidades e/ou dificuldades encontradas.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em um Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista. Nesse local, funciona o Grupo de Educação em Diabetes - GED, no qual, atualmente, estão cadastrados 55 pacientes diabéticos do tipo 1 e do tipo 2. Esses pacientes são atendidos por uma equipe multiprofissional constituída por duas docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; um docente da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; uma enfermeira de apoio ao Centro; duas nutricionistas clínicas; dois profissionais da área de educação física; doutorandos; mestrands e alunos de graduação em enfermagem e em psicologia.

Nesse Centro, os pacientes diabéticos são subdivididos em quatro grupos. Essa subdivisão em pequenos grupos visa a facilitar a comunicação entre os pacientes e a equipe de trabalho, bem como a identificação das necessidades dos pacientes. A cada terça-feira, os quatro grupos de pacientes são atendidos, em esquema de rodízio, pelas especialidades: enfermagem, nutrição, psicologia e educação física. Desse modo, quatro grupos são atendidos simultaneamente.

4.3 Período do Estudo

O estudo foi realizado no período de março de 2006 a novembro de 2007.

4.4 População e Amostra do Estudo

4.4.1 População Base: 55 pacientes diabéticos tipo 1 e 2 cadastrados no Grupo de Educação em Diabetes do Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista.

4.4.2 Critérios de inclusão na amostra: diabéticos do tipo 1 e 2 cadastrados no referido Centro, no período de 01 a 10 de março de 2007, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, em uso de terapia medicamentosa para o controle do diabetes e que aceitaram participar do estudo por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

4.4.3 Critérios de exclusão na amostra: diabéticos menores de 18 anos, pacientes diabéticos que não fazem uso de terapia medicamentosa para o controle do diabetes e que não aceitaram participar do estudo.

4.4.4 Amostra do estudo: Os pesquisadores trabalham geralmente com amostras e não com populações, pela facilidade econômica, eficiência, falta de tempo e recursos. Além disso, é possível obter informação relativamente exata a partir de uma amostra. Portanto, as amostras podem ser consideradas como meios práticos de coletar dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Após estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, dos 55 pacientes cadastrados no Grupo de Educação em Diabetes do Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, 9 foram excluídos, 2 por não fazerem uso de terapia medicamentosa para o controle do diabetes e 7 por desistirem de participar do Grupo de Educação. Assim, a amostra do estudo foi de conveniência, constituída por 46 pacientes diabéticos tipo 1 e 2, cadastrados no referido Centro, em março de 2007, antes de iniciar o programa de educação em diabetes oferecido pela equipe multiprofissional do Centro.

4.5 Variáveis do Estudo

4.5.1 Variáveis sócio-demográficas:

- a) Idade: foram considerados anos completos.
- b) Sexo: foram considerados o sexo feminino e o masculino.
- c) Estado civil: foram considerados solteiro, casado, viúvo, desquitado ou divorciado.
- d) Escolaridade: foram classificados em analfabeto, sem escolaridade embora alfabetizado, primário, fundamental, médio e superior incompletos e completos, pós-graduação, e anos completos de estudo.
- e) Renda familiar: foi considerada a renda total obtida em um mês e em salários mínimos, calculados com base no salário mínimo vigente - R\$ 380,00, segundo Lei Nº 11.498 de 28 de junho de 2007, que dispõe sobre o salário mínimo a partir de 1º de abril de 2007 (Conversão da Medida Provisória 362/2007) (SALÁRIO MÍNIMO BRASILEIRO, 2007).
- f) Ocupação: foram consideradas desempregado; do lar; estudante; aposentado; trabalhador rural assalariado, volante e assemelhado; empregado doméstico urbano e rural; pequeno produtor rural e urbano sem salário; pequeno produtor rural com salário; trabalhador por

conta própria sem empregado e com empregado; trabalhador assalariado administrativo, técnico e científico; profissional liberal autônomo; trabalhador de alta administração e empresário.

- g) Instituição de saúde que faz acompanhamento do diabetes: foram considerados Unidades Básicas de Saúde, Unidades Distritais de Saúde, Ambulatório do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Hospital e Ambulatórios de convênios, consultório particular e outros.

4.5.2 Variáveis clínicas:

- a) Tipo de diabetes: foi considerado diagnóstico de diabetes tipo 1 e 2.
- b) Tempo de diagnóstico: foi considerado o tempo em anos.
- c) Tratamento utilizado: foi considerado o tratamento referido pelo paciente: planejamento alimentar, prática de atividade física, antidiabético oral e insulina.
- d) Hemoglobina-glicosilada (HbA1c): foi considerado o valor do último exame realizado pelo paciente. Para a análise, consideraram-se os parâmetros preconizados pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), ou seja, valores inferiores a 7%.
- e) Complicações referentes ao diabetes: foram consideradas as complicações referidas pelos pacientes, tais como: retinopatia, nefropatia, neuropatia, problema cardíaco e problemas com os pés (pé diabético).
- f) Co-morbidades: foram consideradas as co-morbidades referidas pelos pacientes, tais como: hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia, doença renal, cardiopatia, vascular periférico e outras.
- g) Tratamento medicamentoso para outras doenças: foi considerado o uso de medicamentos contínuos para outras patologias, além do diabetes, confirmadas pelo receituário médico.
- h) Emergência/Hospitalização: foram consideradas a hospitalização por hipoglicemia, hiperglicemia, bem como a frequência e a data da última internação.

4.5.3 Variáveis relacionadas à terapêutica medicamentosa:

- a) Tipo da medicação: foram considerados os medicamentos referidos pelos pacientes para o controle do diabetes e confirmados pelo receituário médico.
- b) Dose: para os antidiabéticos orais, foi considerada a dose em miligrama; e, para a insulina, em unidades internacionais (UI).
- c) Horário: foi considerado o horário referido pelo paciente, ou seja, antes do café da manhã, antes do almoço, antes do jantar, durante o café da manhã, durante o almoço, durante o

- jantar, após o café da manhã, após o almoço e após o jantar e confirmado pelo receituário médico.
- d) Número de comprimidos: foi considerado o número de comprimidos referidos pelo paciente de cada medicamento em uso para o controle do diabetes e confirmado pelo receituário médico.
 - e) Tempo de uso da medicação: foi considerado o tempo referido pelo paciente em uso do medicamento, em anos.
 - f) Controle do diabetes: foi considerada a resposta emitida pelo paciente e classificada em sim ou não.
 - g) Fonte de obtenção dos medicamentos para o diabetes: foi considerado o local de obtenção dos medicamentos: farmácia da rede pública, hospital público, recursos próprios em estabelecimentos comerciais.
 - h) Dificuldade para tomar a medicação: foram consideradas dificuldades quanto à obtenção de medicamentos, aos sentimentos relacionados ao ato de tomar medicamentos todos os dias ou várias vezes ao dia, e mudanças ocorridas na rotina de vida diária após a prescrição dos medicamentos.
 - i) Informações recebidas: foram consideradas informações recebidas acerca do diabetes, dos medicamentos para o seu controle e quanto à satisfação em relação às informações recebidas.
 - j) Relacionamento profissional de saúde-paciente: foi considerada a confiança/ segurança no médico, a motivação infundida pelo médico para tomar o medicamento prescrito, o tempo e a frequência das consultas e a participação na escolha dos medicamentos para o diabetes.
 - k) Complicações referentes ao uso da medicação prescrita para o diabetes: foram consideradas as informações a respeito das possíveis complicações decorrentes do uso inadequado dos medicamentos e a possibilidade de esse conhecimento ter contribuído para o uso dos medicamentos para o controle do diabetes.
 - l) Suporte social: foram consideradas a motivação da família e de amigos para o uso dos medicamentos para o controle do diabetes e a necessidade de auxílio para tomá-los.
 - m) Efeitos colaterais: foi considerada a presença ou a ausência de efeitos colaterais dos medicamentos para o controle do diabetes.
 - n) Equipe multiprofissional: foi considerada a opinião do paciente em relação ao trabalho em equipe no que diz respeito ao entendimento da doença e dos medicamentos prescritos para o diabetes.

4.5.4 Variáveis relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso:

- a) Adesão à terapêutica medicamentosa: foi avaliada através da aplicação do teste de Medida de Adesão aos Tratamentos - MAT de Delgado e Lima (2001).

4.6 Instrumentos de Coleta de Dados

As taxas de adesão com diferentes regimes de tratamento com medicamento de uso prolongado para diferentes doenças e em diferentes cenários clínicos, a despeito de variações moderadas, tendem a convergir em torno de 50% (SACKETT; SNOW, 1979).

Para medir adesão, existem dois métodos: os métodos diretos e indiretos. Os métodos diretos consistem em dosagem de níveis sanguíneos e excreção urinária e podem ser usados para checar a acurácia de relatos de pacientes, mas têm como desvantagens: o custo, as variações farmacocinéticas, o tempo limitado e os testes falsos positivos e invasivos (GORDIS, 1979; VITOLINS et al., 2000).

Os métodos indiretos relacionam-se aos resultados terapêuticos, impressão da equipe de saúde, entrevista ao paciente, diários do paciente, aviamento de prescrição e contagem de comprimidos. Embora métodos indiretos apresentem algumas desvantagens, são métodos freqüentemente rápidos para obtenção de resultados, flexíveis, com baixos custos, fáceis, práticos e válidos. Assim, a entrevista ao paciente tem sido usada como uma medida prática de determinar a adesão. Em muitos estudos, a entrevista é utilizada como uma única medida. Segundo Gordis (1979), Teixeira (1998) e Vitolins et al. (2000), as variações diárias em adesão podem ser avaliadas quando os relatos dos pacientes são consistentes e precisamente retidos.

Nessa direção, neste estudo, optou-se pela utilização do método indireto - entrevista para a coleta de dados. Um questionário preliminar contemplando as variáveis do estudo foi construído, com 48 questões fechadas, fundamentado na literatura acerca da adesão à terapêutica medicamentosa do paciente diabético e na experiência profissional do pesquisador. Esse instrumento contém três partes: I - dados sócio-demográficos; II - dados clínicos; e III - dados relacionados à terapêutica medicamentosa (Apêndice B).

Para determinar a adesão, foi utilizado o teste de Medida de Adesão ao Tratamento – MAT, desenvolvido, adaptado e validado por Delgado e Lima (2001) em Lisboa, Portugal. Esse teste é composto por sete itens, dos quais os itens 1, 2, 3 e 4 foram adaptados de Morisky, Green e Levine (1986), o item 7 foi adaptado de Shea et al. (1992) e o item 6, adaptado de Ramalhinho (1994) (Apêndice C). Tal instrumento é utilizado para determinar a

adesão ao tratamento medicamentoso prescrito. Cerca de metade dos entrevistados no estudo de Delgado e Lima (2001) responderam às questões numa escala dicotômica (sim = 0 ou não = 1), e os restantes responderam numa escala de Likert de seis pontos (que variava de sempre = 1 a nunca = 6). Em ambos os casos, os sete itens foram combinados numa nova variável cujo valor expressa o nível de adesão ao tratamento. No caso da resposta na escala dicotômica, o nível de adesão resulta da simples adição dos valores de cada item. Já no caso da escala de Likert, o nível de adesão obtém-se somando-se os valores de cada item e dividindo-se pelo número de itens. Em ambos os casos, quanto maior o valor obtido, maior é o nível de adesão.

Ainda no estudo de Delgado e Lima (2001), analisou-se, em diversas condições de resposta, a consistência interna da Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) e a sua validade concorrente através do critério contagem de comprimidos. O MAT apresentou uma boa consistência interna ($p < 0,001$) na condição de resposta na forma de escala de Likert. Em termos de validade concorrente, a medida de adesão apresentou correlações elevadas em qualquer condição de resposta. A resposta em forma de escala de Likert revelou maior sensibilidade (0,77) e especificidade (0,73) para captar os diversos comportamentos de adesão ao tratamento.

Para a organização dos dados obtidos referentes à terapêutica medicamentosa como dose, horário, número de comprimidos e número de vezes que o paciente utiliza o medicamento para o controle do diabetes, o pesquisador elaborou uma planilha (Apêndice D) para comparar a resposta do paciente em relação ao receituário médico. Essa planilha possibilitou organizar o uso do medicamento como correto, parcialmente correto e incorreto.

4.6.1 Apreciação do conteúdo

Foi solicitada a colaboração de três especialistas em diabetes para a apreciação do questionário construído referente às variáveis sócio-demográficas, clínicas e relacionadas à terapêutica medicamentosa em relação a clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação.

4.6.2 Estudo Piloto

O estudo piloto foi realizado para uma adequação do questionário referente à variáveis sócio-demográficas, clínicas e relacionadas à terapêutica medicamentosa e o teste de Medida de Adesão ao Tratamento - MAT com cinco pacientes diabéticos, selecionados

aleatoriamente, cadastrados no Grupo de Educação em Diabetes do Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista.

4.7 Coleta de Dados

Os dados relacionados às variáveis sócio-demográficas e clínicas, à terapêutica medicamentosa e ao teste de Medida de Adesão ao Tratamento - MAT de Delgado e Lima (2001) foram obtidos mediante entrevista dirigida pelo próprio pesquisador e três alunas de iniciação científica de enfermagem após treinamento prévio pelo pesquisador, às terças-feiras, das 13 às 17 horas, no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista, durante a fase de cadastramento dos pacientes que constituíram o novo grupo de acompanhamento pela equipe do referido Centro. Cada entrevista teve duração de aproximadamente 30 minutos. O paciente foi abordado ao chegar ao Centro e entrevistado numa sala individual, em que estavam somente o paciente e o entrevistador, sendo um paciente por vez, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Explicou-se ao paciente a natureza do estudo e seus objetivos. Para todos os pacientes, foram solicitados o receituário médico e os resultados de exames referentes ao diabetes. No começo da entrevista, o receituário médico e os exames foram recolhidos, e, no término da entrevista, os dados do receituário e o valor do último teste de hemoglobina glicosilada realizado pelo paciente foram anotados no instrumento de coleta de dados. Ao final da entrevista, o paciente foi encaminhado ao grupo para seguimento com a equipe multiprofissional do Centro Educativo.

4.8 Organização e Análise dos Dados

Para a organização dos dados, foi criado, primeiramente, um banco de dados no Programa Excel, com dupla digitação dos dados os quais foram, posteriormente, transportados para o Programa SPSS “Statistical Package for the Social Science” (versão 11.5 for Windows). Este software possibilita o processo analítico dos dados. Os dados foram agrupados em categorias e analisados estatisticamente, por meio de tabelas, obedecendo ao tipo de variável estudada e às normas de um estudo descritivo e transversal.

Os dados obtidos quanto à dose, ao horário, ao número de comprimidos e ao número de vezes dos medicamentos que os pacientes utilizam para o controle do diabetes foram comparados com o receituário médico mediante planilha elaborada pelo pesquisador (Apêndice D). Foi considerada resposta correta quando a dose, o horário, o número de vezes e

o número de comprimidos referidos pelo paciente estavam em concordância com o receituário médico para cada um dos itens avaliados; parcialmente correto quando o paciente referiu o uso de dois ou mais medicamentos para o diabetes e um deles estava em concordância com o receituário médico; e, por fim, foi considerado incorreto quando a resposta do paciente não estava em concordância com o receituário médico.

Nesse estudo, a dose para os antidiabéticos orais foi considerada a dose referente de cada comprimido prescrito para o diabetes, ou seja, a dose impressa na embalagem do medicamento e não a dose total do medicamento de que o paciente faz uso. Em relação à insulina, foi considerada a dose total de insulina utilizada pelo paciente ao dia. Ao considerar que o horário de ingestão do medicamento para o diabetes é diferente para cada classe terapêutica segundo a literatura, para esse estudo o horário correto para os secretogogos de insulina como as Sulfoniluréias e as Glinidas foi considerado como antes das refeições; para os sensibilizadores de insulina como as Biguanidas e as Tiazolidinedionas, como durante e logo após as refeições; e, para os inibidores da α -glicosidase como a Acarbose, como durante as refeições.

Para determinar a adesão dos pacientes diabéticos à terapia medicamentosa, utilizou-se o questionário MAT proposto por Delgado e Lima (2001), que é composto por sete questões referentes à adesão do paciente diabético ao tratamento medicamento. Para cada questão, seguem-se respostas do tipo likert, com as suas respectivas pontuações - sempre (1), quase sempre (2), com frequência (3), às vezes (4), raramente (5) e nunca (6). Após a obtenção dos dados, as respostas de cada questão do MAT foram somadas e divididas pelo número total de questões. O valor obtido após esse procedimento foi convertido em uma escala dicotômica. Essa escala dicotômica foi construída para obter os pacientes que apresentaram adesão ou não ao tratamento medicamentoso. Foram considerados como não adesão ao tratamento os valores obtidos de 1 a 4, relacionados às respostas sempre, quase sempre, com frequência e às vezes. Para a adesão ao tratamento, consideraram-se os valores obtidos 5 e 6 às respostas raramente e nunca, conforme exemplos abaixo relacionados.

Exemplo 1: Paciente nº 1

Nº das questões - MAT	Respostas emitidas pelo paciente
01	Às vezes - 4
02	Quase sempre - 2
03	Sempre - 1
04	Sempre - 1
05	Sempre - 1
06	Nunca - 6
07	Com frequência - 3

Σ das respostas emitidas pelo paciente = $4 + 2 + 1 + 1 + 1 + 6 + 3 = 18$

Σ das respostas emitidas pelo paciente dividida pelo número total de questões: $18/7 = 2,57$

Na conversão para escala dicotômica, para os valores de 1 a 4 (sempre, quase sempre, com frequência e às vezes), foi considerado como não adesão ao tratamento medicamentoso; e, para os valores 5 e 6 (raramente e nunca), como adesão ao tratamento medicamentoso para o diabetes.

Portanto, para o paciente nº 1, obteve-se o valor de 2,57, o que foi considerado como não adesão à terapêutica medicamentosa para o controle do diabetes.

Exemplo 2: Paciente nº 3

Nº das questões - MAT	Respostas emitidas pelo paciente
01	Raramente - 5
02	Raramente - 5
03	Raramente - 5
04	Nunca - 6
05	Nunca - 6
06	Nunca - 6
07	Nunca - 6

Σ das respostas emitidas pelo paciente = $5 + 5 + 5 + 6 + 6 + 6 + 6 = 39$

Σ das respostas emitidas pelo paciente dividida pelo número total de questões: $39/7 = 5,57$

Na conversão para escala dicotômica, para os valores de 1 a 4 (sempre, quase sempre, com frequência e às vezes), foi considerado como não adesão ao tratamento medicamentoso;

e, para os valores 5 e 6 (raramente e nunca), como adesão ao tratamento medicamentoso para o diabetes.

Portanto, para o paciente nº3, obteve-se o valor de 5,57, o que foi considerado como adesão à terapêutica medicamentosa para o controle do diabetes.

Posteriormente, uma análise univariada dos dados quanto às variáveis sócio-demográficas, clínicas, relacionados à terapêutica medicamentosa e à adesão foi realizada mediante tabelas que apresentaram frequências absolutas e relativas. Quanto à relação entre a adesão e algumas facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos pacientes diabéticos na utilização dos medicamentos prescritos para o controle do diabetes, por se tratarem de variáveis qualitativas dicotômicas (para viabilizar essa análise, todos os dados foram dicotomizados), foi realizada uma análise bivariada mediante tabelas de contingência 2x2, em que a prevalência da adesão para cada variável independente selecionada (relacionadas ao paciente, à relação profissional-paciente, ao esquema terapêutico e à doença propriamente dita) foi estimada. Para verificar a associação entre a variável dependente em relação às variáveis independentes, realizou-se o Teste Exato de Fisher, pelo fato de o número total de sujeitos ser reduzido e a menor frequência esperada encontrada em todas as relações ser menor que cinco. Nesse estudo, foi considerado o nível de significância menor que 0.05. A força de associação foi analisada empregando-se o coeficiente Phi (ϕ). Foi considerado associação fraca quando o valor de ϕ foi maior que 0 e menor que 0,3; moderada quando o valor de ϕ foi maior ou igual a 0,3 e menor que 0,7; e, forte quando ϕ foi maior ou igual a 0,7.

4.9 Aspectos Éticos

A coleta de dados foi realizada após esclarecimentos quanto aos objetivos e à natureza da investigação e após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo entrevistado (Apêndice A).

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-SP em 25/04/05, para apreciação, atendendo a resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, e aprovado em 15/06/05, protocolo nº 0541/2005 (Anexo).

RESULTADOS

5. RESULTADOS

A seguir, apresentam-se os resultados de acordo com os objetivos propostos no presente estudo.

5.1. Caracterização dos pacientes diabéticos cadastrados no Grupo de Educação em Diabetes do Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista, segundo as variáveis sócio-demográficas e clínicas

A seleção das variáveis sócio-demográficas justifica-se pela influência direta que elas podem apresentar sobre os resultados clínicos e na adesão do paciente diabético.

Dos 46 (100%) sujeitos diabéticos entrevistados, a idade variou de 31 a 80 anos, com mediana de 57 anos e predomínio do sexo feminino (69,6%). Também se constatou que a maioria era casada (78,3%); e que as ocupações mais frequentes eram aposentados (26,1%) e do lar (41,3%). Quanto aos anos de estudo e à renda familiar, houve uma variação de 2 a 26 anos, com mediana de 8 anos e 1 a 18 salários mínimos, com mediana de 4,5 salários mínimos, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes atendidos no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, segundo as variáveis sócio-demográficas. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

Característica		n	%
Idade (anos)	30 a 39	4	8,7
	40 a 49	4	8,7
	50 a 59	21	45,7
	≥ 60	17	37,0
Sexo	Feminino	32	69,6
	Masculino	14	30,4
Estado Civil	Casado	36	78,3
	Viúvo	5	10,9
	Solteiro	3	6,5
	Solteiro, com companheiro	1	2,2
	Desquitado ou divorciado	1	2,2
Ocupação	Do lar	19	41,3
	Aposentado	12	26,1
	Trabalhador assalariado	5	10,9
	Profissional liberal autônomo	5	10,9
	Empresário	2	4,3
	Desempregado	2	4,3
	Empregado doméstico rural	1	2,2
Anos de	1 - 4 anos	11	23,9
Estudo	5 - 8 anos	13	28,3
	9 - 12 anos	13	28,3
	≥ 13 anos	9	19,6
Renda Familiar*	1 - 4 SM	26	56,5
	≥ 5 SM	20	43,5

*valores calculados com base no salário mínimo vigente - R\$ 380,00, segundo Lei Nº 11.498 de 28 de junho de 2007, que dispõe sobre o salário mínimo a partir de 01º de abril de 2007 (Conversão da Medida Provisória 362/2007) (SALÁRIO MÍNIMO BRASILEIRO, 2007).

Em relação à instituição de saúde em que os sujeitos fazem seguimento para o controle do diabetes, 52,2% o realizam em Unidades Básicas de Saúde (UBS); 19,6%, em Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS); 30,4%, em serviço de convênios de saúde; 8,7%, no ambulatório do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Apenas 4,3% faz seguimento particular.

