



ARTIGO ORIGINAL

AVALIAÇÃO DA ADESÃO TERAPÊUTICA DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

EVALUATION OF THERAPEUTIC ADHERENCE OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

EVALUACIÓN DE LA ADHESIÓN TERAPÉUTICA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Maria do Socorro dos Santos Oliveira¹, Iaponira Cortez Costa de Oliveira², Maria Edilânia Silva Amorim³, Rosemari Otton⁴, Matheus Figueiredo Nogueira⁵

RESUMO

Objetivo: avaliar a adesão terapêutica de pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2). **Método:** estudo descritivo transversal, de natureza quantitativa, realizado com 60 pacientes com DM2 acompanhados, no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) em João Pessoa/PB, Brasil. Os dados foram obtidos por meio de questionário e analisados por estatística exploratória univariada, inferencial bivariada, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 0082.0.126.000-08. **Resultados:** predominaram mulheres entre os 51 aos 60 anos, do lar, com ensino fundamental, renda de um salário mínimo e com complicações da doença, principalmente cardiovasculares. Dificuldades no tratamento não medicamentoso foram relatadas por 90% dos participantes e a família é considerada como aspecto facilitador da adesão. **Conclusão:** as mudanças comportamentais exigidas no manejo terapêutico do DM2 são os fatores que intervêm potencialmente na adesão, comprometendo, assim, o controle da doença e a qualidade de vida quando não seguidas criteriosamente. **Descritores:** Diabetes Mellitus; Cooperação do Paciente; Terapêutica.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the therapeutic adherence of patients with Diabetes Mellitus Type 2 (DM2). **Method:** transversal descriptive study, of quantitative nature, performed with 60 DM2 patients followed at the University Hospital Lauro Wanderley (UHLW) in João Pessoa/PB, Brazil. Data were collected through a questionnaire and analyzed by univariate exploratory statistical, bivariate inferential, after project approval by the Research Ethics Committee, CAAE 0082.0.126.000-08. **Results:** women predominated among the 51 to 60 years, housekeeper, with elementary education, income of a minimum wage and with complications of the disease, especially cardiovascular. Difficulties in non-pharmacological treatment were reported by 90% of participants and the family is considered as a facilitator aspect of adherence. **Conclusion:** the behavioral changes required in the therapeutic management of DM2 are the factors potentially involved in adherence, thus compromising the disease control and quality of life if not followed carefully. **Descriptors:** Diabetes Mellitus; Patient Compliance; Therapy.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la adhesión terapéutica de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). **Método:** estudio descriptivo transversal, de naturaleza cuantitativa, realizado con 60 pacientes con DM2 acompañados, en el Hospital Universitario Lauro Wanderley (HULW) en João Pessoa/PB, Brasil. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario y se analizaron mediante estadística uni-variante exploratoria, de inferencia bivariados, después de la aprobación del proyecto por el Comité de Ética de la Investigación, CAAE 0082.0.126.000-08. **Resultados:** predominaron las mujeres entre los 51 a los 60 años, amas de casa, con educación primaria, con ingreso de un salario mínimo y con complicaciones de la enfermedad, principalmente cardiovasculares. Las dificultades en el tratamiento no farmacológico fueron reportados por 90% de los participantes y la familia se considera como un aspecto facilitador de la adhesión. **Conclusión:** los cambios de comportamiento exigidos en el manejo terapéutico del DM2 