Quanto ao tipo de diabetes, a maioria era de diabéticos do tipo 2 (82,6%), com tempo de diagnóstico entre 3 meses a 50 anos e mediana de 12,5 anos. Vale ressaltar que, dos 46 pacientes, 6 (13%) não souberam referir o tipo de diabetes (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes atendidos no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, segundo tipo de diabetes e tempo de doença referido pelo paciente. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

Tipo de diabetes			Tempo de diabetes em anos
%			
Tipo 1	Tipo 2	Não sabe	Mediana
4,4	82,6	13	12,5

No que se refere ao tipo de tratamento utilizado pelo sujeito para o diabetes, 26,1% referiram tratar com antidiabético oral; 17,4%, com antidiabético oral associado com insulina; e apenas 8,7%, somente insulina (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes atendidos no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, segundo tipo de tratamento utilizado para o controle do diabetes. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

Tratamento	n	%
Somente antidiabético oral	12	26,1
Somente insulina	4	8,7
Antidiabético oral + dieta	6	13,0
Insulina + dieta	2	4,3
Antidiabético oral + exercício	2	4,3
Antidiabético oral + dieta + exercício	7	15,2
Antidiabético oral + insulina	8	17,4
Antidiabético oral + insulina + dieta	3	6,5
Antidiabético oral + insulina + exercícios	2	4,3
Total	46	100,0

Ao analisarmos os valores de hemoglobina glicosilada (HbA1c), obtivemos valores entre 4,7 a 14%, sendo a mediana encontrada de 8,5%.

Quanto às co-morbidades e às complicações crônicas relacionadas ao diabetes, obteve-se que as mais referidas foram a hipertensão arterial (56,5%); a dislipidemia (43,5%); a obesidade (41,3%) e a retinopatia (17,4%); a neuropatia (8,7%), respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes atendidos no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, segundo complicações crônicas e co-morbidades referidas. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

Complicações crônicas*	n	%
Retinopatia	8	17,4
Neuropatia	4	8,7
Nefropatia	2	4,3
Problemas relacionados aos pés	2	4,3
Cardiopatia	1	2,2
Co-morbidades*	n	%
Hipertensão Arterial	26	56,5
Dislipidemia	20	43,5
Obesidade	19	41,3
Cardiovasculares	17	37,0
Doença Renal	2	4,3
Outras	10	21,7

* As categorias não são mutuamente exclusivas.

Dos 46 (100%) sujeitos estudados, 34 (73,9%) utilizavam medicamentos para outras doenças, além do diabetes. Quanto à hospitalização, obteve-se que 28,3% dos sujeitos foram internados de uma a cinco vezes, com mediana de duas internações, sendo o motivo mais freqüente referido os episódios de hiperglicemia.

5.2. A terapêutica medicamentosa utilizada pelo paciente diabético cadastrado no referido Centro

O tratamento do paciente diabético está conformado por três elementos principais: o planejamento alimentar, a prática da atividade física e a terapêutica medicamentosa. Nesse estudo, em particular, investigamos as questões relacionadas ao tratamento medicamentoso para o controle do diabetes.

Dos 46 (100%) sujeitos diabéticos, constatou-se que 89,1% deles utilizam antidiabéticos orais em seu tratamento medicamentoso para o diabetes, dos quais a maioria (26,1%) utiliza os antidiabéticos orais da classe terapêutica das Biguanidas e também Biguanidas associada à Sulfoniluréia. Apenas 4,3% dos sujeitos fazem uso somente de Sulfoniluréia (Tabela 5).

Dos 46 (100%) sujeitos, 41,3% deles fazem uso de insulina para o tratamento do diabetes, sendo 39,1% de insulina de ação intermediária – NPH. 2,2% associam NPH com a insulina de ação rápida e apenas 2,2% fazem uso de análogo de insulina de ação prolongada - Glargina (Tabela 5).

Por fim, dos 46 (100) sujeitos, 30,4% deles recebem terapia combinada com antidiabéticos orais e insulina (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes atendidos no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, segundo cobertura medicamentosa para o diabetes. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

Medicamento	n	%
Biguanida	12	26,1
Biguanida + Sulfoniluréia	12	26,1
Biguanida + Insulina NPH	9	19,6
Insulina NPH	4	8,7
Sulfoniluréia	2	4,3
Sulfoniluréia + Insulina NPH	2	4,3
Sulfoniluréia + Biguanida + Insulina NPH	2	4,3
Insulina NPH + Rápida	1	2,2
Biguanida + Acarbose	1	2,2
Biguanida + Glitazona + Glargina (Análogo de Insulina)	1	2,2
Total	46	100

Ao analisar número de comprimidos/dia, dose, número de vezes/dia e tempo de uso do medicamento em relação à classificação terapêutica dos antidiabéticos orais, temos que, para a classe terapêutica das Sulfoniluréias, 39,1% dos sujeitos utilizam cerca de dois comprimidos ao dia, com mediana de dois comprimidos/dia, dose de 5 mg/comprimido, duas vezes ao dia e há 4,5 anos.

No que diz respeito à classe terapêutica das Biguanidas, 80,5% fazem uso de cerca de dois comprimidos, com mediana de dois comprimidos/dia, dose de 850 mg/comprimido, duas vezes ao dia e há 3 anos.

Quanto à classe terapêutica Acarbose, obteve-se que 2,2% ingerem cerca de um comprimido ao dia, com mediana de um comprimido/dia, dose de 50 mg/comprimido, uma vez ao dia e há 6 anos.

No que se refere à classe terapêutica Glitazona, obteve-se que 2,2% ingerem cerca de um comprimido ao dia, com mediana de um comprimido/dia, dose 4 mg/comprimido, uma vez ao dia e há 4 anos.

Em relação ao uso de insulina como terapêutica medicamentosa, obteve-se que 39,1% que utilizam a insulina de ação intermediária, utilizam uma mediana de 50 UI/dia, duas vezes ao dia, há 12 anos. Para os 2,2% sujeitos que utilizam a insulina de ação rápida, utilizam uma mediana de 4 UI/dia, três vezes ao dia, há 3 meses. Quanto ao análogo da insulina de ação prolongada, 2,2%, utiliza uma mediana de 20 UI/dia, uma vez ao dia, há 3 anos.

Quanto à utilização de outros medicamentos pelos sujeitos do estudo em decorrência de outras doenças associadas ao diabetes, 58,7% fazem uso de medicamento anti-hipertensivo, mediana de 2,5 comprimidos ao dia; 34,8% medicamento antiplaquetário, mediana de 1 comprimido ao dia; 32,6% utilizam medicamento hipolipemiante, mediana de 1 comprimido ao dia; 2,2% utilizam medicamento anticoagulante, mediana de 1 comprimido ao dia; e 58,7% referem fazer uso de outros medicamentos, mediana de 2 comprimidos ao dia. O número total de comprimidos/dia utilizados pelos sujeitos do estudo em relação a essas outras doenças associadas ao diabetes variou de 0 a 14, sendo a mediana de 3 comprimidos/dia (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes atendidos no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, segundo cobertura medicamentosa para hipertensão arterial, dislipidemia, agregação plaquetária, anticoagulação sanguínea e outras. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

Medicamento	n	%
Anti-hipertensivo	27	58,7
Antiplaquetário	16	34,8
Hipolipemiante	15	32,6
Anticoagulante	1	2,2
Outros	27	58,7

* As categorias não são mutuamente exclusivas.

5.3. A adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa para o controle do diabetes no referido Centro

Em relação à adesão ao tratamento medicamentoso para o controle do diabetes, obteve-se que 36 (78,3%) dos sujeitos apresentaram adesão ao tratamento e 10 (21,7%) não (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição da adesão dos pacientes atendidos no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

5.4. Análise das facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos pacientes diabéticos na utilização dos medicamentos prescritos para o controle do diabetes

A seguir, apresentamos os resultados relacionados à acessibilidade aos medicamentos, fatores relacionados ao paciente, à relação profissional-paciente, ao esquema terapêutico e à doença propriamente dita, que podem influenciar na adesão ao tratamento medicamentoso.

5.4.1. Fatores relacionados à acessibilidade aos medicamentos para o controle do diabetes

Em relação às facilidades e/ou dificuldades para a obtenção dos medicamentos, a maioria (82,6%) referiu não ter dificuldade para a sua aquisição e apenas 23,9% referiram dificuldades financeiras.

O tempo despendido para a obtenção do medicamento para o diabetes do domicílio à instituição de saúde foi de dois a 90 minutos, com mediana de 15 minutos.

Quanto ao local de obtenção dos medicamentos, 50% dos sujeitos obtêm seus antidiabéticos orais e/ou insulina somente na farmácia da rede pública, ou seja, adquirem medicamentos dispensados pelo governo, e 30,44% os obtêm na farmácia da rede pública e por recursos próprios. Ainda, 15,22% responderam adquiri-los somente através de recursos próprios (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição dos locais de obtenção dos medicamentos para o diabetes pelos pacientes atendidos no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

5.4.2. Fatores relacionados ao paciente para a adesão ao tratamento medicamentoso

Dos 46 sujeitos investigados, 23 (50%) referiram como aceitável, 9 (19,6%) como indiferente e 7 (15,2%) como péssimo o fato de terem que tomar medicamento todos os dias. Quanto ao número de medicamentos prescritos e número de vezes de medicamentos utilizados ao dia, 34,8% e 23,9% referiram indiferente e péssimo, respectivamente.

Quanto ao apoio da família e/ou amigos para o cumprimento do tratamento medicamentoso, 65,2% se sentem apoiados. Cabe destacar que 84,8% dos sujeitos referiram não necessitar de alguém para ajudá-los a tomar os medicamentos para o diabetes.

5.4.3. Fatores relacionados à relação profissional-paciente para a adesão ao tratamento medicamentoso

Os dados obtidos quanto aos fatores relacionados ao profissional-paciente mostraram que 26 (56,5%) referiram ter recebido informações sobre o diabetes. Quanto à qualidade da informação recebida, 19 deles (41,3%) mostraram-se satisfeitos. Cabe destacar que 54% das informações sobre diabetes que os pacientes receberam foram dadas pelo profissional médico. Em contrapartida, 30 deles (65,2%), apesar de terem recebido informações gerais sobre a doença, não receberam informações específicas sobre os medicamentos prescritos para o controle do diabetes. Dos que receberam informações específicas sobre os medicamentos, a

maioria respondeu que essas informações também foram fornecidas pelo profissional médico (Tabela 7).

Quanto à participação na escolha do tratamento medicamentoso prescrito, 84,8% referiram não terem participado, sendo que, para 65,2% desses, isto não interferiu na utilização do medicamento prescrito. Cabe ressaltar que 10,9% referiram participação na escolha do medicamento prescrito e que essa participação facilitou o uso do medicamento para o controle do diabetes (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes atendidos no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, segundo informações recebidas para o seguimento do tratamento medicamentoso e participação do paciente na escolha do tratamento prescrito. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

Informações recebidas	Sim		Não		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%
Informações recebidas sobre o diabetes	26	56,5	20	43,5	-	-
Satisfação às informações recebidas sobre diabetes	19	41,3	7	15,2	1	2,2
Informações sobre o medicamento	15	32,6	30	65,2	1	2,2
Satisfação às informações sobre o medicamento	10	21,7	3	6,5	2	4,3
Participação na escolha do medicamento	5	10,9	39	84,8	2	4,3
Participação facilitou a tomar o medicamento	5	10,9	41	89,1	-	-
Falta de participação dificultou a tomar o medicamento	10	21,7	30	65,2	1	2,2

Quanto à confiança e à segurança em relação às informações recebidas, 21,7% sentem-se seguros; 78,3% confiam no profissional médico que os acompanham; 71,7% sentem-se acolhidos/motivados para o cumprimento da terapêutica medicamentosa prescrita e 58,7% apresentam-se satisfeitos em relação ao tempo dispensado e à frequência das consultas médicas.

Ao investigar se os pacientes diabéticos haviam sido informados sobre as complicações que podem aparecer decorrentes da não adesão ao tratamento medicamentoso, obteve-se que 56,5% referiram que receberam tais informações. Os sujeitos referiram também que o fato de terem recebido informações sobre as complicações contribuiu para a adesão à terapêutica medicamentosa.

5.4.4. Fatores relacionados ao esquema terapêutico para a adesão ao tratamento medicamentoso

Ao investigar se houve mudanças na rotina de vida diária ao introduzir o tratamento medicamentoso para o diabetes, obteve-se que 80,4% referiram não ter apresentado mudanças e 19,6% referiram tê-las apresentado. Dos 19,6% que afirmaram mudanças na rotina de vida diária para o seguimento do tratamento medicamentoso, 8,7% deles responderam que as mudanças ocorridas dificultaram o uso do medicamento para o diabetes.

Quanto à presença de efeitos colaterais, 65,2% dos sujeitos referiram efeitos colaterais relacionados ao medicamento para o diabetes.

5.4.5. Fatores relacionados à doença para a adesão ao tratamento medicamentoso

No que se refere aos fatores relacionados à doença, o conhecimento em relação à própria doença e ao medicamento de que o paciente faz uso, assim como a dose, o horário, o número de comprimidos e o número de vezes ao dia apresentam correlação direta com a compreensão da importância e necessidade do tratamento. Dessa forma, a compreensão desses fatores pode levar a uma maior adesão ao tratamento medicamentoso.

Dos 46 (100%) sujeitos entrevistados, 39,1% deles referiram corretamente a dose dos medicamentos, 30,4% de forma parcialmente correta e 26,1% de forma incorreta (Tabela 8).

Em relação ao horário da ingestão do medicamento, 47,8% referiram tomar os medicamentos em horários corretos, 28,3% em horários parcialmente corretos e 19,6% em horário incorreto (Tabela 8).

No que se refere ao número de comprimidos utilizados, 45,7% referiram corretamente, 10,9% de forma parcialmente correto e 17,4% incorretamente. Quanto ao número de vezes em que tomam os medicamentos, 54,3% responderam corretamente, 23,9% de forma parcialmente correto e apenas 4,3% incorretamente (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes atendidos no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, segundo a utilização do medicamento quanto a dose, horário, número de comprimidos e número de vezes da ingestão de medicamentos para o diabetes. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

Medicamento	Correta		Parcialmente Correta		Incorreta	
	n	%	n	%	n	%
Dose*	18	39,1	14	30,4	12	26,1
Horário*	22	47,8	13	28,3	9	19,6
Nº comprimidos**	21	45,7	5	10,9	8	17,4
Nº vezes ao dia***	25	54,3	11	23,9	2	4,3

*Total 44 - dois sujeitos que utilizavam somente insulina não apresentaram receituário médico.

** Total 34 - sete sujeitos não apresentaram receituário médico e cinco utilizavam somente insulina.

*** Total 38 - sete sujeitos não apresentaram receituário médico e um apresentou somente o receituário médico que constava somente a prescrição do antidiabético oral.

5.5. Associação entre adesão e as algumas facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos pacientes diabéticos na utilização dos medicamentos prescritos para o controle do diabetes

5.5.1 Associação da adesão com as variáveis relacionadas ao paciente: sexo, idade, anos de estudo e renda familiar

Ao investigar a adesão ao tratamento medicamentoso em relação ao sexo, obteve-se que a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso foi de 85,7% nos homens e 75% nas mulheres. Não foi observada diferença estatisticamente significativa, e a associação foi moderada entre os sexos ($p = 0,347$; $\phi = 0,418$) (Tabela 9).

Quanto à variável idade, houve associação, onde a prevalência da adesão ao tratamento foi de 82,4% nos entrevistados com idade superior a 60 anos, embora não tenha sido estatisticamente significativo ($p = 0,450$; $\phi = 0,606$) (Tabela 9).

Ao analisar os anos de estudo, obteve-se que a prevalência de adesão ao tratamento foi de 88,9% nos indivíduos com mais de 12 anos de estudo e de 75,7% nos indivíduos com menos de 11 anos de estudo, o que mostrou uma moderada associação entre anos de estudo e adesão, não havendo diferença estatisticamente significativa ($p = 0,360$; $\phi = 0,389$) (Tabela 9).

A prevalência da adesão ao tratamento em relação à renda familiar foi de 69,2% nos indivíduos cuja renda familiar é menor que quatro salários mínimos e 90% nos indivíduos com renda superior a cinco salários mínimos. Não foi verificado diferença estatisticamente significativa, e a associação mostrou-se fraca ($p = 0,089$; $\phi = 0,090$) (Tabela 9).

Tabela 9 - Prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso do diabetes segundo fatores relacionados ao paciente. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

Fatores relacionados ao paciente		Adesão		Total	p	φ
		Sim n (%)	Não n (%)	n (%)		
Sexo	Masculino	12 (85,7)	2 (14,3)	14 (100,0)	0,347	0,418
	Feminino	24 (75,0)	8 (25,0)	32 (100,0)		
	Total	36 (78,3)	10 (21,7)	46 (100,0)		
Idade*	30 a 59 anos	22 (75,9)	7 (24,1)	29 (100,0)	0,450	0,606
	≥ 60 anos	14 (82,4)	3 (17,6)	17 (100,0)		
	Total	36 (78,3)	10 (21,7)	46 (100,0)		
Anos de estudo*	1 a 11 anos	28 (75,7)	9 (24,3)	37 (100,0)	0,360	0,389
	≥ 12 anos	8 (88,9)	1 (11,1)	9 (100,0)		
	Total	36 (78,3)	10 (21,7)	46 (100,0)		
Renda (SM)	1 a 4 SM	18 (69,2)	8 (30,8)	26 (100,0)	0,089	0,090
	≥ 5 SM	18 (90,0)	2 (10,0)	20 (100,0)		
	Total	36 (78,3)	10 (21,7)	46 (100,0)		

*As variáveis foram dicotomizadas para a realização do Teste Exato de Fisher.

5.5.2 Associação da adesão com as variáveis relacionadas à relação profissional paciente e esquema terapêutico: informações acerca da doença e do medicamento para o diabetes, participação na escolha do tratamento medicamentoso, efeitos colaterais, mudanças na rotina de vida diária e uso de anti-hipertensivo

Ao analisar a adesão ao tratamento medicamentoso quanto às informações recebidas pelo paciente acerca do diabetes, obteve-se a prevalência de 70,0% nos sujeitos que não receberam informação em relação à doença. Para os sujeitos que referiram ter recebido informações, a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso foi de 84,6%. Não foi observada diferença estatisticamente significativa e a associação mostrou-se fraca ($p = 0,203$; $\phi = 0,234$) (Tabela 10).

Quanto às informações específicas em relação ao medicamento prescrito para o diabetes, não houve associação, e a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso foi de 86,7% para aqueles que referiram ter recebido orientações. Para os sujeitos que não receberam informações, a prevalência foi de 76,7%, não sendo estatisticamente significativa ($p = 0,356$; $\phi = 0,429$) (Tabela 10).

Em relação à participação na escolha do tratamento medicamentoso, ou seja, se o médico considerou ou não a opinião do paciente na escolha do antidiabético oral e/ou a insulina, a prevalência da adesão foi equivalente para ambos os casos. Embora não se tenha observado diferença significativa na prevalência da adesão, a associação mostrou-se forte ($p = 0,733$; $\phi = 0,979$) (Tabela 10).

Quanto à necessidade de mudança na rotina de vida diária, a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso foi maior (81,1%) nos indivíduos que negaram a necessidade de mudanças na vida diária. Não houve diferença estatisticamente significativa e a associação foi moderada ($p = 0,299$; $\phi = 0,347$) (Tabela 10).

A prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso foi maior (93,8%) nos indivíduos que não referiram efeitos colaterais relacionados ao medicamento para o diabetes quando comparados àqueles que os apresentaram (70%), embora não tenha sido estatisticamente significativo e apresentado uma fraca associação ($p = 0,064$; $\phi = 0,063$) (Tabela 10).

Ao considerar que 58,7% dos sujeitos desse estudo fazem uso de medicamento para Hipertensão Arterial, a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso para o diabetes foi de 84,2% nos indivíduos que referiram não fazer uso de anti-hipertensivos, não havendo diferença estatisticamente significativa e sendo a associação moderada entre a prevalência da adesão e o uso de anti-hipertensivos ($p = 0,328$; $\phi = 0,412$) (Tabela 10).

Tabela 10 - Prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso do diabetes segundo fatores relacionados à relação profissional-paciente e ao esquema terapêutico. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

Fatores relacionados à relação profissional-paciente / esquema terapêutico		Adesão		Total	p	φ
		Sim n (%)	Não n (%)	n (%)		
Informações recebidas sobre o diabetes	Sim	22 (84,6)	4 (15,4)	26 (100,0)	0,203	0,234
	Não	14 (70,0)	6 (30,0)	20 (100,0)		
	Total	36 (78,3)	10 (21,7)	46 (100,0)		
Informações recebidas sobre o medicamento	Sim	13 (86,7)	2 (13,3)	15 (100,0)	0,356	0,429
	Não	23 (76,7)	7 (23,3)	30 (100,0)		
	Não sabe	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)		
	Total	36 (78,3)	10 (21,7)	46 (100,0)		
Opinião na escolha do Tratamento	Sim	4 (80,0)	1 (20,0)	5 (100,0)	0,733	0,979
	Não	31 (79,5)	8 (20,5)	39 (100,0)		
	Não sabe	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (100,0)		
	Total	36 (78,3)	10 (21,7)	46 (100,0)		
Mudança na rotina de vida Diária	Sim	6 (66,7)	3 (33,3)	9 (100,0)	0,299	0,347
	Não	30 (81,1)	7 (18,9)	37 (100,0)		
	Total	36 (78,3)	10 (21,7)	46 (100,0)		
Efeito colateral	Sim	21 (70,0)	9 (30,0)	30 (100,0)	0,064	0,063
	Não	15 (93,8)	1 (6,3)	16 (100,0)		
	Total	36 (78,3)	10 (21,7)	46 (100,0)		
Uso de anti-hipertensivos	Sim	20 (74,1)	7 (25,9)	27 (100,0)	0,328	0,412
	Não	16 (84,2)	3 (15,8)	19 (100,0)		
	Total	36 (78,3)	10 (21,7)	46 (100,0)		

*As respostas *não sabe* foram tratadas como dados faltantes (missing) na realização do Teste Exato de Fisher.

5.5.3 Associação da adesão com as variáveis relacionadas à doença: hemoglobina glicosilada, tempo de doença, conhecimento do controle do diabetes

Dos 46 (100%) sujeitos entrevistados, com 9 deles (19,6%) não foi possível obter os valores referentes ao último exame de hemoglobina glicosilada. Dos 37 (80,4%) que apresentaram os exames, a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso foi de 66,7% para os sujeitos com hemoglobina glicosilada maior que 7%, e, para aqueles com valores abaixo de 7%, a prevalência da adesão foi de 33,3%. Cabe ressaltar que a prevalência da não adesão em indivíduos com hemoglobina glicosilada > 7% foi de 85,7%. Não foi encontrado diferença estatisticamente significativa, e a associação mostrou-se moderada ($p = 0,310$; $\phi = 0,321$) (Tabela 11).

Tabela 11 - Valores de hemoglobina glicosilada em relação à adesão à terapêutica medicamentosa para o controle do diabetes. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

Adesão	Hemoglobina Glicosilada*			p	ϕ
	< 7%	> 7%	Total		
	n (%)	n (%)	n (%)		
Sim	10 (33,3)	20 (66,7)	30 (100,0)	0,310	0,321
Não	1 (14,3)	6 (85,7)	7 (100,0)		
Total	11 (29,7)	26 (70,3)	37 (100,0)		

*Valores obtidos de 37 pacientes devido ausência de receita médica.

Para a análise da relação da adesão ao tratamento medicamentoso com o tempo de diabetes, considerou-se o tempo de doença até cinco anos e superior a cinco anos. A prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso para os sujeitos com até cinco anos de diagnóstico foi de 80% e, para aqueles com tempo superior a cinco anos, foi de 77,4%. Não foi observada diferença estatisticamente significativa, embora a associação entre a prevalência da adesão e o tempo de diagnóstico do diabetes tenha sido forte ($p = 0,582$; $\phi = 0,842$) (Tabela 12).

Os dados obtidos em relação ao conhecimento que o paciente tinha acerca do controle do diabetes mostraram que a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso foi de 87% para aqueles que referiram mau controle glicêmico. Para aqueles que referiram bom controle, a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso foi de 68,2%, não havendo diferença estatisticamente significativa e sendo fraca a associação ($p = 0,124$; $\phi = 0,130$) (Tabela 12).

O conhecimento que o paciente tem em relação ao medicamento para o diabetes de que faz uso pode interferir na sua adesão ao tratamento. A prevalência da adesão ao

tratamento medicamentoso dos indivíduos que têm conhecimento acerca da terapia medicamentosa instituída foi de 72,7% e, para aqueles que apresentaram lacunas no conhecimento, a prevalência da adesão foi de 80,8%. A associação mostrou-se moderada entre as variáveis e não houve diferença estatística significativa ($p = 0,444$; $\phi = 0,587$) (Tabela 12).

Tabela 12 - Prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso do diabetes segundo variáveis relacionadas à doença. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

Fatores relacionados à doença		Adesão		Total	p	ϕ
		Sim n (%)	Não n (%)	n (%)		
Tempo de diabetes	1 a 5 anos	12 (80,0)	3 (20,0)	26 (100,0)	0,582	0,842
	>5 anos	24 (77,4)	7 (22,6)	20 (100,0)		
	Total	36 (78,3)	10 (21,7)	46 (100,0)		
Controle do diabetes segundo o paciente	Sim	15 (68,2)	7 (31,8)	22 (100,0)	0,124	0,130
	Não	20 (87,0)	3 (13,0)	23 (100,0)		
	Não sabe	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)		
	Total	36 (78,3)	10 (21,7)	46 (100,0)		
Conhecimento acerca do medicamento	Sim	8 (72,7)	3 (27,3)	11 (100,0)	0,444	0,587
	Não	21 (80,8)	5 (19,2)	26 (100,0)		
	Dado não obtido	7 (77,8)	2 (22,2)	9 (100,0)		
	Total	36 (78,3)	10 (21,7)	46 (100,0)		

*As respostas *não sabe* e *dado não obtido* foram tratadas como dados faltantes (missing) na realização do Teste Exato de Fisher.

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

A discussão dos dados obedecerá à mesma sequência da apresentação dos resultados. Primeiramente discutirão as variáveis sócio-demográficas, clínicas e relacionadas à terapêutica medicamentosa do paciente diabético. A seguir, as relacionadas à adesão à terapêutica medicamentosa para o controle do diabetes, as facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos pacientes na utilização dos medicamentos prescritos para o diabetes e, por fim, a associação das principais dificuldades e/ou facilidades com a adesão ao tratamento medicamentoso para o controle do diabetes.

6.1 Caracterização das variáveis sócio-demográficas, clínicas e relacionadas à terapêutica medicamentosa da população do estudo

Em relação ao sexo, obteve-se que, dos 46 (100%) indivíduos com diabetes, 69,6% são do sexo feminino. É interessante observar que, em vários estudos realizados com pessoas com diabetes, também foi encontrada, em sua caracterização, uma maior frequência de pessoas do sexo feminino, merecendo um estudo do gênero para comparação (CIECHANOWSKI et al., 2001; SCHECTMAN; NADKARNI; VOSS, 2002; HEISLER et al., 2004; DAMASCENO, 2005).

Estudo realizado por Grant et al. (2003) com pacientes com diabetes tipo 2 quanto à adesão ao tratamento medicamentoso, atendidos em um hospital em Boston, Massachusetts – EUA, mostrou o predomínio do sexo feminino em 61% dos pacientes investigados.

Estudo quase-experimental, prospectivo, realizado por Zanetti et al. (2007), no qual se avaliou o impacto de um programa educativo no controle metabólico de pacientes diabéticos em Ribeirão Preto-SP, obteve, na sua maioria (74,1%), população feminina. Esse dado pode indicar, de maneira geral, que as mulheres procuram mais os serviços de saúde do que os homens.

Tais dados podem refletir um viés de demanda, uma vez que no estudo de prevalência do diabetes no Brasil realizado por Malerbi e Franco (1992) mostrou, em seus resultados, a mesma grandeza entre homens e mulheres.

No que se refere à idade, obteve-se que ela variou entre 31 e 80 anos, com mediana de 57 anos. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), o risco de desenvolver diabetes

tipo 2 aumenta após os 40 anos de idade, apresentando uma elevação mais aguda na sexta década de vida.

A idade pode ser uma das barreiras para a adesão ao tratamento em indivíduos com uma ou mais condições crônicas de saúde. Com o avanço da idade, ocorrem alterações cognitivas e funcionais, o que pode interferir diretamente na capacidade de compreensão das informações recebidas acerca da doença, na mobilidade física, na capacidade para autocuidado e na adequada utilização de medicamentos prescritos (DAMASCENO, 2005).

No Brasil, o estudo multicêntrico de prevalência do diabetes mellitus mostrou que a frequência do diabetes aumenta gradativamente após os 50 anos. Esse estudo destacou também a importância do diabetes como um problema de saúde, relacionando-o à tendência progressiva do envelhecimento da população vivenciada, atualmente, no Brasil (MALERBI, 1991).

Dados da Sociedade Brasileira de Diabetes (2006) mostram que as taxas de mortalidade por diabetes apresentam acentuado aumento com o progredir da idade, variando de 0,58 para a faixa etária de 0 a 29 anos até 181,1 para a de 60 anos ou mais, ou seja, um gradiente superior a 300 vezes.

Ao considerar que a maioria dos sujeitos estudados apresenta idade superior a 50 anos e que a idade é uma variável importante, necessário se faz reforçar a importância da elaboração de um programa educativo com estratégias de aprendizagem de adultos. Nesse sentido, a constituição de uma equipe multiprofissional em serviços de saúde pode ajudar na busca de estratégias efetivas para atender a demanda e as especificidades de pessoas diabéticas adultas e idosas no cumprimento do plano terapêutico instituído.

Quanto ao estado civil, encontrou-se que a maioria dos sujeitos (78,3%) são casados. Esse dado está em concordância com a literatura, segundo a qual a prevalência de pessoas diabéticas casadas foi de 57% e 68,7%, em estudo realizado por Grant et al. (2003) e Ciechanowski et al. (2001), respectivamente.

A importância do estado civil revela-se no estudo realizado por Denver (1988), o qual verificou que o coeficiente de morbidade e mortalidade é mais elevado entre os viúvos, os divorciados e os solteiros e mais baixo entre os casados. Em contrapartida, o estudo realizado por Wilder (2003) não mostrou relação estatisticamente significativa entre mortalidade e estado civil.

Em relação à escolaridade, 100% dos sujeitos entrevistados são alfabetizados, sendo que 56,6% apresentam de 5 a 12 anos de estudo, com mediana de 8 anos. Os dados mostram que o estudo foi realizado com uma população diferenciada quanto à escolaridade ao

comparar com outros estudos (ROSSI, 2005; Guedes, 2007). O desenvolvimento do diabetes independe da escolaridade e pode acometer pessoas de todos os níveis sócio-econômicos, mas a baixa escolaridade pode levar o paciente à não adesão à terapêutica medicamentosa devido à dificuldade para ler e compreender a prescrição médica, aumentando, assim, os riscos para sua saúde. Reconhece-se, portanto, que a escolaridade é um fator que deve ser considerado na proposição de programas educativos.

O estudo de Almeida et al. (2002) aponta que os indivíduos diabéticos com menos de três anos de estudo e analfabetos funcionais apresentaram as maiores taxas de internação, 13 e 15,2%, respectivamente, enquanto os indivíduos com 11 anos ou mais de estudo apresentaram as menores taxas, 9 e 9,4%, respectivamente. A alta frequência de internação e de restrição das atividades entre os indivíduos com menor escolaridade pode estar relacionada a diferentes fatores. As condições de vida desfavoráveis favorecem a ocorrência de doenças e dificultam a adoção de hábitos de vida saudáveis. Acresça-se que os diagnósticos são estabelecidos em uma etapa mais avançada da doença, na qual podem estar presentes complicações, uma vez que o diabetes é uma doença insidiosa e silenciosa.

Os resultados em relação à escolaridade, no presente estudo, estão de acordo com o estudo realizado por Heisler (2004). Esse autor, ao investigar os efeitos causados pela restrição, devido ao custo, na utilização de medicamentos em pacientes com doenças crônicas, encontrou que eles tinham em média 10,5 anos de estudo e 12,1 para aqueles que não apresentaram restrições. Cabe ressaltar que, embora, no estudo de Heisler (2004), a população também fosse diferenciada quanto à escolaridade, verifica-se que a população que restringiu a utilização de medicamentos devido o custo apresentou menor média de anos de estudo.

Segundo o DATASUS, no ano de 2004, tanto no Brasil quanto no Estado de São Paulo, a maior concentração de pessoas apresentam mais de 8 anos de estudo, o que corresponde aos dados encontrados no presente estudo. Portanto, várias estratégias diferenciadas podem ser propostas na elaboração de um programa de educação em diabetes (BRASIL, 2006b).

Em relação à ocupação, 41,3% dos sujeitos não exercem atividades remuneradas. Esse fato pode ser atribuído ao grande número de mulheres que exercem atividades no lar, condição também encontrada no estudo de Damasceno (2005). Esse dado deve ser levado em consideração, uma vez que a pessoa que se mantém ativa pode obter satisfação pessoal, maior interação social, favorecimento na saúde física e mental, o que pode contribuir para a redução do estresse e depressão (KINDER et al., 2002).

Outro fator importante que merece destaque é a renda familiar de indivíduos diabéticos. Segundo Schectman, Nadkarni e Voss (2002), população com baixo nível sócio-econômico apresentam uma maior prevalência do diabetes e barreiras na adesão ao tratamento.

No que se refere à renda familiar, obteve-se uma variação de 1 a 18 salários mínimos, com mediana de 4,5. Esses resultados estão de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que aponta que a renda mensal do trabalhador do Estado de São Paulo é de 4,11 salários mínimos (IBGE, 2006).

Estudo realizado com 7991 americanos em Michigan, Estados Unidos, mostrou que, dos 546 indivíduos estudados que abandonaram o tratamento devido ao alto custo dos medicamentos, 124 deles (22,7%) eram diabéticos. Esse estudo foi o primeiro a demonstrar a relação entre as condições de saúde e as restrições no uso de medicamentos prescritos devido ao custo destes (HEISLER et al., 2004).

Quanto às instituições de saúde em que os pacientes fazem seguimento para o diabetes, a maioria o realiza em serviços públicos de saúde (UBS, UBDS e Hospital Público), seguido por serviço conveniado e, por último, por serviço particular. Em contrapartida, o estudo de Grant et al. (2003) mostrou que a população realiza seguimento, em sua maioria, em instituições privadas de saúde, e apenas uma pequena parcela o faz no setor público.

Segundo o Cadastro de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde e a Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios de 2003, 34,5% da população brasileira utiliza serviços privados para a assistência à saúde, havendo uma concentração ainda maior nos municípios com mais de duzentos mil habitantes. Em confirmação, a taxa de utilização do setor privado na cidade de São Paulo é de 40% da população, sendo essa taxa ainda maior, 46,6%, na população idosa (PINTO; SORANZ, 2004).

Em relação ao tipo de diabetes, a maioria, 82,6%, é do tipo 2, sendo apenas 2 indivíduos (4,3%) do tipo 1. Esses dados estão de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), que aponta que o diabetes tipo 1 está presente em 5 a 10% dos casos e o tipo 2, em 90 a 95%. Também condizem com o estudo realizado por Ciechanowski et al. (2001), no qual se obteve uma prevalência de diabéticos tipo 1 e 2 de 3,8% e 96,2%, respectivamente. Cabe ressaltar que 13% dos sujeitos não souberam relatar o tipo de diabetes, o que mostra um desconhecimento por parte dos pacientes acerca da doença.

Quanto ao tempo de diagnóstico de diabetes, encontrou-se que a mediana foi de 12,5 anos. Estudos têm demonstrado que, no momento do diagnóstico de diabetes tipo 2, os pacientes, na maioria dos casos, já apresentam algum tipo de complicação (MALERBI, 1991;

TORQUATO et al., 2003). Ao considerar a população com predomínio do tipo 2, é importante ressaltar a dificuldade em se determinar, com exatidão, a duração do diabetes tipo 2 pelo período assintomático antes do diagnóstico.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003a), a questão do tempo de diabetes é uma variável relevante, uma vez que possui uma relação negativa com a adesão. Quanto maior o tempo de diagnóstico, menor a prevalência de adesão dos pacientes.

No que se refere ao tipo de tratamento utilizado pelo paciente diabético, obteve-se que o planejamento alimentar e a prática da atividade física como parte do tratamento foram mencionados com menor frequência. Cabe destacar que os pacientes, na maioria das vezes, relacionam o tratamento somente com o medicamento utilizado para o controle do diabetes.

Esses resultados estão em discordância às recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), que recomendam o planejamento alimentar e a prática da atividade física, associados a mudanças no estilo de vida, para a obtenção de um controle glicêmico e metabólico adequado. Essas recomendações têm como objetivo melhorar a sensibilidade à insulina, diminuir os níveis plasmáticos de glicose, reduzir a circunferência abdominal e a gordura visceral, o que melhora o perfil lipídico, reduzir risco cardiovascular e, por fim, melhorar a auto-estima do paciente diabético.

Dos 46 (100%) sujeitos investigados, 26,1% referiram realizar o tratamento somente com antidiabético oral, 17,4% com antidiabético oral associado à insulina e apenas 8,7% somente com insulina. O estudo de Ciechanowski et al. (2001) mostrou que 52,6% dos pacientes realizavam o tratamento somente com antidiabético oral, 19,1% somente com insulina, seguido por 11,7% com antidiabético oral associado à insulina. Já no estudo de Guedes (2007), a porcentagem de indivíduos diabéticos que faziam uso somente de antidiabético oral e antidiabético oral associado à insulina foi de 30,9% e 11,8%, respectivamente. Esses dados assemelham-se aos obtidos em nosso estudo em relação à utilização de antidiabéticos orais e antidiabéticos orais associados à insulina.

Quanto à fração de hemoglobina glicosilada, obtiveram-se valores entre 4,7 e 14%, com mediana de 8,5%. Em termos de avaliação do controle do diabetes, a fração de hemoglobina glicosilada é considerada o padrão ouro, na atualidade, para o controle do diabetes, conforme apresentado por dois estudos de impacto para o diabetes: o Diabetes Control and Complications Trial – DCCT (1993) e o UK Prospective Diabetes Study – UKPDS (1998).

Cabe ressaltar que, no presente estudo, 19,6% dos pacientes não apresentaram resultados de exames de hemoglobina glicosilada quando solicitados. As justificativas

apresentadas referem-se ao diagnóstico recente, já que esses pacientes estavam aguardando os resultados dos exames, e resultados de exames dos quais não constavam valores de hemoglobina glicosilada, apenas glicemia de jejum e pós-prandial.

Esse fato causou-nos preocupação, pois, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), a hemoglobina glicosilada reflete a glicemia média de um indivíduo durante os dois a três meses anteriores à data de realização do exame. Assim, é de grande utilidade na avaliação do nível de controle glicêmico e da eficácia do tratamento vigente. Portanto, deve ser solicitada rotineiramente, duas vezes ao ano para todos os indivíduos diabéticos e quatro vezes para aqueles que se submeteram a alterações no esquema terapêutico ou encontram-se em mau controle glicêmico.

As novas diretrizes para o controle glicêmico do diabetes tipo 2 da Sociedade Brasileira de Diabetes de 2007 trazem valores ideais de hemoglobina glicosilada inferiores a 6,5%, seguindo as recomendações da União Européia, da International Diabetes Federation (IDF) e da American Association of Clinical Endocrinologists. No entanto, no presente estudo optou-se por seguir as recomendações da American Diabetes Association (ADA) de 2006 e as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes de 2006, pois a literatura utilizada na discussão dos dados ainda considera valores inferiores a 7%.

Os resultados obtidos na população em estudo em relação à fração de hemoglobina glicosilada condizem com a literatura. Scheetman, Nadkarni e Voss (2002) encontraram em seu estudo uma média de hemoglobina glicosilada de 8,1% numa população de indigentes. Em uma revisão sistemática realizada por Cramer (2004) acerca da adesão à terapia medicamentosa em diabetes, onde foram analisados 20 artigos, obtiveram-se valores superiores a 7%. Norris et al. (2002), ao estudarem diabéticos tipo 2, encontraram uma média de 9,4%.

Ao considerar a recomendação da American Diabetes Association (2006) acerca dos parâmetros para análise da hemoglobina glicosilada, constata-se que a população diabética encontra-se em mau controle glicêmico. Isso deve constituir-se em preocupação para os profissionais de saúde, pois níveis de hemoglobina glicosilada acima de 7% estão associados a um risco progressivamente maior de complicações crônicas como retinopatia, nefropatia, neuropatia, e, neste caso, a microalbuminúria começa efetivamente a apresentar progressão significativa (SBD, 2006).

A natureza crônica do diabetes, a gravidade de suas complicações e os meios necessários para controlá-las o tornam uma doença muito onerosa. Inúmeros indivíduos diabéticos são incapazes de continuar a sua atividade laboral em decorrência das

complicações crônicas ou ficam até mesmo com alguma limitação no seu desempenho profissional. Um fator agravante, ainda, é que, na maioria dos casos, o diabetes não se encontra como condição crônica única, pois pode haver a associação de uma ou mais condições crônicas de saúde.

No presente estudo, 56,5% dos sujeitos diabéticos entrevistados tinham hipertensão arterial, seguidos de 43,5% com dislipidemia e de 41,3% com obesidade, em concordância com os resultados encontrados por Grant et al. (2003) e Otero (2005).

A hipertensão arterial e o diabetes são condições clínicas que freqüentemente estão associadas. No diabetes tipo 1, verifica-se a relação entre hipertensão e desenvolvimento de nefropatia diabética. Para os pacientes com diabetes tipo 1, a pressão arterial começa a se elevar cerca de três anos após o início da microalbuminúria. No diabetes tipo 2, cerca de 40% dos pacientes já se encontram hipertensos na ocasião do diagnóstico (SBD, 2006).

A associação entre o diabetes e a hipertensão arterial é da ordem de 50%. Tal associação relaciona-se à etiopatogenia, pois os pacientes apresentam resistência insulínica, resistência vascular aumentada e disfunção endotelial. Os fatores de risco para o desenvolvimento da doença, a cronicidade, a necessidade de acompanhamento por uma equipe multidisciplinar e de modificações no estilo de vida e a dificuldade de adesão ao tratamento também são aspectos comuns tanto ao diabetes como à hipertensão arterial (BRASIL, 2002).

Pacientes com diabetes tipo 2 possuem risco de duas a quatro vezes maior de desenvolver problemas cardiovasculares quando comparados a pacientes sem diabetes. A doença arteroesclerótica, que compreende doença arterial coronariana (DAC), doença vascular periférica (DVP) e doença cerebrovascular, é responsável por cerca de três em cada quatro mortes entre pessoas com diabetes tipo 2. Os problemas cardiovasculares são responsáveis por 75% das mortes em indivíduos diabéticos tipo 2. Esses riscos estão relacionados a uma série de fatores, dos quais a dislipidemia é o mais importante. O perfil lipídico nesses pacientes consiste em hipertrigliceridemia e baixo HDL (SBD, 2006).

Outros fatores que predis põem a hipertensão arterial, dislipidemia, desenvolvimento do diabetes e, conseqüentemente, problemas cardiovasculares são a obesidade e o sobrepeso. Estima-se que 80% dos pacientes diabéticos tipo 2 apresentam obesidade ou excesso de peso (SBD, 2006).

Portanto, o controle rigoroso e adequado do peso corporal, da hipertensão arterial e da dislipidemia em associação ao controle glicêmico, denominado controle metabólico, é de suma importância para o paciente diabético.

Quanto à presença de complicações decorrentes do diabetes, a mais referida foi a retinopatia em 17,4% dos pacientes, seguida da neuropatia 8,7%. Estudo realizado por Ciechanowski et al. (2001) obteve uma prevalência de 50,7% de indivíduos diabéticos com pelo menos uma complicação decorrente do diabetes. A presença de retinopatia associada ao diabetes também foi a complicação mais prevalente nos pacientes investigados no estudo de Guedes (2007), 21,1%.

Segundo o Ministério da Saúde, no diabetes a presença da retinopatia é um marcador precoce do início das complicações microvasculares e do risco de comprometimento renal; e a neuropatia é a complicação mais comum, compreendendo um conjunto de síndromes clínicas que afetam o sistema nervoso periférico sensitivo, motor e autonômico (BRASIL, 2006a).

Estima-se que, após 15 anos de aparecimento do diabetes, 2% dos indivíduos apresentarão cegueira; 10%, problemas visuais graves; de 30 a 45%, algum grau de retinopatia; de 10 a 20%, nefropatia; de 20 a 25%, neuropatia; e 10 a 25%, doença cardiovascular (OMS, 2002; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS, 2004).

Nesse contexto, cerca de quatro milhões de mortes por ano relacionam-se ao diabetes e suas complicações, o que representa 9% da mortalidade mundial. Isso constitui um grande impacto para os serviços de saúde, como consequência dos custos do tratamento da doença e, sobretudo, das complicações, tais como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias por amputações de membros inferiores. Por outro lado, o maior custo recai sobre o paciente, a família e a comunidade, devido à redução da expectativa e da qualidade de vida dos pacientes. A expectativa de vida é reduzida, em média, em 15 anos para o diabetes tipo 1 e em cinco a sete anos no tipo 2 (BRASIL, 2006a).

Segundo o UKPDS (1998), a obtenção de um bom controle glicêmico relaciona-se a menores taxas de morbidade e mortalidade referentes ao diabetes e à redução no aparecimento de complicações crônicas microvasculares, como retinopatia, neuropatia e nefropatia diabética.

No Brasil, a principal causa de mortalidade e de hospitalizações é a associação diabetes/hipertensão arterial. Diante do exposto, é importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes, bem como de suas complicações (BRASIL, 2006a). Assim, quando da proposição de um programa de educação em diabetes, além do controle glicêmico, são fundamentais a verificação da pressão arterial e o acompanhamento do peso corporal.

Cabe ressaltar que tanto as co-morbidades como as complicações decorrentes do diabetes foram referidas pelos sujeitos sem confirmação no prontuário do paciente, o que pode constituir um dado sub ou super estimado.

Frente ao exposto, reconhece-se que a terapêutica medicamentosa para o controle do diabetes extrapola os medicamentos específicos prescritos para a melhora do nível glicêmico, uma vez que os dados mostram que os pacientes já apresentam co-morbidades, tais como a hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade. Assim, a abordagem dos profissionais de saúde em um programa de educação em diabetes deve contemplar conteúdos que englobam não só o diabetes, como também as doenças a ele associadas.

Em relação ao número de hospitalizações dos indivíduos investigados, 28,3% deles foram internados de uma a cinco vezes, com mediana de duas internações. O motivo mais freqüente referido foi a hiperglicemia.

No estudo realizado por Guedes (2007), ao investigar o número de internações dos pacientes diabéticos, encontrou-se que 50% deles já haviam sido internados pelo menos uma vez, sendo os motivos mais comuns as complicações agudas tais como hipoglicemia e hiperglicemia.

Esses dados nos mostram que a freqüência de internação de pacientes diabéticos é relativamente alta. Esse fato se torna um problema de elevada magnitude ao se levarem em consideração a alta prevalência do diabetes na população brasileira e os altos custos associados às internações hospitalares. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003a), de 30-65% do custo total dispensado ao tratamento do diabetes é destinado às hospitalizações relacionadas a complicações associadas à doença. Ainda, o custo estimado está relacionado de três a quatro vezes mais com indivíduos em mau controle glicêmico, comparados àqueles com bom controle.

Esses dados apontam que o sistema de saúde apresenta-se, ainda, voltado às 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 às modificações no estilo de vida e à educação do paciente para seguimento do plano terapêutico instituído. Os benefícios humanos, sociais e econômicos seriam indiscutíveis se o sistema de saúde fosse mais efetivo no que se refere às ações de promoção e prevenção em saúde.

As recomendações do Ministério da Saúde para a atenção básica ao diabetes devem ser efetuadas por meio da prevenção de fatores de risco como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco

para o diabetes (prevenção primária); da identificação dos casos ainda não diagnosticados de diabetes para tratamento (prevenção secundária); e da intensificação do controle dos pacientes já diagnosticados e em tratamento visando a prevenir complicações agudas e crônicas (BRASIL, 2006a).

Ao analisar o tratamento medicamentoso específico para o diabetes, obteve-se que 89,1% dos sujeitos investigados utilizam antidiabéticos orais, confirmados mediante receita médica, dos quais a maioria (26,1%) utiliza os antidiabéticos orais da classe terapêutica das Biguanidas e Biguanidas associada à Sulfoniluréia, e dos quais apenas 4,3% dos pacientes utilizam somente Sulfoniluréia. Quanto à insulina, 10,9% dos pacientes fazem uso somente de insulina e 30,4% utilizam insulina associada a antidiabético oral.

Esses dados estão em discordância com os do estudo de Dailey, Kim e Lian (2001), que investigaram a adesão e a persistência na utilização de medicamentos anti-hiperglicêmicos em pacientes diabéticos tipo 2 durante um e dois anos de seguimento. No primeiro ano de seguimento, os pacientes utilizavam, em sua maioria (85,3%) medicamentos da classe terapêutica da Sulfoniluréia; 14% usavam os da classe das Biguanidas; apenas 3,9% utilizavam associação da Sulfoniluréia e Biguanida; 14,4% utilizavam somente insulina, e 2,1% faziam uso de insulina associada à antidiabético oral. Após dois anos de seguimento, apesar de ligeiras modificações, esses valores permaneceram relativamente semelhantes.

Ao comparar os dados do presente estudo com os obtidos por Dailey, Kim e Lian (2001), observou-se uma prevalência maior de indivíduos que fazem uso de antidiabéticos orais da classe terapêutica da Sulfoniluréia e de insulina e menos indivíduos utilizando terapias combinadas.

Outro estudo que investigou o seguimento da terapia medicamentosa por 10 anos em pacientes diabéticos tipo 2 mostrou que houve uma redução na porcentagem de pacientes que utilizavam Sulfoniluréia, de 79,2% para 20,5%. Em relação à insulina, houve um aumento de 7,1% para 14,7%, ocorrendo o mesmo quando se utilizou insulina associada a antidiabético oral (de 1,9% para 2,6%). Quanto às Biguanidas, no início do estudo, observou-se que não havia paciente utilizando-as, mas foi constatada, no final do estudo, a sua utilização em 9,8% dos pacientes (BROWN et al., 1999).

Quando o indivíduo com diabetes apresenta dificuldade para a adesão às medidas não-medicamentosas, a terapia medicamentosa está indicada. Um dos objetivos principais da terapêutica medicamentosa para o controle do diabetes é a obtenção de níveis glicêmicos tão próximos da normalidade quanto for possível alcançar na prática clínica.

Segundo o Ministério da Saúde, a Metformina, antidiabético oral da classe terapêutica das Biguanidas, é o medicamento de escolha para a maioria de diabéticos tipo 2. Primeiro porque o UKPDS (1998) demonstrou que o tratamento intensificado com metformina reduz em 29% as complicações microvasculares, enquanto que a insulina e os medicamentos da classe terapêutica da Sulfoniluréia reduzem apenas 25% e em 12%, respectivamente. Segundo, porque a metformina não apresenta efeitos colaterais, tais como hipoglicemia e ganho de peso corporal e é considerada um medicamento seguro em longo prazo (BRASIL, 2006a).

Em muitos pacientes diabéticos tipo 2, a monoterapia com metformina é insuficiente para alcançar o controle glicêmico desejado, principalmente no decorrer da doença, sendo necessário adicionar um medicamento da classe da Sulfoniluréia ou até mesmo insulina (BRASIL, 2006a).

No que se refere ao diabetes tipo 2, na prática clínica, os pacientes podem comparecer à primeira consulta no início da evolução do diabetes, quando há o predomínio da insulinoresistência ou, então, com muitos anos de evolução da enfermidade, quando a principal característica é a insulinopenia. A melhor terapia dependerá muito da capacidade secretória do pâncreas do paciente (SBD, 2006).

Reconhece-se que a terapia medicamentosa do diabetes depende de diversos fatores que variam entre os pacientes, como os valores da hemoglobina glicosilada, os valores da glicose em jejum e pós-prandial, a presença da obesidade, a idade, o nível sócio-econômico, a presença de complicações e co-morbidades, a ação anti-hiperglicemiante do medicamento, entre outros. Portanto, não há um consenso acerca de um tratamento medicamentoso ideal. Há protocolos pré-estabelecidos como os da Sociedade Brasileira de Diabetes (2006) com diretrizes específicas de tratamento, mas todos recomendam considerar a individualidade de cada paciente na elaboração do plano terapêutico.

Ao analisar o número de comprimidos/dia, número de vezes/dia e tempo de uso do medicamento obteve-se que, para os antidiabéticos orais da classe terapêutica da Sulfoniluréia, a mediana é de dois comprimidos/dia, duas vezes ao dia, utilizados há 4,5 anos. No que diz respeito à classe das Biguanidas, a mediana é também de dois comprimidos/dia, duas vezes ao dia, utilizados há 3 anos. Quanto à Acarbose, a mediana é de um comprimido/dia, uma vez ao dia, utilizados há 6 anos. Na classe da Glitazona, a mediana de número de comprimidos é um, uma vez ao dia, utilizados há 4 anos.

Quanto à insulina, encontrou-se uma mediana de 50 UI/dia, duas vezes ao dia e com tempo de utilização de 12 anos em insulina de ação intermediária; 4 UI/dia, três vezes ao dia e

com tempo de utilização de três meses para insulina de ação rápida e 20 UI/dia, uma vez ao dia e com tempo de utilização de 3 anos em insulina de ação prolongada.

Na literatura, há estudos que referem uma maior adesão à terapia medicamentosa em indivíduos que utilizam esquema monoterápico quando comparados aos que utilizam medicamentos em associação. Uma variável relevante nos estudos de adesão refere-se ao número de vezes que o paciente utiliza o medicamento. No estudo de Melikian et al. (2002) nos pacientes em monoterapia, quando houve a necessidade de adicionar um novo medicamento, a adesão foi significativamente menor. Para os indivíduos que utilizavam associação de medicamentos e passaram a utilizar terapia combinada com dose fixa, ou seja, classe medicamentosa de antidiabéticos orais associadas em um único comprimido, a adesão foi significativamente maior.

Outro estudo demonstrou que, após um ano de seguimento de pacientes diabéticos, aqueles que utilizavam esquema monoterápico de antidiabético oral ou insulina apresentaram uma adesão 36% maior quando comparados aos que utilizavam medicamentos em associação, o que se manteve após dois anos de seguimento (DAILEY; KIM; LIAN, 2001).

Portanto, podemos constatar que esquemas monoterápicos podem estar associados a melhor persistência e adesão ao tratamento medicamentoso do que esquemas complexos, com múltiplos medicamentos. Deve-se ter cautela na utilização de associação de medicamentos, sendo a terapia combinada com dose fixa uma opção favorável nesses casos. Essa observação deve ser considerada e freqüentemente investigada pelo caráter progressivo da doença, associado a complicações e co-morbidades. Muitas vezes, esquemas terapêuticos com múltiplos medicamentos são necessários para a obtenção do controle glicêmico e metabólico adequados.

O estudo de Piette, Heisler e Wagner (2004) mostrou que 50% dos pacientes faziam uso de mais de sete medicamentos, em geral, sendo que cerca de dois deles eram antidiabéticos orais. A razão do número de medicamentos utilizados pelos pacientes diabéticos justifica-se pela obtenção de um bom controle glicêmico associado ao controle da dislipidemia e da pressão arterial.

Ao investigar outros medicamentos utilizados nas co-morbidades, dos 46 (100%) sujeitos diabéticos, 58,7% fazem uso de anti-hipertensivo; 32,6% utilizam hipolipemiante; 34,8% se valem de antiplaquetário, e apenas 2,2% usam anticoagulante. O número total de comprimidos/dia utilizados pelos pacientes do presente estudo em relação às outras doenças variou de 0 a 14, com a mediana de 3 comprimidos/dia. Dados semelhantes foram encontrados na população diabética estudada por Grant et al. (2003), em que 80% utilizavam

anti-hipertensivos e 57% usavam hipolipemiantes, além de medicamentos para o controle do diabetes. Nesse estudo, o grau de adesão foi um pouco maior à terapia medicamentosa para a hipertensão arterial e dislipidemia (97,1%) do que para o diabetes (95,7%).

Como já discutido anteriormente, a hipertensão arterial afeta a maioria dos pacientes diabéticos. A recomendação atual é intensificar seu controle na presença do diabetes, de modo a alcançar valores inferiores a 130/80 mmHg. A estratégia farmacológica no controle da pressão arterial apresenta impacto positivo sobre o controle metabólico. Ainda, pacientes com diabetes tipo 2 têm uma prevalência aumentada de dislipidemias, o que contribui para um aumento no risco de desenvolver doença arterial coronariana - DAC. Portanto, todos os pacientes com risco aumentado em 20% de desenvolver doença coronariana devem receber hipolipemiante independente do nível de colesterol-LDL. E, por fim, em pacientes com doença cardiovascular, o benefício da terapia antiplaquetária é evidente (BRASIL, 2006a).

Em síntese, a população do estudo é predominantemente feminina, casada e com idade superior a 50 anos; aposentados e donas de casa; a maioria tem oito anos de estudo; com mediana de 4,5 salários mínimos e realiza o tratamento para o controle do diabetes nas Unidades Básicas de Saúde; a mediana do tempo de diabetes é de 12,5 anos; apresenta, como co-morbidades mais frequentes, a hipertensão arterial e a dislipidemia; faz uso predominantemente de antidiabéticos orais para o controle do diabetes; os valores de hemoglobina glicosilada são superiores a 7% e a mediana de internações hospitalares é de 2. Essas características podem determinar diferentes formas de compreender o processo saúde-doença e o plano terapêutico e, conseqüentemente, influenciar a adesão à terapêutica medicamentosa.

6.2 Adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa para o controle do diabetes

As condições crônicas de saúde, em especial o diabetes, representam um grande desafio aos profissionais de saúde. Em particular, em relação à terapêutica medicamentosa, os desafios referem-se desde a compreensão até a manutenção da terapia instituída.

Apesar do grande desenvolvimento farmacológico e das estratégias de cuidados aos pacientes diabéticos, o controle do diabetes em termos epidemiológicos ainda não é adequado, e a redução da morbidade e da mortalidade de suas complicações não atingiu os índices desejados, sendo a não adesão ao tratamento considerada uma das principais causas de insucesso.

No presente estudo, ao se investigar a adesão ao tratamento medicamentoso para o controle do diabetes, obteve-se uma prevalência de adesão de 78,3%. A adesão ao tratamento pode ser caracterizada pelo grau de coincidência entre a prescrição médica e o comportamento do paciente (NOBRE; PIERIN; MION JR, 2001).

Há falta de um consenso padrão sobre o que constitui uma adesão adequada. Alguns autores consideram desejada uma prevalência maior que 80% de adesão (RUDD; BYYNY; ZACHARY, 1988; LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Devido à escassez de estudos na literatura, estudos com diferentes delineamentos de pesquisa e variação nos resultados encontrados, a adesão ao tratamento medicamentoso em diabetes ainda constitui um problema que merece outras investigações. O grande número de pesquisas está mais relacionado à adesão medicamentosa em pacientes em uso de anti-hipertensivos e hipolipemiantes do que a antidiabéticos orais e insulina (BROWN et al., 1999; GRANT et al., 2003; RUBIN, 2005).

No estudo de Brown et al. (1999), ao investigarem o seguimento de pacientes diabéticos em uso de terapia medicamentosa por dez anos, obteve-se que 57,9% deles abandonaram o tratamento medicamentoso pelo menos uma vez, durante a década estudada, e que de 5 a 10% dos pacientes evitaram entrar em contato com o serviço de saúde. A taxa de mortalidade dos pacientes foi de 36,3%.

Ao investigar a adesão e a persistência aos agentes anti-hiperglicêmicos em pacientes diabéticos com auxílio-saúde, nos Estados Unidos, Dailey, Kim e Lian (2001) encontraram taxas de adesão aos antidiabéticos orais menores que 50%, tanto no primeiro quanto no segundo ano de seguimento dos pacientes.

A prevalência da adesão de 78,3% obtida no presente estudo, foi semelhante à encontrada por Schectman, Nadkarni e Voss (2002) em uma população de indigentes com diabetes em uso de terapia medicamentosa (79,7%). Já o estudo de Grant et al. (2003) mostrou uma prevalência de 95,7% de adesão aos agentes anti-hiperglicêmicos em pacientes diabéticos tipo 2.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003a), a prevalência da adesão é, em média, de 50% em pacientes com condição crônica de saúde, nos países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, essa prevalência é ainda menor. Há uma tendência de baixa prevalência da adesão nos países em desenvolvimento em face da escassez de recursos na área da saúde e dos problemas no acesso aos serviços de saúde.

Estima-se que, nos Estados Unidos, de 33 a 69% das admissões hospitalares relacionadas a problemas na utilização de medicamentos são consequência da falta de adesão

ao tratamento medicamentoso instituído. Esse fato gera um custo de aproximadamente 100 bilhões de dólares ao ano (SENST et al., 2001; MACDONELL; JACOBS, 2002).

A falta de adesão ao tratamento para o controle do diabetes é a principal causa para o desenvolvimento de complicações agudas e crônicas e redução da qualidade de vida, e representam custo individual, social e econômico para paciente, família, instituições de saúde e sociedade. Como consequência direta, há um prejuízo para o alcance das metas esperadas de saúde da população em todo o mundo (OMS, 2003a).

A falta de adesão ao tratamento medicamentoso para o controle do diabetes é freqüentemente vivenciada na prática clínica pelos profissionais de saúde. Portanto, esforços devem ser envidados para otimizar recursos e estratégias a fim de melhorar a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida.

Atualmente, constata-se inúmeros esforços dos pesquisadores e dos profissionais de saúde para a compreensão da falta de adesão ao tratamento medicamentoso, mas esse é um desafio ainda a ser alcançado, pois os mecanismos envolvidos no comportamento dos indivíduos são complexos. É preciso aprofundar os estudos acerca dessa temática para compreender quais são os comportamentos facilitadores e/ou dificultadores imbricados na adesão à terapêutica medicamentosa.

Acredita-se que vários fatores exercem influência no processo de adesão ao tratamento medicamentoso. Dentre os fatores, discutiremos, primeiramente, a acessibilidade aos medicamentos para o controle do diabetes e, na seqüência, os fatores relacionados ao paciente, à relação profissional-paciente, ao esquema terapêutico e à doença propriamente dita.

6.3 Facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos pacientes diabéticos para a adesão à terapêutica medicamentosa para o controle do diabetes

A razão do fracasso terapêutico representa um grande desafio para os profissionais de saúde. Tanto os profissionais como os pacientes, freqüentemente, discordam quanto à sua responsabilidade. Em geral, os profissionais de saúde remetem o fracasso terapêutico ao paciente devido à falta de adesão ao tratamento prescrito. Por outro lado, os pacientes creditam o mau controle glicêmico à ineficácia do tratamento proposto.

Nesse contexto, constata-se que há falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde e dos pacientes acerca dos fatores que interferem na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, no controle da doença. Os profissionais de saúde, ao atribuírem ao

paciente a falta de adesão ao tratamento medicamentoso, levam em consideração apenas os fatores que se relacionam ao paciente, não aqueles relacionados à acessibilidade ao medicamento prescrito, ao esquema terapêutico, à relação profissional-paciente e à própria doença. Por outro lado, também, os pacientes levam em consideração apenas os fatores relacionados ao esquema terapêutico.

6.3.1 Fatores relacionados à acessibilidade aos medicamentos para o controle do diabetes

No que se refere à obtenção dos medicamentos, a maioria (82,6%) referiu não ter dificuldade para a sua aquisição, e apenas 23,9% referiram dificuldades financeiras.

Segundo Leite e Vasconcelos (2003), o acesso ao medicamento, no Brasil, é um problema crucial, representa um entrave para a adesão ao tratamento medicamentoso e deve constituir objeto de investigação.

A acessibilidade ao medicamento engloba a existência de medicamentos desenvolvidos e comercializados para diferentes fins, a disponibilidade do medicamento nos serviços de saúde, principalmente na área adstrita do paciente, e a disponibilidade do medicamento, independentemente dos recursos financeiros do paciente (GICK; FARIAS, 2005).

Em relação às dificuldades financeiras para a obtenção de medicamentos, Piette, Heisler e Wagner (2004) mostraram que 11% dos pacientes diabéticos em tratamento medicamentoso para o diabetes e suas co-morbidades limitaram a utilização dos medicamentos e 7% deixaram de utilizá-los devido ao custo.

Outro estudo realizado por Heisler et al. (2004) em pacientes com condição crônica de saúde, incluindo o diabetes, mostrou que 32,1% dos pacientes restringiram o uso do medicamento, também, devido ao custo. Esses pacientes apresentaram quase o dobro de chance de um declínio significativo na saúde em dois anos de seguimento, e naqueles com problemas cardiovasculares apresentaram 50% de chance de sofrerem de angina, infarto e acidente vascular cerebral. Esse estudo foi o primeiro a mostrar os danos causados pela restrição do medicamento relacionados aos problemas financeiros.

Assim, os profissionais de saúde devem conhecer o custo dos medicamentos que prescrevem para o controle do diabetes, questionar regularmente os pacientes quanto a possíveis dificuldades financeiras para a obtenção dos medicamentos prescritos, realizar mudanças no esquema terapêutico a fim de minimizar custos e conhecer programas de suporte assistencial para o encaminhamento dos pacientes (RUBIN, 2005).

Em face do custo elevado dos medicamentos e do aumento do número de indivíduos com uma ou mais condição crônica de saúde, os serviços de saúde, bem como os profissionais, devem desenvolver estratégias efetivas para proteger os pacientes de problemas relacionados ao custo dos medicamentos.

Nesse contexto, no Brasil, pela primeira vez surge um Plano elaborado pelo Ministério da Saúde, em conjunto com as Sociedades Científicas, criando o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para hipertensos e diabéticos, publicado no Diário Oficial da União, de 6 de março de 2000, p. 88, portaria 371/GM. Esse programa tem o intuito de, após o cadastramento dos pacientes, garantir o acesso aos medicamentos para o controle da hipertensão arterial e do diabetes. Também possibilitará, aos gestores federais, estaduais e municipais, planejar recursos para o atendimento dessa clientela (BRASIL, 2002).

Ao considerar que, no presente estudo, a maioria dos sujeitos diabéticos realiza o atendimento na rede pública de saúde, conseqüentemente eles recebem o medicamento prescrito para o controle do diabetes, hipertensão arterial e dislipidemia. Por outro lado, temos os pacientes que obtêm os medicamentos por recursos próprios. Assim, os custos, na maioria das vezes, não são considerados pelos profissionais e pacientes como uma variável relevante para a adesão ao tratamento medicamentoso fornecidos pelo Sistema Único de Saúde.

Quanto ao local de obtenção do medicamento para o diabetes, 52,17% dos pacientes obtêm os antidiabéticos orais e a insulina na farmácia da rede pública e em hospital público; 30,44%, na farmácia da rede pública e por recursos próprios e 15,22%, por recursos próprios.

O estudo de Paiva, Bersusa e Escuder (2006) mostrou que 63,9% dos pacientes referiram gastos mensais com medicamentos para o controle do diabetes e da hipertensão arterial e que apenas 37,5% deles recebiam o medicamento na rede básica de saúde. Esse estudo ainda mostrou que 57,8% dos pacientes não obtinham todo o medicamento de que necessitavam para o controle das doenças na rede básica de saúde. Desses, 83,8% afirmaram obtê-los por recursos próprios, 10,4% procuram em outras unidades de saúde e 5,4% aguardam o medicamento em sua própria unidade de saúde.

Quanto ao tempo despendido para a obtenção do medicamento para o controle do diabetes do domicílio à instituição de saúde, no presente estudo, obteve-se uma mediana de 15 minutos. O tempo gasto à instituição de saúde também é uma variável relacionada ao acesso ao serviço de saúde e, conseqüentemente, ao medicamento, uma vez que o paciente pode apresentar dificuldade para a locomoção ao serviço de saúde. Esse fato tem maior relevância, principalmente, em pacientes idosos com prejuízo na mobilidade física devido ao

processo de senilidade. Cabe ressaltar que a população do presente estudo apresentou mediana de 57 anos.

Em resumo, o acesso ao medicamento é um dos fatores necessários para a prestação de assistência à saúde. Assim, o acesso aos medicamentos é essencial à saúde da população, constituindo-se no primeiro passo para a adesão à terapia medicamentosa e, conseqüentemente, para o sucesso da terapêutica estabelecida. No entanto, é preciso considerar que somente o fornecimento do medicamento não garante a adesão ao tratamento proposto.

6.3.2 Fatores relacionados ao paciente para a adesão ao tratamento medicamentoso

Ao considerar que o acesso ao medicamento para o controle do diabetes está garantido, os fatores relacionados ao paciente, tais como sexo, idade, escolaridade, renda familiar, aceitabilidade do medicamento e apoio emocional, também devem ser considerados pelos profissionais de saúde.

Ao investigar a adesão ao tratamento medicamentoso em relação às variáveis sócio-demográficas como sexo, idade, anos de estudo e renda familiar, obteve-se uma prevalência de adesão maior entre os homens (85,7%), os idosos (82,4%), os sujeitos com mais de 12 anos de estudo (88,9%) e aqueles com renda familiar superior a cinco salários mínimos (90%).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003a), sexo e idade apresentam associação direta com a prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso para o controle do diabetes.

Ao compararmos os dados obtidos na presente investigação aos encontrados por Teixeira (1998), que investigou a adesão a anti-hipertensivos em pacientes hipertensos, pôde-se observar discordância com relação às variáveis sexo e idade, em que a prevalência de adesão foi maior nas mulheres e menor nos idosos, embora essas associações não se mostrem estatisticamente significativa. Já no que se refere à escolaridade e renda familiar, houve concordância, uma vez que a prevalência da adesão foi maior nos pacientes com grau de instrução mais elevado e naqueles com mais de 10 salários mínimos.

Uma justificativa para que a adesão encontrada fosse maior nos homens do que nas mulheres é de que as mulheres são mais propensas ao estresse do que os homens e apresentam mais distúrbios psicossomáticos e maior alteração na saúde mental. Assim, problemas emocionais como depressão podem estar associados à falta de adesão ao tratamento medicamentoso (CIECHANOWSKI; KATON; RUSSO, 2001; CARVALHO, 2006).

Ao investigar a diferença entre os sexos em pacientes diabéticos em relação ao autocuidado, McCollum et al. (2005) mostraram que as mulheres, quando comparadas aos homens, apresentaram idade superior, menor escolaridade e renda mensal, maior frequência de co-morbidades e depressão e mais limitações físicas e cognitivas.

No que se refere à idade, no presente estudo, os pacientes apresentam, na sua maioria, idade superior a 50 anos, sendo aposentados e donas de casa. Esses dados podem explicar a maior prevalência da adesão em idosos, uma vez que estes apresentam um maior tempo disponível para preocupar-se com sua saúde e procurar pelo serviço de saúde para o tratamento do diabetes. Em contrapartida, os adultos jovens, por manterem suas atividades laborais, podem apresentar outras preocupações que vão além do cuidado com a sua saúde.

Em concordância, Horne e Weinman (1999) mostraram que a idade do paciente com uma condição crônica de saúde tem influência na adesão ao tratamento medicamentoso, uma vez que os pacientes mais jovens apresentaram menor prevalência de adesão.

A escolaridade é outra variável relevante no que se refere à adesão. No presente estudo, obteve-se que a prevalência da adesão foi maior em pacientes com mais anos de estudo. A baixa escolaridade pode dificultar a aprendizagem, pois, à medida que aumenta a complexidade da terapêutica medicamentosa para o controle do diabetes, o paciente necessita de habilidades cognitivas mais complexas para compreender o tratamento medicamentoso instituído e aderir a ele, mantendo, assim, o seu controle glicêmico (FOSS et al., 1989). Ainda, de acordo com Ramos (1976), a dificuldade da aprendizagem aumenta na razão inversa do seu grau de instrução.

Quanto à renda familiar, Schectman, Nadkarni e Voss (2002) mostraram que uma população com baixo nível sócio-econômico apresenta mais obstáculos para adesão ao tratamento medicamentoso. Os dados obtidos no presente estudo corroboram os encontrados por Schectman, Nadkarni e Voss (2002), pois os sujeitos com renda familiar menor que cinco salários mínimos apresentaram escores de adesão mais baixos quando comparados àqueles com renda superior.

Em síntese, para os sujeitos investigados, houve diferença na prevalência de adesão em relação às variáveis sócio-demográficas, mas, quando da utilização dos testes estatísticos, não houve diferenças estatisticamente significativas, e as associações foram fracas.

Além das características sócio-econômicas, a questão da aceitabilidade do medicamento pelo paciente é outra variável que merece destaque. Dos 46 (100%) pacientes investigados, 50% referiram como aceitável, 19,6% como indiferente e 15,2% como péssimo

tomar medicamento todos os dias. Quanto ao número de medicamentos prescritos e número de vezes utilizados ao dia, 34,8% e 23,9% referiram indiferente e péssimo, respectivamente.

O ato de tomar medicamento todos os dias e várias vezes ao dia faz o paciente lembrar a todo o momento que é um doente crônico, o que pode desencadear um quadro de negação da doença e do tratamento prescrito e, até mesmo, levá-lo a deixar de tomar o medicamento para o controle do diabetes.

Outro ponto a se considerar é que o diabetes é uma doença progressiva e que, com o passar do tempo, ajustes na terapêutica medicamentosa são necessários, tais como o aumento da dose do medicamento ou a introdução de um novo medicamento para a obtenção do controle glicêmico. Para aqueles sujeitos que referiram como péssimo o fato de terem que tomar medicamento todos os dias e até mesmo várias vezes ao dia, a chance de abandono ao tratamento medicamentoso é maior.

No que se refere ao apoio social - família e/ou amigos para o cumprimento da terapia medicamentosa para o controle do diabetes, 65,2% dos sujeitos referiram sentir-se apoiados. Cabe ressaltar que 84,8% deles referiram que não necessitam de ajuda para tomar os medicamentos para o diabetes.

A Organização Mundial de Saúde (2003a) acredita que o apoio social, principalmente do suporte familiar, interfere diretamente na adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso para o controle do diabetes, principalmente na população adulta e entre os adolescentes.

O estudo de Teixeira et al. (2007) mostrou que 72,7% dos pacientes buscam apoio na família e 12%, nos amigos. Segundo Garay-Sevilla et al. (1995), os pacientes submetidos a um controle rígido por parte da família apresentaram menores escores de adesão ao medicamento. Para esses autores, o apoio social é o principal determinante para a adesão à terapia medicamentosa, pois os pacientes que referem ter apoio social, seja ele familiar ou provido por amigos, apresentam maior prevalência de adesão ao tratamento. Por outro lado, o apoio da família deve suportar o paciente apenas nos momentos de dificuldade. É importante que os pacientes sejam motivados, apoiados e acreditem em uma família com disponibilidade para ajudá-los.

Assim, a atenção em saúde e educação a um membro da família pode favorecer na redução de riscos para os pacientes e familiares. A participação do familiar no processo educativo contribui para o seguimento no tratamento, na medida em que se coloca como fonte de apoio emocional nos momentos em que o paciente diabético se sente impotente diante dos desafios advindos da doença.

Os dados do presente estudo mostraram que a maioria dos sujeitos não necessita de ajuda para tomar o medicamento. Isso é importante, pois a auto-administração do medicamento pelo paciente requer conhecimento acerca da dose e do horário de administração, o que pode interferir na adesão do paciente ao tratamento medicamentoso para o controle do diabetes. Por outro lado, é preciso destacar que a cronicidade da doença e a complexidade do regime terapêutico impõem supervisão permanente do paciente pela equipe de saúde.

Após a avaliação dos fatores relacionados ao paciente na adesão à terapia medicamentosa, discutiremos, a seguir, os referentes ao relacionamento entre o paciente e o profissional de saúde durante o seu seguimento.

6.3.3 Fatores relacionados à relação profissional-paciente para a adesão ao tratamento medicamentoso

O relacionamento entre o paciente e os profissionais de saúde é um aspecto fundamental para a educação em diabetes e, conseqüentemente, para a adesão do paciente à terapia medicamentosa. As informações fornecidas, a participação na escolha do tratamento, a sensibilidade do médico, o tempo dispensado ao atendimento e a comunicação verbal e não-verbal merecem especial atenção.

O relacionamento que se estabelece entre o profissional de saúde e o paciente constitui a base de sustentação para a efetividade do sucesso do tratamento (NOBRE; PIERIN; MION JR, 2001).

No presente estudo, 56,5% dos sujeitos referiram ter recebido informações acerca do diabetes. Quanto à qualidade da informação recebida, 41,3% deles mostraram-se satisfeitos. Em contrapartida, 65,2% dos sujeitos, apesar de terem recebido informações gerais sobre a doença, não receberam informações específicas sobre os medicamentos prescritos para o controle do diabetes.

Em relação à adesão ao tratamento medicamentoso para o controle do diabetes, os pacientes que referiram ter recebido informações acerca da doença e informações específicas em relação ao medicamento prescrito para o diabetes apresentaram maior prevalência da adesão à terapêutica medicamentosa (84,6% e 86,7%, respectivamente), quando comparados àqueles que não receberam informações. Embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa, houve diferença nos valores de adesão para a população em estudo.

O conhecimento do paciente acerca da doença e do tratamento proposto influencia diretamente a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso para o diabetes. Nessa direção, Rubin (2005) refere que a percepção do paciente sobre os benefícios esperados com o tratamento leva a uma maior adesão à terapia medicamentosa.

Dentre os fatores que podem influenciar a adesão à terapia medicamentosa, talvez o mais comum e o mais estudado seja o conhecimento do paciente acerca do regime terapêutico. Por outro lado, constata-se que o conhecimento do paciente acerca do seu tratamento é raramente investigado pelos profissionais de saúde na prática clínica (RUBIN, 2005).

Ao investigar a frequência com que um novo conceito foi introduzido ao paciente durante a consulta médica, bem como a frequência com que o médico resgatou o novo conceito com o paciente ao final da consulta, Schillinger et al. (2003) encontraram que, em 82% das consultas médicas, pelo menos um novo conceito foi introduzido, e apenas 12% dos novos conceitos foram resgatados no final da consulta. Esse estudo mostrou, ainda, que os pacientes em cuja consulta foi resgatado o novo conceito apresentaram menores valores de hemoglobina glicosilada, ou seja, estavam em melhor controle glicêmico e apresentaram maior satisfação com o tratamento medicamentoso prescrito.

Assim, os profissionais de saúde devem ajudar os pacientes a compreender os benefícios esperados com o controle da glicemia a curto e longo prazo, tais como aumento da energia, melhor qualidade do sono, menor absenteísmo no trabalho e ausência de complicações agudas e crônicas, e reforçar que o uso adequado dos medicamentos para o controle do diabetes é o principal meio de obtenção desses benefícios.

O esquema terapêutico para o controle do diabetes é complexo pela necessidade de auto-monitorização, mudanças no estilo de vida e visitas ao médico com frequência. Nessas ocasiões, os pacientes devem ser questionados quanto à compreensão acerca da doença e do regime terapêutico proposto, com o objetivo de esclarecimento de dúvidas, sem colocar o paciente em teste.

Ao considerar que o diabetes é uma doença assintomática e crônica, às vezes é difícil para o paciente compreender em curto prazo, os benefícios que serão obtidos no futuro próximo com o uso dos medicamentos e acreditar nele. Portanto, há a necessidade de uma permanente supervisão pelo profissional de saúde. Cabe destacar que a adesão ocorre durante o processo de educação do paciente, o qual é lento e árduo.

As informações que o paciente possui acerca dos medicamentos influenciam diretamente o seu uso. A adesão ao tratamento é um fenômeno complexo e influenciado por vários fatores, sendo que a crença do paciente acerca do medicamento pode ser a chave em

relação à adesão à terapia medicamentosa. Frequentemente os pacientes tomam decisões sobre tomar ou não um medicamento baseados nas informações recebidas acerca dele (HORNE; WEINMAN, 1999).

O estudo de Grant et al. (2003) mostrou que 82% dos indivíduos diabéticos investigados acreditavam que os medicamentos prescritos melhoram os sintomas e que 83% acreditavam que eles protegem a saúde no futuro. Esses indivíduos apresentaram maiores taxas de adesão à terapia medicamentosa do que aqueles que se apresentaram descrentes em relação ao medicamento (98,5% - 87%, respectivamente).

Nessa direção, a educação dos pacientes diabéticos pode constituir um dos caminhos para a adesão ao tratamento medicamentoso do diabetes. O estudo de Rubin (2005) mostrou que a educação pode melhorar a compreensão do paciente, a sua confiança, o autocuidado e, conseqüentemente, o controle glicêmico.

No que se refere à procedência das informações recebidas acerca da doença e dos medicamentos para o controle do diabetes, a maioria referiu que elas foram fornecidas pelo profissional médico. Esse dado está de acordo com o encontrado no estudo de Guimarães e Takayanagui (2002). Nesse estudo, obteve-se que as orientações em relação ao tratamento foram, em 96,5% dos casos, realizadas pelo profissional médico e em apenas um caso (3,4%), por um profissional da área da enfermagem, não especificado.

Quanto à participação do paciente na escolha do tratamento medicamentoso prescrito, 84,8% referiram não terem participado, sendo que, para 65,2% deles, não houve interferência na utilização do medicamento prescrito. Cabe ressaltar que 10,9% referiram participação na escolha do medicamento prescrito e afirmaram que a sua participação facilitou o uso do medicamento para o controle do diabetes. Em relação à adesão ao tratamento, a prevalência da adesão foi equivalente para ambos os casos, os em que o médico considerou a opinião do paciente e os em que os sujeitos não tiveram participação na escolha do tratamento. O teste estatístico não evidenciou diferença significativa, embora a associação tenha se mostrado forte.

Segundo Horne e Weinman (1999), os pacientes devem ser considerados como participantes ativos na escolha do tratamento medicamentoso. Quando o profissional de saúde traça o plano terapêutico e considera a opinião do paciente, ele se sente mais motivado, e suas crenças se sobrepõem às preocupações acerca do medicamento prescrito, o que acarreta uma maior adesão ao tratamento proposto.

Nesse contexto, os profissionais de saúde devem considerar a opinião dos pacientes na escolha do regime terapêutico, mesmo que a decisão tomada pelo paciente seja diferente da escolha que o profissional de saúde julga como sendo a melhor (RYAN, 1999).

Portanto, os pacientes fazem a sua própria escolha acerca do tratamento medicamentoso baseado nas suas crenças e informações recebidas, o que pode incluir aspectos físicos, econômicos, psicológicos e sociais.

Prescrever um medicamento sem levar em consideração a opinião do paciente poderá contribuir para que ele abandone o tratamento prescrito. A prescrição deve ser negociada entre o paciente e o médico. Os benefícios esperados no tratamento do diabetes, por ser uma doença insidiosa e silenciosa, são, na maioria, de longo prazo. Os profissionais de saúde, ao considerarem a opinião dos pacientes na escolha do tratamento medicamentoso para o controle do diabetes, possibilitarão um maior envolvimento e interesse dos pacientes no seu tratamento. Essa relação melhora a confiança do paciente no profissional que o acompanha, o que pode levar a uma melhor adesão ao tratamento medicamentoso instituído.

Quanto à confiança e segurança em relação às informações recebidas, 21,7% dos sujeitos sentem-se seguros, 78,3% confiam no profissional médico que os acompanha, 71,7% sentem-se acolhidos e/ou motivados para o cumprimento da terapêutica medicamentosa prescrita e 58,7% apresentam-se satisfeitos em relação ao tempo dispensado e frequência das consultas médicas.

Constata-se que a confiança no médico, o acolhimento e/ou a motivação e o tempo e a frequência das consultas médicas apresentaram percentuais de frequência altos. Por outro lado, a segurança e a confiança nas informações recebidas acerca da doença e do medicamento apresentaram um percentual baixo. Destaca-se que, além de fornecer as informações ao paciente, é preciso realizá-la de maneira eficiente, ou seja, de modo que o paciente compreenda, tenha confiança e satisfação.

Rubin (2005) refere que a satisfação dos pacientes com o tratamento medicamentoso prescrito, bem como com o médico que o acompanha, faz com que eles retornem com maior frequência às consultas médicas e tenham maior adesão ao tratamento medicamentoso e melhor capacidade de autocuidado. Desse modo, os profissionais de saúde devem reconhecer o impacto de suas atitudes frente aos pacientes diabéticos, a fim de favorecer uma comunicação mais eficiente.

A linguagem, a comunicação, o relacionamento, a confiança, o respeito nas verbalizações e os questionamentos ao paciente, o acolhimento e a motivação para cumprir a

terapêutica medicamentosa são fatores decisivos para adesão do paciente diabético à terapia medicamentosa.

Ao investigar a relação da adesão e comunicação, Ciechanowski, Katon e Russo (2001) mostraram que os pacientes que apresentaram boa comunicação com o médico tiveram maior adesão aos antidiabéticos orais ($p < 0,05$) e às recomendações de automonitoramento ($p < 0,01$).

Outro estudo evidenciou que o tempo de contato do profissional de saúde com o paciente foi o único preceptor significativo para a melhora do controle glicêmico. A cada 23,6 horas de contato do profissional de saúde com o paciente, os níveis de hemoglobina glicosilada reduziram 1%, o que mostra a importância do tempo dispensado ao paciente nas consultas médicas (NORRIS et al., 2002).

No presente estudo, ao investigar se os pacientes diabéticos foram informados sobre as complicações que podem aparecer decorrentes da não adesão ao tratamento medicamentoso, obteve-se que 56,5% afirmaram ter recebido tais informações. Cabe destacar que os pacientes referiram que as informações acerca das complicações contribuíram para a adesão à terapia medicamentosa.

Os profissionais de saúde devem introduzir as informações acerca dos riscos de desenvolver uma complicação do diabetes durante o processo educativo. O paciente precisa conhecer quais são as complicações desencadeadas pelo mau controle glicêmico e como evitá-las.

Conforme apresentado, o relacionamento profissional-paciente é um componente decisivo para a adesão ao tratamento medicamentoso, mas não é suficiente para explicá-la, sendo necessária a análise de outros possíveis fatores, como os relacionados ao esquema terapêutico.

6.3.4 Fatores relacionados ao esquema terapêutico para a adesão ao tratamento medicamentoso

No tocante ao tratamento medicamentoso e à adesão, evidencia-se a influência da necessidade de mudanças na rotina de vida diária imposta pelo tratamento, da presença de efeitos colaterais e da utilização de outros medicamentos para tratamento das co-morbidades. Pela complexidade do regime terapêutico para o controle do diabetes, os pacientes necessitam utilizar esquemas terapêuticos cada vez mais complexos para atingir um bom controle glicêmico.

Em relação à necessidade de mudanças na rotina de vida diária, ao introduzir o tratamento medicamentoso para o diabetes, obteve-se que 80,4% não referiram mudanças e que 19,6% as referiram. Desses 19,6%, 8,7% referiram que as mudanças ocorridas dificultaram o uso do medicamento para o diabetes. Assim, para a população estudada, a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso foi maior (81,1%) nos indivíduos que negaram a necessidade de mudanças, embora não tenha sido estatisticamente significativa.

A necessidade de mudança na rotina de vida diária do paciente diabético relaciona-se ao tipo de medicamento prescrito. A introdução de determinados medicamentos, tal como a insulina, requer que o paciente faça uma adequação de alguns de seus hábitos diários, principalmente os horários das refeições e da atividade física. Em especial a insulina é um medicamento que requer vários cuidados quanto ao manuseio e ao armazenamento. Isso pode constituir, no início do tratamento, um problema para aqueles que exercem atividades laborais fora e longe de casa. Também, devido ao mecanismo de ação dos medicamentos para o controle do diabetes, tanto os horários da atividade física quanto os das refeições precisam ser adequados aos horários de administração da insulina e/ou antidiabético oral.

Nessa direção, as dificuldades enfrentadas pelos pacientes diabéticos em uso de terapia medicamentosa para o controle do diabetes acarretam mudanças na rotina de vida diária, o que pode interferir na adesão do paciente ao tratamento medicamentoso proposto.

No que se refere à presença de efeitos colaterais, 65,2% dos sujeitos referiram efeitos colaterais relacionados ao medicamento para o controle do diabetes. Os sujeitos que referiram efeitos colaterais apresentaram uma prevalência de adesão de 70%; e, para aqueles que não referiram efeitos colaterais, a prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso foi de 93,8%. Pode-se inferir que houve influência da presença de efeitos colaterais sobre a adesão do paciente à terapêutica medicamentosa na população estudada, embora essa associação não tenha sido estatisticamente significativa.

Os efeitos colaterais, muitas vezes, são atribuídos à falta de adesão ao tratamento medicamentoso, entretanto raramente são questionados durante a consulta médica.

Ao analisar os fatores que interferem na adesão ao tratamento medicamentoso em diabéticos tipo 2, Grant et al. (2003) obtiveram que a maioria dos pacientes, 58%, referiu a presença de efeitos colaterais como um dos fatores limitantes à adesão. Desses, apenas 23% relataram ao seu médico a presença desses efeitos. Dos medicamentos que os pacientes referiram como causadores de efeitos colaterais, 83% apresentaram esses efeitos há mais de um mês. Assim, é preciso considerar que os efeitos colaterais podem se cronificar e

permanecer por muito tempo, interferindo na adesão do paciente à terapêutica medicamentosa.

Já no estudo de Chao, Nau e Aikens (2007), que também investigou a presença de efeitos colaterais dos medicamentos em pacientes diabéticos em uso de terapia medicamentosa, mostrou que apenas um terço dos pacientes apresentou efeitos colaterais referentes aos medicamentos para o controle do diabetes e que esses efeitos foram relatados ao médico pela maioria dos pacientes. Ainda, nesse estudo a associação entre a adesão à terapia medicamentosa para o diabetes e a presença de efeitos colaterais foi estatisticamente significativa ($p < 0,01$).

Na prescrição de medicamentos para o controle do diabetes, possíveis efeitos colaterais que podem surgir no início e ao longo do tratamento devem ser descritos ao paciente. A cada retorno à consulta médica, o paciente deve ser questionado quanto à presença de efeitos colaterais e quanto à interferência destes na sua utilização, e ajustes no esquema terapêutico devem ser realizados conforme a necessidade. Essa preocupação dos profissionais de saúde em garantir o bem estar do paciente favorece o seu retorno às consultas, o que contribui para um adequado seguimento (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; RUBIN, 2005).

Assim, o profissional de saúde, ao orientar efetivamente o paciente acerca dos riscos e dos benefícios do tratamento medicamentoso para o controle do diabetes, pode favorecer uma maior adesão ao tratamento medicamentoso e, conseqüentemente, melhorar o controle glicêmico do paciente.

No presente estudo, ao considerar que 58,7% dos sujeitos investigados fazem uso de medicamento para hipertensão arterial, a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso para o diabetes foi de 84,2% nos indivíduos que referiram não fazer uso de anti-hipertensivos e de 74,1% nos que referiram uso. Essa diferença, embora presente na população estudada, não foi estatisticamente significativa.

A maior prevalência da adesão nos indivíduos que não fazem uso de anti-hipertensivos pode estar associada ao número de comprimidos de que o paciente faz uso. Os pacientes que utilizam anti-hipertensivos, na maioria das vezes, utilizam um número maior de comprimidos, pois, além dos medicamentos para o controle do diabetes, ainda usam medicamentos para o controle da hipertensão arterial.

Vários estudos referem que o número de comprimidos que o paciente utiliza exerce influência na adesão ao tratamento medicamentoso (DAILEY, 2001; MELIKIAN et al., 2002; OMS, 2003a).

No estudo de Grant et al. (2003), os pacientes diabéticos investigados utilizavam uma média de 5,8 comprimidos de medicamentos para outras co-morbidades associadas ao diabetes, sendo uma delas a hipertensão arterial. No entanto, encontrou-se uma baixa correlação entre o número total de comprimidos e a adesão ao tratamento medicamentoso, sugerindo-se, assim, que os médicos devem se sentir à vontade para prescrever vários medicamentos para o paciente diabético a fim de atingir um adequado controle metabólico.

Segundo Rubin (2005), os pacientes devem ser questionados quanto à presença de problemas que dificultam a adesão devido à complexidade do tratamento medicamentoso. O médico pode oferecer um tratamento mais simples adaptado às necessidades do paciente a fim de ajudá-lo a compreender melhor o regime terapêutico.

Assim, os fatores relacionados ao paciente, à relação profissional-paciente e o esquema terapêutico, ainda, não são suficientes para explicar os problemas enfrentados pelos pacientes na adesão à terapia medicamentosa para o controle do diabetes. Os fatores relacionados à doença também exercem influência na adesão.

6.3.5 Fatores relacionados à doença para a adesão ao tratamento medicamentoso

Várias barreiras podem interferir na adesão ao tratamento medicamentoso para o controle do diabetes. Em relação à doença, destaca-se a sua cronicidade, ou seja, o tempo de diagnóstico, o controle e o conhecimento que o paciente possui acerca da enfermidade.

Quanto ao controle do diabetes, dos 46 (100%) sujeitos, em 9 (19,6%) não foi possível obter valores referentes ao último exame de hemoglobina glicosilada. Dos 37 (80,4%) que apresentaram os exames, a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso foi de 66,7% para os pacientes com hemoglobina glicosilada superior a 7%, e, para os pacientes com valores abaixo de 7%, a prevalência da adesão foi de 33,3%. Cabe ressaltar que a prevalência da não adesão em indivíduos com hemoglobina maior que 7% foi de 85,7%. A associação entre os valores de hemoglobina glicosilada com a adesão ao tratamento medicamentoso para o controle do diabetes não foi estatisticamente significativa.

No estudo de Schectman, Nadkarni e Voss (2002), houve associação significativa entre as mudanças ocorridas nos valores de hemoglobina glicosilada e a adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso para o controle do diabetes. Para cada 10% de melhora na adesão aos antidiabéticos orais, os valores de hemoglobina glicosilada reduziram em cerca de 0,19% ($p < 0,0001$).

Segundo Cramer (2004), quando os valores de hemoglobina glicosilada estiverem alterados, ao invés de aumentar a dose do medicamento prescrito, adicionar a ele outro medicamento ou até mesmo trocá-lo por outro, os profissionais de saúde devem questionar os pacientes acerca da adesão ao tratamento medicamentoso.

Em contrapartida, no estudo de Wooldridge et al. (1992) com 189 pacientes diabéticos, sendo a maioria do tipo 2, não houve associação entre os valores de hemoglobina glicosilada e a adesão à terapia medicamentosa, em concordância com os estudos de Glasgow, Maccaul e Schafer (1987); Kravitz et al. (1993) e Grant et al. (2003).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2007) preconiza a importância de uma intervenção medicamentosa mais precoce e agressiva no tratamento do diabetes a fim de se obter o controle glicêmico. Essa recomendação fundamenta-se, uma vez que, nos Estados Unidos, a porcentagem de pacientes diabéticos tipo 2 que apresentam níveis de hemoglobina abaixo de 7% diminuiu em 20% na última década. Ainda, enfatiza que o panorama brasileiro é bastante similar e que uma das causas prováveis é a falta de adesão do paciente ao tratamento medicamentoso prescrito.

Outro aspecto importante que interfere na adesão à terapia medicamentosa relacionado à doença é o tempo de diagnóstico. No presente estudo, a prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso para o controle do diabetes nos pacientes com até cinco anos de diagnóstico foi de 80% e, para aqueles com tempo superior a cinco anos, foi de 77,4%. Embora a associação entre a prevalência da adesão e o tempo de doença tenha se mostrado forte, essa diferença não foi estatisticamente significativa.

Esses dados estão de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003a), que afirma uma relação negativa entre o tempo de diabetes e a adesão dos pacientes diabéticos à terapia medicamentosa. Pacientes que possuem mais tempo de diagnóstico de diabetes tendem a apresentar menores taxas de adesão ao tratamento.

A presença de menores taxas de adesão à terapêutica medicamentosa para o controle do diabetes, com o passar dos anos, é preocupante, uma vez que o diabetes é uma doença progressiva e silenciosa, e as chances de complicações crônicas decorrentes do mau controle glicêmico tendem a aumentar também com o tempo de doença.

No estudo de Brown et al. (1999), ao realizar dez anos de seguimento de pacientes diabéticos tipo 2 em uso de terapia medicamentosa para o diabetes, encontrou-se uma taxa de mortalidade de 36,3% entre os pacientes após uma década. Ainda, verificou-se que quase 60% dos indivíduos abandonaram o tratamento medicamentoso pelo menos uma vez no período do estudo e que de 5 a 10% dos pacientes evitavam o contato com os serviços de saúde.

É esperado que os pacientes com mais tempo de diabetes tenham um maior conhecimento acerca da doença, compreendam melhor o esquema terapêutico e, conseqüentemente, apresentem maior adesão ao tratamento medicamentoso.

Assim, necessário se faz buscar estratégias para a educação dos pacientes diabéticos quanto aos riscos da não adesão ao tratamento medicamentoso em longo prazo, uma vez que o diabetes, além de aumentar a cada ano, tem aparecido em indivíduos cada vez mais jovens, que terão muitos anos para conviver com a doença.

Em relação ao conhecimento que o paciente tem acerca do controle do diabetes, os dados mostraram que a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso foi de 87% para aqueles que referiram mau controle glicêmico. Para aqueles que referiram bom controle glicêmico, a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso foi de 68,2%. Embora não tenha sido estatisticamente significativa, essa diferença é importante, pois mostra que os pacientes que se julgam em bom controle metabólico preocupam-se menos com o controle da doença e apresentam menores taxas de adesão.

No que se refere ao conhecimento que o paciente tem acerca do medicamento de que faz uso para o controle do diabetes, a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso nos sujeitos que apresentaram conhecimento acerca da terapia medicamentosa instituída foi de 72,7%, e, para aqueles que apresentaram lacunas no conhecimento, a prevalência da adesão foi de 80,8%, não havendo associação estatisticamente significativa.

O conhecimento do paciente em relação à doença e ao medicamento de que faz uso, assim como a dose, o horário, o número de comprimidos e o número de vezes ao dia, apresentam correlação direta com a compreensão da importância e da necessidade do tratamento. Dessa forma, a compreensão desses fatores pode levar a uma maior adesão ao tratamento medicamentoso.

Dos 46 (100%) sujeitos, 39,1% deles referiram corretamente a dose dos medicamentos, 30,4% de forma parcialmente correta e 26,1% de forma incorreta. Em relação ao horário da ingestão do medicamento, 47,8% referiram tomar os medicamentos em horários corretos, 28,3% em horários parcialmente corretos e 19,6% em horário incorreto.

No que se refere ao número de comprimidos utilizados, 45,7% referiram corretamente, 10,9% parcialmente correto e 17,4% incorretamente. Quanto ao número de vezes em que tomam os medicamentos, 54,3% responderam corretamente, 23,9% de forma parcialmente correta e apenas 4,3% incorretamente.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2002), apesar de todas as recomendações e protocolos estabelecidos, os pacientes, por receberem pouca orientação acerca dos antidiabéticos orais, utilizam-nos de maneira inadequada, com prejuízo ao controle glicêmico.

Miller (1997), ao estudar os cinco fatores mais comuns relacionados à não adesão aos medicamentos, encontrou que a utilização da dose errada e do medicamento no horário errado foram os mais prevalentes.

O estudo realizado por Gimenes et al. (2006) mostrou que mais de um terço dos pacientes não souberam referir o nome do medicamento utilizado para o controle do diabetes, que 51,6% dos pacientes tomavam antidiabéticos orais em horário incorreto e que 71% responderam de forma insatisfatória quanto a finalidade e propósito dos medicamentos utilizados. Esses resultados mostram uma falta de conhecimento em relação aos medicamentos utilizados para o diabetes e uma falta de compreensão a respeito da finalidade destes.

A falta de conhecimento acerca da terapia medicamentosa tem apresentado um grande impacto sobre a saúde e a qualidade de vida dos pacientes, especialmente daqueles com uma condição crônica de saúde ou mais. O número de internações hospitalares e mortes prematuras tem aumentado e está associado à falta de conhecimento (WILLIAMS, 1991).

A revisão sistemática realizada por Norris et al. (2002) acerca da temática educação em diabetes e seu impacto para a saúde dos pacientes evidenciou que de 50 a 80% dos indivíduos apresentavam déficits no conhecimento e que, em média, a educação reduziu os níveis de hemoglobina glicosilada em 0,76% nos pacientes com três meses de seguimento.

A informação clara e precisa em relação aos medicamentos para o controle do diabetes aos pacientes, fornecida pelos profissionais de saúde, pode motivá-los ao autocuidado e à adesão à terapia medicamentosa. Uma abordagem compartilhada entre paciente e profissional de saúde poderia suprir as lacunas de conhecimento dos pacientes diabéticos.

O tratamento do diabetes compreende um conjunto de ações interligadas cujo objetivo final é obter um bom controle glicêmico. E, para alcançar esse objetivo, é de vital importância que os programas de educação em diabetes enfatizem a importância da utilização dos medicamentos para o controle do diabetes de forma adequada, a fim de minimizar erros na administração desses medicamentos, obtendo-se, assim, seus benefícios esperados.

Tendo em vista os fatores aqui discutidos, esforços devem ser direcionados para a adesão do paciente diabético ao tratamento medicamentoso e conseqüente controle da doença. A educação em saúde é um processo que visa ao desenvolvimento do paciente a fim de estimular mudanças de hábitos e transformações no modo de viver. Porém, isso não é uma

tarefa fácil diante de vários fatores que podem influenciar o comportamento e determinar as mudanças necessárias para o controle adequado da doença.

Nessa direção, visualiza-se o enfermeiro como um profissional capacitado dentro da equipe multiprofissional, que pode desenvolver atividades que permitam conhecer as necessidades reais dos pacientes no enfrentamento da doença e torná-lo participante do seu cuidado. A participação efetiva do paciente nas atividades educativas deve visar a sua motivação para modificar o estilo de vida, aumentar a sua auto-estima, proporcionar o automanejo do diabetes, melhorar aceitação da doença no contexto familiar e social, a fim de atingir a tão almejada adesão ao tratamento medicamentoso para o controle do diabetes.

CONCLUSÕES

7. CONCLUSÕES

A seguir, serão apresentadas as conclusões desta investigação, de acordo com a sequência dos objetivos propostos.

7.1 Caracterização dos pacientes diabéticos cadastrados no Grupo de Educação em Diabetes do Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista, segundo as variáveis sócio-demográficas e clínicas

No presente estudo, dos 46 (100%) pacientes diabéticos investigados, a idade variou de 31 a 80 anos, com mediana de 57 anos; houve predomínio do sexo feminino (69,6%); a maioria era casada (78,3%); as ocupações mais frequentes foram aposentados e do lar (26,1% e 41,3%, respectivamente). Houve uma variação de 2 a 26 anos de estudos, com mediana de 8 anos e a renda familiar variou de 1 a 18 salários mínimos, com mediana de 4,5. A maioria (52,2%) realiza seguimento do diabetes em Unidades Básicas de Saúde, possui diabetes do tipo 2 (82,6%), e a mediana do tempo de diagnóstico foi de 12,5 anos. Ao analisar os valores de hemoglobina glicosilada, obtiveram-se valores de 4,7 e 14%, com mediana de 8,5%. As co-morbidades e complicações crônicas mais frequentes foram a hipertensão arterial (56,5%), a dislipidemia (43,5%), a obesidade (41,3%), a retinopatia (17,4%) e a neuropatia (8,7%). Constatou-se, ainda, que 73,9% utilizavam medicamentos para outras doenças, além do diabetes, e que 28,3% dos pacientes já foram internados de uma a cinco vezes, com mediana de duas internações, sendo o motivo mais referido os episódios de hiperglicemia.

7.2. A terapêutica medicamentosa utilizada pelo paciente diabético cadastrado no referido Centro

Em relação ao tratamento medicamentoso para o controle do diabetes, obteve-se que 89,1% dos pacientes investigados utilizavam antidiabéticos orais, sendo que a maioria (26,1%) utilizava os antidiabéticos orais da classe terapêutica das Biguanidas, e também Biguanidas associada à Sulfoniluréia, e que 41,3% deles fazem uso de insulina. Constatou-se, ainda, que 30,4% recebiam terapia combinada com antidiabéticos orais e insulina.

No que se refere à utilização de outros medicamentos pelos pacientes diabéticos do estudo em decorrência de outras doenças associadas ao diabetes, 58,7% fazem uso de anti-

hipertensivos; 32,6%, de hipolipemiantes; 34,8%, de antiplaquetário; e 58,7%, de outros medicamentos não citados.

7.3 A adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa para o controle do diabetes no referido Centro

No tocante à adesão do paciente diabético ao tratamento medicamentoso para o diabetes, obteve-se que, dos 46 (100%) sujeitos investigados, 78,3% apresentaram adesão ao tratamento e 21,7% não.

7.4 Facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos pacientes diabéticos para a adesão à terapêutica medicamentosa para o controle do diabetes

7.4.1 Fatores relacionados à acessibilidade aos medicamentos para o controle do diabetes

Em relação a facilidades e/ou dificuldades para a obtenção dos medicamentos, a maioria (82,6%) referiu não ter dificuldade para a sua aquisição e 23,9% referiam dificuldades financeiras. Quanto ao local de obtenção dos medicamentos, 50% obtêm seus antidiabéticos orais e/ou insulina na farmácia da rede pública, e 30,44% obtêm na farmácia da rede pública, juntamente com recursos próprios. Apenas 15,22% obtêm somente por recursos próprios.

7.4.2 Fatores relacionados ao paciente para a adesão ao tratamento medicamentoso

Ao investigar a adesão ao tratamento medicamentoso em relação às variáveis sócio-demográficas como sexo, idade, anos de estudo e renda familiar, obteve-se uma prevalência de adesão maior entre os homens (85,7%), os idosos (82,4%), os sujeitos com mais de 12 anos de estudo (88,9%) e aqueles com renda familiar superior a cinco salários mínimos (90%).

No que se refere à aceitabilidade do paciente ao medicamento, 50%, referiu como aceitável tomar medicamento todos os dias; quanto ao número de medicamentos prescritos e número de vezes utilizados ao dia, 34,8% e 23,9% referiram indiferente e péssimo, respectivamente.

Quanto ao apoio social - família e/ou amigos - para o cumprimento da terapia medicamentosa para o controle do diabetes, 65,2% dos sujeitos referiram sentir-se apoiados, e

84,8% deles referiram que não necessitam de ajuda para tomar os medicamentos para o diabetes.

7.4.3 Fatores relacionados à relação profissional-paciente para a adesão ao tratamento medicamentoso

Em relação às informações recebidas, 56,5% dos sujeitos receberam informações acerca do diabetes, apenas 32,6% informações específicas sobre os medicamentos para o diabetes e 56,5% receberam informações quanto às complicações advindas da não adesão ao tratamento medicamentoso. As informações recebidas foram fornecidas, em sua maioria, pelo profissional médico.

Constatou-se maior prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso para os pacientes que referiram ter recebido informações acerca da doença e informações específicas em relação ao medicamento prescrito (84,6% e 86,7%, respectivamente).

Em relação à participação do sujeito na escolha do tratamento medicamentoso, a prevalência da adesão foi equivalente para ambos os casos, os em que o médico considerou a opinião do paciente e os em que o paciente não teve participação na escolha do tratamento.

Em relação à confiança e segurança em relação às informações recebidas, 21,7% dos sujeitos sentem-se seguros, 78,3% confiam no profissional médico que os acompanha, 71,7% sentem-se acolhidos e/ou motivados para o cumprimento da terapêutica medicamentosa prescrita e 58,7% apresentam-se satisfeitos em relação a tempo dispensado e frequência das consultas médicas.

7.4.4 Fatores relacionados ao esquema terapêutico para a adesão ao tratamento medicamentoso

Dos 46 (100%) sujeitos investigados, 80,4% não referiram mudanças na rotina de vida diária, e 19,6% as referiram, sendo que, destes, 8,7% responderam que as mudanças ocorridas dificultaram o uso do medicamento para o diabetes. Assim, a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso foi maior (81,1%) nos indivíduos que não referiram mudanças. 65,2% dos sujeitos referiram efeitos colaterais relacionados ao medicamento para o controle do diabetes, sendo a prevalência da adesão nesses sujeitos de 70%. Já os indivíduos que não referiram efeitos colaterais apresentaram uma prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso de 93,8%. Ao analisar a adesão nos sujeitos que utilizam medicamento para hipertensão arterial, obteve-se uma prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso para

o diabetes de 84,2% nos indivíduos que referiram não fazer uso de anti-hipertensivos e de 74,1% nos que referiram uso.

7.4.5 Fatores relacionados à doença para a adesão ao tratamento medicamentoso

Quanto ao controle do diabetes, entre os 80,4% que apresentaram os resultados de exames de hemoglobina glicosilada, a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso foi de 66,7% para os pacientes com valores superiores a 7% e de 33,3% para aqueles com valores inferiores a 7%. Cabe ressaltar que a prevalência da não adesão em indivíduos com hemoglobina glicosilada maior que 7% foi de 85,7%.

Em relação ao tempo de diabetes, a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso nos pacientes com até cinco anos de diagnóstico foi de 80%, e, para aqueles com tempo superior a cinco anos, foi de 77,4%.

No que se refere ao conhecimento que o paciente tem acerca do controle do diabetes, a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso foi de 87% para aqueles que referiram mau controle glicêmico e de 68,2% para aqueles que referiram bom controle.

No tocante ao conhecimento, a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso nos sujeitos que apresentaram conhecimento acerca da terapia medicamentosa instituída foi de 72,7%, e, para aqueles que apresentaram lacunas no conhecimento, a prevalência da adesão foi de 80,8%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, o número de pessoas com uma condição crônica de saúde ou mais tem se constituído um desafio para os serviços de saúde, para os profissionais de saúde e para a sociedade. Em particular, o diabetes requer do paciente, da família e dos profissionais de saúde esforços para que o paciente atinja um bom controle glicêmico e metabólico, a fim de minimizar complicações a curto e longo prazo.

O diabetes, pela sua alta prevalência e associação a co-morbidades, requer intervenção imperiosa, o que pode ser obtido por meio da adoção de estilos de vida saudáveis e de um tratamento medicamentoso. Porém, apesar da comprovada efetividade do tratamento, a manutenção do controle glicêmico dentro dos níveis desejáveis ainda é insatisfatória. Tal situação é resultado, em grande parte, da falta de adesão ao tratamento medicamentoso. Esse fato é preocupante, uma vez que não está associado apenas aos agravos aos pacientes, mas também um acréscimo significativo dos custos diretos e indiretos para o sistema de saúde e para a sociedade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003a), desde a década de setenta a magnitude e as conseqüências da adesão ao tratamento medicamentoso têm sido estudadas e documentadas em termos de impacto para os sistemas de saúde e para a saúde da população.

A adesão ao tratamento medicamento para o controle do diabetes pode ser caracterizada pelo grau de coincidência entre a prescrição médica e o comportamento do paciente e é fundamental para o sucesso da terapia medicamentosa instituída.

A relevância da questão da adesão ao tratamento medicamentoso é indiscutível, pois dela dependem o sucesso da terapia proposta, a cura de uma enfermidade e o controle de uma condição crônica, como o diabetes (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Vários são os fatores que podem influenciar o paciente à adesão à terapia medicamentosa, os quais vão além do simples seguimento à prescrição e englobam aspectos referentes aos serviços de saúde, como o acesso ao medicamento, fatores relacionados ao paciente, relação profissional-paciente, esquema terapêutico e doença propriamente dita.

Ao garantir o acesso ao medicamento, que é considerado o primeiro entrave para a adesão ao tratamento medicamentoso, deve-se dar atenção aos fatores relacionados ao paciente, como as variáveis sócio-demográficas, o significado do medicamento para o paciente e o apoio social, principalmente o familiar.

Quanto aos fatores relacionados à relação profissional-paciente, deve-se dar atenção à comunicação, ao acolhimento, à motivação no cumprimento da terapêutica medicamentosa, à

participação do paciente na escolha do tratamento, às informações e ao esclarecimento de dúvidas quanto à doença e aos medicamentos, e ao tempo dispensado às consultas médicas.

Em relação aos esquemas terapêuticos, deve-se estar atento para a adoção daqueles com efeitos adversos reduzidos, menor custo, maior comodidade posológica e prescrições e informações por escrito e de fácil entendimento, sempre levando em consideração o estilo de vida do paciente.

É preciso repensar o papel dos profissionais de saúde diante da falta de adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa, uma vez que prescrevem terapias complexas, apresentam lacunas quanto aos esclarecimentos dos benefícios esperados e dos possíveis efeitos colaterais dos medicamentos, têm falhas na comunicação e no acolhimento e dão pouca importância ao estilo de vida do paciente, ao custo do medicamento e à sua participação na escolha do tratamento.

No que se refere aos fatores relacionados à doença, a compreensão do medicamento prescrito é fundamental para a adesão do paciente à terapia medicamentosa. Essa compreensão engloba o conhecimento acerca da dose, do horário de utilização do medicamento, do número de vezes que ele tem que ser utilizado e o número de comprimidos ao dia. Outros aspectos relevantes são o tempo de diabetes, o conhecimento que o paciente tem acerca do controle de sua doença e a questão do controle glicêmico.

O controle glicêmico rigoroso é de suma importância, uma vez que é capaz de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do diabetes, o que resulta em melhor qualidade de vida ao indivíduo diabético. Esse controle glicêmico pode ser obtido com a adequada adesão do paciente à terapia medicamentosa.

A participação de vários profissionais da área da saúde, com abordagem multiprofissional e multidisciplinar ao paciente diabético, pode facilitar a adesão à terapêutica medicamentosa para o controle do diabetes e, conseqüentemente, aumentar o controle glicêmico.

A equipe multidisciplinar deve prover condições para o estabelecimento de vínculo com o paciente por meio de atividades individuais ou grupais e para a flexibilidade na adoção de estratégias, levando em consideração crenças e cultura do paciente.

O enfermeiro, em particular, exerce um importante papel nos aspectos que tangem à adesão ao tratamento medicamentoso, principalmente pelo contato direto que possui com o paciente. O enfermeiro, por sua presença em todo serviço de saúde e por sua proximidade com o paciente, torna-se peça chave no processo de educação do paciente diabético e,

conseqüentemente, um facilitador para a adesão à terapêutica medicamentosa (RYAN, 1998; OMS, 2003a).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), um programa de educação em diabetes deve passar inicialmente pela organização do serviço de atendimento, em que a capacitação dos profissionais deve ser o primeiro objetivo. O educador deve estabelecer as principais necessidades do indivíduo antes de iniciar o processo de educação. Esse processo de educação deve ter como objetivo aumentar o conhecimento do paciente, desenvolver atitudes que levam a mudanças de comportamento, promover a melhora clínica e metabólica e melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida, a fim de reduzir ou prevenir complicações crônicas.

Entretanto, realizar educação em diabetes não é uma tarefa fácil, uma vez que deve ser vista sob vários aspectos ao se levar em consideração o ponto de vista do paciente, da família e da equipe de saúde. Esse conjunto de pessoas possui diferentes crenças, valores e mitos que representam a própria visão de mundo de cada um, o que torna complexa a ação de ensinar. Promover mudanças de comportamento diante das práticas de saúde é uma tarefa árdua, mas que deve ser contínua.

Assim, a falta de adesão ao tratamento instituído deve sempre ser considerada quando o paciente não responde ao tratamento. Os profissionais de saúde devem questionar os pacientes quanto à adesão destes à terapia medicamentosa e às possíveis dificuldades enfrentadas por eles para a adesão.

A opinião de que os pacientes são unicamente responsáveis por seguir seu tratamento é enganadora e reflete o equívoco mais comum de como outros fatores afetam o comportamento e a capacidade da pessoa seguir ou não seu tratamento medicamentoso.

O desafio da adesão ao tratamento medicamentoso exige a participação e o comprometimento de todos. Os pacientes devem ser os maiores interessados em sua própria saúde e na participação ativa em seu tratamento; os profissionais de saúde estão diretamente ligados ao paciente e são responsáveis pela instituição de medidas terapêuticas; os serviços de saúde devem estar estruturados a fim de permitir o atendimento adequado.

Ao considerar que são vários os fatores que se relacionam à adesão à terapia medicamentosa para o controle do diabetes, devido à complexidade que envolve o fenômeno da adesão, todos os fatores devem ser levados em consideração, em igual proporção, pelos profissionais de saúde.

Os métodos que podem ser utilizados para melhorar a adesão são: garantia de acesso ao medicamento, educação envolvendo pacientes e seus familiares, melhor comunicação entre

paciente-profissional de saúde, simplificação do esquema terapêutico e co-participação na escolha do tratamento.

No presente estudo, todos os fatores analisados que interferem na adesão ao tratamento medicamentoso para o controle do diabetes apresentaram diferentes resultados quanto à prevalência da adesão. Na realização dos testes estatísticos, para a maioria dos fatores analisados obteve-se uma fraca associação com a adesão, e as diferenças na prevalência da adesão não foram estatisticamente significativas.

Tal fato pode ser explicado pela presença de uma amostra reduzida e de conveniência, cujos pacientes procuraram um serviço de saúde com o intuito de aperfeiçoar seus conhecimentos em diabetes. Isso reforça a questão de se considerar uma amostra diferenciada, pois, supostamente, procuraram um grupo de educação em diabetes para compreender melhor a doença e o tratamento medicamentoso, para, assim, apresentar uma melhor adesão ao tratamento proposto.

Ao considerar que a prevalência de adesão obtida no presente estudo está abaixo de 80%, o que é recomendado na literatura, são necessários novos estudos com o mesmo propósito em uma população maior.

A atuação conjunta de todos os membros da equipe de saúde, realizando trabalho em equipe com o objetivo de assistir o paciente diabético, é o grande passo para conquistas futuras no que se refere à adesão ao tratamento medicamentoso.

RECOMENDAÇÕES

9. RECOMENDAÇÕES

- 1 - Reconhecer a importância da mensuração da adesão dos pacientes diabéticos em tratamento medicamentoso para o controle do diabetes pelos profissionais de saúde, na vigência de um mau controle glicêmico e de uma suposta falência no esquema terapêutico instituído;
- 2 - Implementar protocolos de atendimento ao paciente diabético com vistas a padronizar as orientações quanto à utilização dos medicamentos para o diabetes e suas co-morbidades;
- 3 - Reconhecer a importância e a necessidade de um trabalho em equipe por várias categorias profissionais no cuidado ao paciente com diabetes, a fim de intensificar estratégias que melhoram a adesão ao tratamento medicamentoso para o diabetes;
- 4 - Promover capacitação da equipe de saúde para a orientação específica do tratamento medicamentoso para o controle do diabetes quanto aos fatores que influenciam a adesão, tais como os relacionados ao paciente, à relação profissional-paciente, ao esquema terapêutico e à doença propriamente dita, e dos diferentes métodos de mensuração da adesão do paciente à terapêutica medicamentosa;
- 5 – Reconhecer a educação em diabetes como uma estratégia para melhorar a adesão do paciente à terapia medicamentosa, assegurando o acesso ao medicamento, o envolvimento de pacientes e de seus familiares no cuidado, a melhora na comunicação verbal e não verbal entre paciente e profissional, a simplificação do esquema terapêutico, quando necessária, e a co-participação na escolha do tratamento.
- 6 – Fortalecer o espaço do enfermeiro na equipe multiprofissional de saúde no atendimento ao paciente diabético;
- 7 - Desenvolver novas pesquisas acerca da adesão ao tratamento medicamentoso para o controle do diabetes, bem como das facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelo paciente diabético na utilização dos medicamentos prescritos para o diabetes.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.F.; BARATA, R.B.; MONTERO, C.V.; SILVA, Z.P. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização dos serviços de saúde, PNAD/1998. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 743-56, 2002.

AMERICAN ASSOCIATION OF DIABETES EDUCATOR. White paper on the prevention of type 2 diabetes and the role of the diabetes educator. **Diabetes Educator**, v. 28, n. 6, p. 964-71, nov./dec. 2002.

AMERICAM DIABETES ASSOCIATION. The expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v.20, n. 7, p.1183-97, jul. 1997.

ANDERSON, R.J.; KIRK, L.M. Methods of improving patient compliance in chronic disease states. **Archive of Internal Medicine**, v. 142, n. 3, p. 1673-5, sept. 1982.

BARBOSA, R.B.; BARCELO, A.; MACHADO, C.A. Campanha nacional de detecção de casos suspeitos de diabetes mellitus no Brasil: relatório preliminar. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 10, n. 5, nov. 2002.

BECKER, M.H. Patient adherence to prescribed therapies. **Medical Care**, v. 23, n. 5, p. 539-55, may 1985.

BOND, W.S.; HUSSAR, D.A. Detection methods and strategies for improving medication compliance. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v. 48, n. 9, p. 1978-88, sept. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica**: diabetes mellitus. Brasília, 2006a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 16).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos: Brasil 2005 (IDB-2005)**. Indicadores socioeconômicos. Brasília 2006b. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 18 de novembro de 2007.

BRAWLEY, L. R.; CULOS-REED, N. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. **Controlled Clinical Trials**, v. 21, n. 5, supl. 1, p. S156-S63, oct. 2000.

BROWN, J.B.; NICHOLS, G.A.; GLAUBER, H.S.; PHARM, A.B. Ten-year follow-up of antidiabetic drug use, nonadherence, and mortality in a defined population with type 2 diabetes mellitus. **Clinical Therapeutics**, v. 21, n. 6, p. 1045-57, jun. 1999.

BROWNE, D.L.; AVERY, L.; TURNER, B.C.; KERR, D.; CAVAN, D.A. What do patients with diabetes know about their tablets? **Diabetic Medicine**, v. 17, n. 7, p. 528-31, jul. 2000.

CARVALHO, L.V.B. **Características de pacientes após síndromes coronarianas agudas e fatores de relacionados à terapêutica medicamentosa**, 2006. 117f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CHAO, J.; NAU, D.P.; AIKENS, J.E. Patient-reported perceptions of side effects of antihyperglycemic medication and adherence to medication regimens in persons with diabetes mellitus. **Clinical Therapeutics**, v. 29, n. 1, p. 177-80, jan. 2007.

CIECHANOWISKI, P.S.; KATON, W.J.; RUSSO, J.E.; WALKER, E.A. The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. **American Journal of Psychiatry**, v.158, n. 1, p. 29-35, jan. 2001.

CONRAD, P. The meaning of medications: another look of compliance. **Social Science and Medicine**, v. 20, n. 1, p. 29-37, 1985.

CRAMER, J.A. A systematic review of adherence with medication for diabetes. **Diabetes Care**, v. 27, n. 5, p. 1218-24, may 2004.

DAILEY, G.; KIM, M.S.; LIAN, J.F. Patient compliance and persistence with antihyperglycemic drug regimens: evaluation of a Medicaid patient population with type 2 diabetes mellitus. **Clinical Therapeutics**, v. 23, n. 8, p. 1311-20, aug. 2001.

DAMASCENO, L.A.N. **Diretrizes para a atuação do fisioterapeuta na prevenção do pé diabético**. 2005. 127f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

DAVIDSON, M.B. **Diabetes mellitus. Diagnóstico e tratamento**. Trad. Raymundo Martagão Gesteira. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

DELGADO, A.B.; LIMA, M.L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 2, n. 2, p. 81-100, 2001.

DENVER, D.E.A. A epidemiologia na administração dos serviços de saúde. 1988. In: GUIMARÃES, F.P.M.; TAKAYANAGUI, A.M.M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. **Revista de Nutrição**, v. 15, n. 1, jan. 2002.

DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP - DCCT. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long – term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. **New England Journal of Medicine**, v. 329, n. 14, p. 977-86, sep. 1993.

DIRCKS, J.F.; KINSMAN, R.A. Nondichotomous patterns of medication usage: the yes-no fallacy. **Clinical Pharmacology and Therapeutics**, v. 31, n. 4, p. 413-7, apr. 1982.

DONNAN, P.T.; MACDONALD, T.M.; MORRIS, A.D. Adherence to prescribed oral hypoglycemic medication in a population of patients with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. **Diabetic Medicine**, v. 19, n. 4, p. 279-84, apr. 2002.

ENGELGAU, M.E.; NAYARAN, K.M.; HERMAN, W.H. Screening for type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 23, n. 10, p. 1563-80, oct. 2000.

ERAKER, S.A.; KIRSCHT, J.P.; BECKER, M.H. Understanding and improving patient compliance. **Annals of Internal Medicine**, v. 100, n. 2, p. 258-68, feb. 1984.

FOSS, M.C.; PACOLLA, G.M.F.; SOUZA, N.V.; YAZIGI, N. Estudo analítico de uma amostra populacional de diabéticos tipo 2 da região de Ribeirão Preto (SP). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 35, n. 5, p. 179-83, out./dez. 1989.

FRAIGE FILHO, F. O tratamento do diabetes mellitus do tipo 2. **Diabetes Clínica**, v. 5, n. 3, p. 187-193, maio/jun. 2001.

GARAY-SEVILLA, M.E.; NAVA, L.E.; MALACARA, J.M.; HUERTA, R.; LEÓN, J.D.; MENA, A.; FAJARDO, M.E. Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. **Journal of Diabetes and Its Complication**, v. 9, n. 2, p.81-6, 1995.

GICK, F.S.; FARIAS, M.R. Desenvolvimento de um serviço de atenção farmacêutica a hipertensos. **Revista Eletrônica de Extensão**, n. 2, 2005.

GIMENES, H.T.; ZANETTI, M.L.; OTERO, L.M.; TEIXERA, C.R.S. O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 5, n. 3, p. 317-25, 2006.

GLASGOW, R.E.; MACCAUL, K.D.; SCHAFER, L.C. Self-care behaviors and glycemic control in type 1 diabetes. **Journal of Chronic Disease**, v. 40, n. 5, p. 399-412, 1987.

GLOBALNEWS INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. A diabetes mata sem distinção. **Diabetes Clínica**, v. 10, n. 2, p. 80-2, mar./abr. 2006.

GORDIS, L. Conceptual and methodological problems in measuring patient compliance. In: HAYNES, R.B.; TAYLOR, D.W.; SACKETT, D.L. **Compliance in health care**. Baltimore: John Hopkins University, 1979. p. 23-45.

GRANT, R.W.; DEVITA, N.G.; SINGER, D.E.; MEIGS, J.B. Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 26, n. 5, p. 1408-12, may 2003.

GROSSI, S.A.A. Consulta de enfermagem à pessoa com diabetes mellitus. **Diabetes Clínica**, v. 1, p. 36-9, 1999.

GROSSI, S.A.A.; SECOLI, S.R. Terapia farmacológica oral em pacientes com diabetes mellitus do tipo 2: fundamentos para a enfermagem. **Diabetes Clínica**, v. 7, n. 3, p. 189-94, maio/jun. 2003.

GUEDES, A.C. **A associação entre o perfil clínico e psicossocial de pessoas com diabetes mellitus usuárias de uma unidade de saúde da família de Sorocaba - SP**. 2007. 103 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

GUIMARÃES, F.P.M.; TAKAYANAGUI, A.M.M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. **Revista de Nutrição**, v. 15, n. 1, jan. 2002.

HAYNES, R.B. Introduction. In: HAYNES, RB; TAYLOR, DW; SACKETT, DL. **Compliance in health care**. Baltimore: The John Hopkins University, 1979, p.1-7.

HEISLER, M.; LANGA, K.M.; EBY, E.L.; FENDRICK, M.; KABETO, M.U.; PIETTE, J.D. The health effects of restricting prescription medication use because of cost. **Medical Care**, v. 42, n. 7, p. 626-34, july 2004.

HORNE, R.; WEINMAN, J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 47, n. 6, p. 555-67, dec. 1999.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Trad. de Michel Schmidt Duncan e Ana Rita Peres. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2003.

IDE, C.A.C.; CHAVES, E.C. A intervenção de enfermeiro na assistência ao diabético. **Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 26, n. 2, p.187-204, ago. 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de orçamentos familiares. Brasília 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2006/default.shtm>. Acesso em: 18 de novembro de 2007.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Complicações do diabetes e educação. **Diabetes Clínica**, v. 6, n. 3, p. 217-20, maio/jun. 2002.

JIANG, H.J.; STRYER, D.; FRIEDMAN, B.; ANDREWS, R. Multiple hospitalizations for patients with diabetes. **Diabetes Care**, v. 26, n. 5, p. 1421-6, may 2003.

KINDER, L.S.; KAMARCK, T.W.; BAUM, A.; ORCHARD, T.J. Depressive symptomatology and coronary heart disease in type 1 diabetes mellitus: a study of possible mechanism. **Health Psychology**, v. 21, n. 6, p. 542-52, nov. 2002.

KING, H.; AUBERT, R.E.; HERMAN, W.H. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. **Diabetes Care**, v. 21, n. 9, p.1414-31, sept. 1998.

KRAVITZ, R.L.; HAYS, R.D.; SHERBOURNE, C.D.; DIMATTEO, M.R.; ROGERS, W.H.; ORDWAY, L.; GREENFIELD, S. Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. **Archive of Internal Medicine**, v. 153, n. 16, p.1869-78, aug. 1993.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-82, 2003;

LERÁRIO, A.C. Nova classificação e critérios para o diagnóstico do diabetes. **Diabetes & Metabolism**, v. 1, n. 2, p. 65-7, ago. 1997.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação crítica e utilização**. Trad. de Ivone Evangelista Cabral. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. Cap. 8, p. 110-21.

McCOLLUM, M.; HANSEN, L.B.; LU, L.; SULLIVAN, P.W. Gender differences in diabetes mellitus and effects on self-care activity. **Gender Medicine**, v. 2, n.4, dec. 2005.

McDONNEL, P.J.; JACOBS, M.R. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. **The Annals of Pharmacotherapy**, v. 36, n. 9, p. 1331-6, sep. 2002.

MALERBI, D.A. **Estudo da prevalência do diabetes mellitus no Brasil**. São Paulo, 1991. 154f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

MALERBI, D.A.; FRANCO, L.J. Multicenter Study of the Prevalence of Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Tolerance in the Urban Brazilian Population Aged 30-69 yr. **Diabetes Care**, v. 15, n. 11, p. 1509-16, nov. 1992.

MALMBERG, K. Prospective randomised study of intensive insulin treatment on long term survival after acute myocardial infarction in patients with diabetes mellitus. **British Medical Journal**, v. 314, n. 7093, p. 1512-5, may 1997.

MELIKIAN, C.; WHITE, T.J.; VANDERPLAS, A.; DEZII, C.M.; CHANG, E. Adherence to oral antidiabetic therapy in a managed care organization: a comparison os monotherapy, combination therapy, and fixed-dose combination therapy. **Clinical Therapeutics**, v. 24, n. 3, p. 460-7, mar. 2002.

MENDES, E. V. **A mudança de modelo de atenção à saúde no SUS – Investindo na prevenção**. In: FÓRUM DE DEBATES DO PROJETO BRASIL – POLÍTICA DE SAÚDE, 28, 2006. São Paulo, 06 de abril de 2006.

MILLER, N.H. Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases. **The American Journal of Medicine**, v. 102, n. 2A, p. 43-9, feb. 1997.

MORISKY, D.E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**, v. 24, n. 1, p. 67-74, jan. 1986.

MORRIS, L. S.; SCHULZ, R. M. Medication compliance: the patient's perspective. **Clinical Therapeutics**, v. 15, p. 593-606, 1993.

NATHAN, D.M.; BUSE, J.B.; DAVIDSON, M.B.; HEINE, R.J.; HOLMAN, R.R.; SHERWIN, R.; ZINMAN, B. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. **Diabetes Care**, v. 29, n. 8, p. 1963-72, aug. 2006.

NOBRE, F.; PIERIN, A.M.G.; MION JR, D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

NORRIS, S.L.; LAU, J.; SMITH, S.J.; SCHIMID, C.H.; ENGELGAU, M.M. Self-management education for adults with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 25, n. 7, p. 1159-71, jul. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. The cost of diabetes. Geneva, 2002. Disponível em: <http://111.who.int/mediacentre/factsheets/fs236/em/>. Acesso em 18 de novembro de 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. 2003a. 191p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília. 2003b. 105p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Facts related to chronic diseases**. 2005. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/conteudos/encyclopedia+da+saude/doencas+cronicas/doencascronicas.htm>. Acesso: 15 de maio de 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. Paso a paso no controle do diabetes, Republica Dominicana, 2004. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/diabrochure-2004.htm>. Acesso em 18 de novembro de 2007.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **The New England Journal of Medicine**, v. 353, n. 5, p. 487-97, ago 2005.

OTERO, L.M. **Implementação e avaliação de atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo Staged Diabetes Management**. 2005. 169f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

PAIVA, D.C.P.; BERSUSA, A.A.S.; ESCUDER, M.M.L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão arterial pelo programa de saúde da família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 2, fev. 2006.

PETERSON, A. M.; TAKIYA, L.; FINLEY, R. Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence. **American Journal Health-System Pharmacy**, v. 60, n. 7, p. 657-65, apr. 2003.

PIETTE, J.D.; HEISLER, M.; WAGNER, T.H. Problems paying out-of-pocket medication costs among older adults with diabetes. **Diabetes Care**, v. 27, n. 2, p. 384-91, feb. 2004.

PINTO, J.E.S.S.; OLIVEIRA, J.E.P. Insulinas. In: OLIVEIRA, J.E.P.; MILECH, A. **Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico e tratamento multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2004. Cap. 10, p. 93-8.

PINTO, L.F.; SORANZ, D.R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 85-98, jan. 2004.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização**. Trad. de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 8, p.163-98.

RAMALHINHO, I.M.P.S. **Adesão à terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva: Contributo para o seu estudo**. 1994. 82f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 1994.

RAMOS, L.R.; ROSA, T.E.C.; OLIVEIRA, Z.M.; MEDINA, M.C.G.; SANTOS, F.R.G. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 87-94, abr. 1993.

RAMOS, S.M. Necessidade de orientação à saúde do paciente diabético. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 29, n.4, p. 38-41, out./nov./dec. 1976.

RICCO, R.C.; MIYAZAKI, M.C.O.S.; SILVA, R.C.M.A.; GÓNGORA, D.V.N.; PEROZIM, L.M.; CORDEIRO, J.Á. Depressão em pacientes adultos portadores de doenças crônicas: diabetes mellitus e hepatites virais. **HB Científica**, v. 7, n. 3, p. 156-60, set./dez. 2000.

RIZZA, R.A. Chamada para um novo compromisso no cuidado com diabetes na América. **Diabetes Clínica**, v. 10, n. 3, p. 178-82, maio/jun. 2006.

ROSSI, V.E.C. **Suporte social familiar no cuidado de pessoas adultas com diabetes mellitus tipo 2**. 2005. 132 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

RUBIN, R.R. Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. **The American Journal of Medicine**, v. 118, n. 5A, p. S27-S34, may 2005.

RUDD,P.; BYYNY, R.L.; ZACHARY, V.; LoVERDE, M.; MITCHELL, W. Pill count measures of compliance in a drug trial: variability and suitability. **American Journal of Hypertension**, v.1, p. 309-12, 1988.

RUDD, P. Clinicians and patients with hypertension: unsettled issues about compliance. **American Heart Journal**, v. 130, n. 3, p. 572-579, 1995.

RYAN, A.A. Medication compliance and older people: a review of the literature. **International Journal of Nursing Studies**, v. 36, n. 2, p.153-62, apr. 1999.

SACKETT, D.L.; SNOW, J.C. The magnitude of compliance and noncompliance. In: HAYNES, RB; TAYLOR, DW; SACKETT, DL. **Compliance in health care**. Baltimore: The John Hopkins University, 1979, p.290.

SALÁRIO MÍNIMO BRASILEIRO. 2007. Disponível em http://www.portalbrasil.net/salariominimo_2007.htm. Acesso em 28 de outubro de 2007.

SCHECTMAN, J.M.; NADKARNI, M.M.; VOSS, J.D. The association between diabetes metabolic control and drug adherence in an indigent population. **Diabetes Care**, v. 25, n. 6, p. 1015-21, jun. 2002.

SCHILLINGER, D.; PIETTE, J.; GRUMBACH, K.; WANG, F.; WILSON, C.; DAHER, C.; LEONG-GROTZ, K.; CASTRO, C.; BINDMAN, A. Closing the loop: physician communication with diabetic patient who have low health literacy. **Archives of Internal Medicine**, v.163, n. 1, p. 83-90, jan. 2003.

SENST, B.L.; ACHUSIM, L.E.; GENEST, R.P.; COSENTINO, L.A.; FORD, C.C.; LITTLE, J.A.; RAYBON, S.J.; BATES, D.W. Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network. **American Journal of Health System Pharmacy**, v. 58, n. 12, p. 1126-32, jun. 2001.

SHEA, S.; MISRA, D.; EHRLICH, M.H.; FIELD, L.; FRANCIS, C.K. Correlates of nonadherence to hypertension treatment in a inner-city minority population. **American Journal of Public Health**, v. 82, n. 12, p.1607-12, dec. 1992.

SHOPE, J.T. Medication compliance. **The Pediatric Clinics of North America**, v. 28, n. 1, p.5-21, feb. 1981.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. **Consenso Brasileiro de diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2.** São Paulo, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. **Consenso brasileiro sobre diabetes: diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2.** São Paulo, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus:** diretrizes da sociedade brasileira de diabetes. Rio de Janeiro, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. Novas diretrizes da SBD para o controle glicêmico do diabetes tipo 2. Posicionamento oficial no 4. **Revista Brasileira de Medicina**, supl. esp., n. 4, p. 3-22, 2007.

TAMBASCIA, M. Incretinas no tratamento do diabetes. In: Sociedade Brasileira de Diabetes: Reportagens on-line. Disponível em : http://www.diabetes.org.br/reportagens_online/index.php?id=517. Acesso em 02 de dezembro de 2007.

TAKAHASHI, O.C.; HADDAD, M.C.L.; GUARIENTE, M.H.D.M.; ALMEIDA, H.G.G. DE; SCARINCI, I.C.; TAKAHASHI, I. Atendimento ambulatorial interdisciplinar ao paciente diabético. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 6, n. ¼, p. 43-7, jan./dez. 1993.

TEIXEIRA, A.C.A. **Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes de ambulatório.** 1998. 102f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, 1998.

TEIXEIRA, C.R.S.; ZANETTI, M.L.; SANTOS, M.A.; GIMENES, H.T.; ALMEIDA, K.H.S.; SIMAN, A.F. Caracterização dos pacientes diabéticos atendidos em um Centro Educativo em Diabetes (CED). **Diabetes Clínica**, v. 11, n. 4, p. 338-44, jul./ago. 2007.

TORQUATO, M.T.C.G.; MONTENEGRO JR, R.M.; VIANA, L.A.L.; SOUZA, R.A.H.G.; LANNA, C.M.M.; LUCAS, J.C.B.; BIDURIN, C.; FOSS, M.C. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 121, n.6, p. 224-30, 2003.

UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP - UKPDS. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. **British Medical Journal**, v. 317, n. 7160, p. 703-12, sept. 1998.

VALLE, E.A.; VIEGAS, E.C.; CASTRO, C.A.C.; TOLEDO JR, A.C. A adesão ao tratamento. **Revista Brasileira de Clínica Terapêutica**, v. 26, n. 3, p. 83-6, maio 2000;

VITOLINS, M.Z. RAND, C.S.; RAPP, S.R.; RIBISL, P.M.; SEVICK, M.A. Measuring adherence to behavioral and medical interventions. **Controlled Clinical Trials**, v. 21, n. 5, supl. 1, p. S188-S94, oct. 2000.

VITÓRIA, M. A. A. Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento anti-retroviral. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/assistencia/Adesaorv.html>. Acesso: 15 de maio de 2006.

WILLIAMS, B. Medication education. **Nursing Times**, v.87, n. 29, p. 50-4, jul. 1991.

WILDER, R.P. Education and mortality in type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 26, n. 5, p. 1650, may 2003.

WOOLDRIDGE, K.L.; WALLSTON, K.A.; GRABER, A.L.; BROWN, A.W.; DAVIDSON, P. The relationship between health beliefs, adherence and metabolic control of diabetes. **Diabetes Educator**, v. 18, n. 6, p. 495-500, 1992.

ZANETTI, M.L. **O diabetes mellitus tipo 1 em crianças e adolescentes: um desafio para as mães e profissionais de saúde**. 1996. 168p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

ZANETTI, M.L.; OTERO, L.M.; PERES, D.S.; SANTOS, M.A.; GUIMARÃES, F.P.M.; FREITAS, M.C. Progress of the patients with diabetes mellitus who were managed with the staged diabetes management framework. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 338-44, jul./set. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

FATORES RELACIONADOS À ADESAO DO PACIENTE DIABÉTICO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

Estou desenvolvendo um estudo para compreender as facilidades e/ou dificuldades que o paciente diabético tem para seguir o tratamento medicamentoso para controlar o seu diabetes. A sua participação consiste em responder um questionário, em um tempo aproximado de 30 minutos. Este estudo ajudará os profissionais de saúde entender melhor as dificuldades que o paciente diabético enfrenta ao tomar a medicação e a buscar novas maneiras de ajudá-lo a melhorar o controle do seu diabetes.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, RG _____

Estou esclarecido (a) que respondendo às questões que me foram feitas, estarei contribuindo para que os profissionais de saúde possam ajudar as pessoas diabéticas a melhorar o controle de sua doença.

Eu recebi todas as orientações sobre o estudo e que posso esclarecer minhas dúvidas a qualquer momento.

Estou ciente que a minha participação não envolve custos em dinheiro.

Estou ciente que posso retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso me traga prejuízo de alguma forma.

Estou informado que será preservado o meu nome, pois não aparecerá na pesquisa, sendo identificado como um número e que será mantido segredo das informações dadas.

Estou esclarecido que o aceite ou não para participar da pesquisa, não irá interferir no seu atendimento no Centro de Pesquisa e Extensão Universitário do interior paulista.

Assino, dou fé e recebo uma cópia deste documento.

Ribeirão Preto, de 2007

Heloisa Turcatto Gimenes
Endereço: Av. Caramuru, 1101, Apto 26,
Sumaré, Cep. 14025-080, Ribeirão Preto-SP
Tel: (16) 3911-1735 / Nº COREn-SP 116130

Assinatura do paciente

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados 1**FATORES RELACIONADOS À ADESAO DO PACIENTE DIABÉTICO À TERAPÊUTICA
MEDICAMENTOSA**

Nº do questionário: _____

Nº

Data da entrevista: ____/____/____

Data

Entrevistador (a) _____

Ent **Parte I - Variáveis sócio-demográficas**

1) Idade: _____ (anos completos)

Id

2) Sexo: 1. Feminino 2. Masculino

Sexo

3) Estado civil: 1. Solteiro(a), sem companheiro(a)
2. Solteiro(a), com companheiro(a)
3. Casado(a), vivendo com o cônjuge
4. Casado(a), não vivendo com o cônjuge
5. Casado(a), não vivendo com o cônjuge, mas com outro
companheiro
6. Viúvo(a)
7. Desquitado(a) ou divorciado(a)

Est. Civil

4) Escolaridade: 1. Sem escolaridade/ analfabeto
2. Sem escolaridade/ alfabetizado
3. Primário incompleto
4. Primário completo
5. Ensino fundamental incompleto
6. Ensino fundamental completo
7. Ensino médio incompleto
8. Ensino médio completo
9. Superior incompleto
10. Superior completo
11. Pós-graduação

Esc.

5) Anos completos de estudo: _____

Estudo

6) Renda familiar: _____ reais
_____ salários mínimos

Reais
SM

7) Nº de pessoas que moram no domicílio: _____

N

- 8) Ocupação: 1. Desempregado
2. Do lar
3. Estudante
4. Aposentado
5. Trabalhador rural assalariado, volante e assemelhado
6. Empregado doméstico urbano
7. Empregado doméstico rural
8. Pequeno produtor rural
9. Trabalhador por conta própria
10. Trabalhador assalariado
11. Trabalhador assalariado administrativo, técnico e científico
12. Profissional liberal autônomo
13. Trabalhador de alta administração
14. Empresário

Ocup. ☐☐

- 9) Qual é a instituição de saúde que o Sr (a) faz o acompanhamento para o diabetes?

Sistema Sd. ☐

Sim Não

1. Unidade Básica de Saúde:	☐	☐
2. Unidade Básica Distrital de Saúde	☐	☐
3. Ambulatório do HCFMRP – USP	☐	☐
4. Conveniada	☐	☐
5. Consultório Particular	☐	☐

Nome da unidade/clínica/convênio: _____

- 10) Tempo que o Sr (a) gasta para chegar à instituição de saúde que faz o acompanhamento para o diabetes: _____ (em minutos)

Tempo ☐☐

Parte II - Variáveis clínicas

11) Qual é o tipo de diabetes que o Sr (a) tem?

1. Tipo 1 2. Tipo 2 3. Não sabe (ns)

Tipo ☐

12) Há quanto tempo o Sr (a) é diabético?

_____ (anos completos)

Tempo ☐☐

13) Qual é o tratamento que o Sr (a) faz para o diabetes?

1. Somente antidiabético oral
2. Somente insulina
3. Dieta e antidiabético oral
4. Dieta e insulina
5. Exercício e antidiabético oral
6. Exercício e insulina
7. Dieta, antidiabético oral e exercício
6. Dieta, insulina e exercício
9. Antidiabético oral e insulina
10. Antidiabético oral + insulina + dieta
11. Antidiabético oral + insulina + exercícios
12. Antidiabético oral + insulina + dieta + exercícios

Tratamento ☐☐

14) Última HbA1c: _____ Data: _____

HbA1c ☐☐

15) O Sr (a) possui complicação decorrente do diabetes?

Sim Não

1. Nos olhos (Retinopatia)	☐	☐
2. Nos Rins (Nefropatia)	☐	☐
3. Nos Nervos (Neuropatia)	☐	☐
4. Nos pés	☐	☐
5. No coração	☐	☐

Data Compl. ☐

16) O Sr (a) possui algum outro problema de saúde (doença) além do diabetes?

Sim Não

1. Pressão alta	☐	☐
2. Obesidade	☐	☐
3. Colesterol alto	☐	☐
4. Doença Renal	☐	☐
5. Cardiopatia	☐	☐
6. Circulação	☐	☐
8. Outros, especificar: _____	☐	☐

Comorb. ☐☐

17) O Sr (a) toma remédio contínuo para alguma outra doença além do diabetes?

1. sim 2. não 3. ns

Outrpat ☐

18) Emergência/Hospitalização:

Sim Não

1. Hipoglicemia (açúcar no sangue baixo)

☐☐

2. Hiperglicemia (açúcar no sangue alto)

☐☐

3. Não houve internação

☐☐

Se sim, quantas vezes foi internado? _____

Data da última internação: _____

Emerg/Hosp ☐☐☐**Parte III - Variáveis relacionadas à terapêutica medicamentosa**

19) Qual (is) é (são) o (s) remédio (s) que o Sr (a) faz uso para o diabetes?

E qual (is) é (são) a(s) dose (s), o (s) horário (s) e o número de vezes que toma este (s) medicamento (s)?

() _____ (comercial)

Dose: _____

Horário: 1. Antes do Café da Manhã

2. Antes do Almoço

3. Antes do Jantar

4. Durante o Café da Manhã

5.. Durante o Almoço

6. Durante o Jantar

7. Após o Café da Manhã

8. Após o almoço

9. Após o Jantar

Nº de vezes ao dia: _____

Nº de comprimidos ao dia: _____

Tempo de uso: _____ (em anos)

Dose Horário N. vezes N. comp Tempo

() _____ (comercial)

Dose: _____

Horário: 1. Antes do Café da Manhã

2. Antes do Almoço

3. Antes do Jantar

4. Durante o Café da Manhã

5.. Durante o Almoço

6. Durante o Jantar

7. Após o Café da Manhã

8. Após o almoço

9. Após o Jantar

Nº de vezes ao dia: _____

Nº de comprimidos ao dia: _____

Tempo de uso: _____ (em anos)

Dose Horário N. vezes N. comp Tempo

() _____ (comercial)

Dose: _____

Horário: 1. Antes do Café da Manhã

2. Antes do Almoço

3. Antes do Jantar

4. Durante o Café da Manhã

5.. Durante o Almoço

6. Durante o Jantar

7. Após o Café da Manhã

8. Após o almoço

9. Após o Jantar

Nº de vezes ao dia: _____

Nº de comprimidos ao dia: _____

Tempo de uso: _____ (em anos)

Medicamentos para o diabetes, segundo receita médica:

() _____ (comercial)

Dose: _____

Horário: 1. Antes do Café da Manhã

2. Antes do Almoço

3. Antes do Jantar

4. Durante o Café da Manhã

5.. Durante o Almoço

6. Durante o Jantar

7. Após o Café da Manhã

8. Após o almoço

9. Após o Jantar

Nº de vezes ao dia: _____

Nº de comprimidos ao dia: _____

Tempo de uso: _____ (em anos)

() _____ (comercial)

Dose: _____

Horário: 1. Antes do Café da Manhã

2. Antes do Almoço

3. Antes do Jantar

4. Durante o Café da Manhã

5.. Durante o Almoço

6. Durante o Jantar

7. Após o Café da Manhã

8. Após o almoço

9. Após o Jantar

Nº de vezes ao dia: _____

Nº de comprimidos ao dia: _____

Tempo de uso: _____ (em anos)

Dose

Horário

N. vezes

N. comp

Tempo

Dose

Horário

N. vezes

N. comp

Tempo

Dose

Horário

N. vezes

N. comp

Tempo

() _____ (comercial)	
Dose: _____	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div>
Horário: 1. Antes do Café da Manhã	
2. Antes do Almoço	Dose <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Antes do Jantar	
4. Durante o Café da Manhã	Horário <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5.. Durante o Almoço	
6. Durante o Jantar	N. vezes <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Após o Café da Manhã	
8. Após o almoço	N. comp <input type="text"/> <input type="text"/>
9. Após o Jantar	
Nº de vezes ao dia: _____	Tempo <input type="text"/> <input type="text"/>
Nº de comprimidos ao dia: _____	
Tempo de uso: _____ (em anos)	
20) Como o Sr(a) considera o controle que o Sr (a) faz sobre o diabetes?	☐
1. Bom	
2. Aceitável	
3. Ruim	
21) Na opinião do(a) Sr(a), o seu diabetes está controlado?	☐
1. sim	
2. não	
3. ns	
22) Onde o Sr(a) obtém o(s) remédio(s) que faz uso?	☐
	Sim Não
1. Recursos próprios	☐ ☐
2. Farmácia da rede pública	☐ ☐
3. Hospital público	☐ ☐
4. Outro _____	☐ ☐
23) O Sr(a) alguma vez já teve dificuldade para obter o (s) remédio (s) para o diabetes?	☐
1. sim	
2. não	
3. ns	
24) O Sr(a) alguma vez já apresentou dificuldades financeiras para adquirir o(s) remédio(s) para o diabetes?	☐
1. sim	
2. não	
3. ns	
25) Como é para o Sr(a) tomar remédio todos os dias?	☐
1. Bom	
2. Indiferente	
3. Aceitável	
4. Ruim	
5. Péssimo	

- 26) Como o Sr(a) se sente ao tomar dois ou mais remédios, ou até mesmo tomar um remédio mais de uma vez ao dia?

1. Bem
2. Indiferente
3. Ruim
4. Péssimo

7

- 27) Quando o(s) remédio(s) para o diabetes foi (foram) prescrito (s) houve necessidade de mudar alguma coisa em sua rotina de vida diária?

1. sim 2. não 3. ns

Se sim, por favor responda a questão 28, se não, pule para a 29

- 28) Na opinião do(a) Sr(a), essa mudança em sua rotina de vida diária:

- Facilitou a tomar o (s) remédio (s)
- Dificultou a tomar o (s) remédio (s)
- ns

7

- 29) O Sr(a) recebeu informações sobre o diabetes?

1. sim 2. não 3. ns

Se sim, por favor responda a questão 30 e 31, se não, pule para a 32

- 30) O Sr(a) ficou satisfeito com a explicação que recebeu sobre sua doença?

1. sim 2. não 3. ns

9

- 31) Qual foi o profissional de saúde que forneceu informações ao Sr(a) sobre a doença?

	Sim	Não
1. Médico	☐	☐
2. Enfermeiro	☐	☐
3. Aux/Téc de enfermagem	☐	☐
4. Assistente social	☐	☐
5. Farmacêutico	☐	☐
6. Outros:	☐	☐

7

- 32) O Sr(a) recebeu alguma informação sobre o(s) remédio(s) prescrito(s) para o diabetes?

1. sim 2. não 3. ns

Se sim, por favor, responda as questões 33, 34 e 35, se não, pule para a 36.

- 33) O Sr(a) ficou satisfeito com essas explicações recebidas sobre o(s) remédio(s)?

1. sim 2. não 3. ns

7

- 34) Qual foi o profissional de saúde que forneceu informações ao Sr(a) sobre o(s) remédio(s) para o diabetes?

	Sim	Não
1. Médico	☐	☐
2. Enfermeiro	☐	☐
3. Aux/Téc de enfermagem	☐	☐

7

4. Assistente social	☐	☐	
5. Farmacêutico	☐	☐	
6. Outros: _____	☐	☐	
-
- 35) O Sr(a) sentiu confiança/segurança nas informações fornecidas em relação ao(s) remédio(s) para o diabetes? ☐
1. sim 2. não 3. ns
- 36) O Sr(a) sente confiança no médico que o acompanha? ☐
1. sim 2. não 3. ns
- 37) O Sr(a) sente-se acolhido e/ou motivado pelo médico para o cumprimento da terapêutica medicamentosa prescrita? ☐
1. sim 2. não 3. ns
- 38) O Sr(a) acha que o tempo e a frequência das consultas ao seu médico são suficientes? ☐
1. sim 2. não 3. ns
- 39) O Sr(a) já recusou a tomar um remédio prescrito para o diabetes, diretamente para o seu médico? ☐
1. sim 2. não 3. ns
- 40) O médico considerou a opinião do Sr(a) quando foi escolher o(s) medicamento(s) para o diabetes? ☐
1. sim 2. não 3. ns
- Se sim, por favor, responda a questão 41, se não, pule para a 42
- 41) O Sr (a) acha que esta participação facilitou o Sr(a) a tomar o (s) remédio(s) prescrito(s)? ☐
1. sim 2. não 3. ns
- 42) O Sr (a) acha que esta não participação dificultou o Sr(a) a tomar o(s) remédio(s) prescrito(s)? ☐
1. sim 2. não 3. ns
- 43) O Sr (a) recebeu informações sobre as complicações que podem aparecer quando não tomados os remédios prescritos? ☐
1. sim 2. não 3. ns
- Se sim, por favor, responda a questão 44, se não, pule para a 45
- 44) O Sr(a) acha que as informações recebidas sobre as complicações que podem aparecer decorrentes do diabetes contribuíram para o Sr(a) tomar o(s) remédio(s)? ☐
1. sim 2. não 3. ns
- 45) O Sr(a) sentiu-se motivado pela família ou amigos a estar tomando o(s) remédio(s) prescrito(s)? ☐
1. sim 2. não 3. ns

46) O Sr(a) necessita de alguém para ajudá-lo a tomar o(s) remédio(s) para o diabetes?

1. sim

2. não

3. ns

☐

47) O Sr(a) alguma vez já sentiu efeito colateral, ou seja, desagradável que julgou ser referente ao remédio para o diabetes?

1. sim

2. não

3. ns

☐

48) O Sr(a) acha que fazer parte de um grupo educativo em diabetes, onde há o trabalho de várias categorias profissionais de saúde ajuda a compreender melhor o diabetes e o(s) remédio(s) prescrito(s)?

1. sim

2. não

3. ns

☐

APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados 2

FATORES RELACIONADOS À ADESÃO DO PACIENTE DIABÉTICO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

Teste de Medida de adesão ao Tratamento – MAT

1) Alguma vez o Sr(a) esqueceu de tomar os medicamentos para o diabetes?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2) Alguma vez foi descuidado com as horas de tomada dos medicamentos para o diabetes?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para o diabetes por ter se sentido melhor?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para o diabetes, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5) Alguma vez o Sr(a) tomou um ou mais comprimidos para o diabetes, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6) Alguma vez interrompeu o tratamento para o diabetes por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para o diabetes por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

APÊNDICE D – Instrumento para avaliação do conhecimento

MEDICAMENTO

Paciente	Variáveis	Referido	Receita	REF	REC	Total
	Dose					
	Antes do café					
	Antes do almoço					
	Antes do jantar					
	Durante o café					
	Durante o almoço					
	Durante o jantar					
	Após o café					
	Após o almoço					
	Após o jantar					
	N. vezes ao dia					
	N. comprimidos ao dia					
	Tempo de uso					
	Paciente	Variáveis	Referido	Receita	REF	REC
	Dose					
	Antes do café					
	Antes do almoço					
	Antes do jantar					
	Durante o café					
	Durante o almoço					
	Durante o jantar					
	Após o café					
	Após o almoço					
	Após o jantar					
	N. vezes ao dia					
	N. comprimidos ao dia					
	Tempo de uso					
	Paciente	Variáveis	Referido	Receita	REF	REC
	Dose					
	Antes do café					
	Antes do almoço					
	Antes do jantar					
	Durante o café					
	Durante o almoço					
	Durante o jantar					
	Após o café					
	Após o almoço					
	Após o jantar					
	N. vezes ao dia					
	N. comprimidos ao dia					
	Tempo de uso					

(C = Correto; P = Parcialmente correto; I = Incorreto)

DOSE DO MEDICAMENTO

PACIENTE	Dose - Sulf	Dose - Big	Dose - Aca	Dose - Glit	Dose - Ins	Escore total
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						

(C = C / P = P / I = I / C+P = P / P+I = I / C+P+I = P)

HORÁRIO

PACIENTE	Horário - Sulf	Horário - Big	Horário - Aca	Horário - Glit	Horário - Ins	Escore total
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						

(C = C / P = P / I = I / C+P = P / P+I = I / C+P+I = P)

NÚMERO DE VEZES

PACIENTE	No vezes - Sulf	No vezes - Big	No vezes - Aça	No vezes - Glit	No vezes - Ins	Escore total
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						

(C = C / P = P / I = I / C+P = P / P+I = I / C+P+I = P)

NÚMERO DE COMPRIMIDOS

PACIENTE	Nº comp - Sulf	Nº comp - Big	Nº comp - Açã	Nº comp - Glit	Escore total
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					

(C = C / P = P / I = I / C+P = P / P+I = I / C+P+I = P)

ANEXO

ANEXO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 080/2005

Ribeirão Preto, 21 de junho de 2005

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 76ª Reunião Ordinária, realizada em 15 de junho de 2005.

Protocolo: nº 0541/2005

Projeto: Determinantes para a adesão do pacientes diabético à terapêutica medicamentosa

Pesquisadores: Maria Lúcia Zanetti (Orientadora)
Heloísa Turcatto Gimenes (Mestranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilm.ª. Sr.ª.

Prof.ª Dr.ª Maria Lúcia Zanetti (Orientadora)
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP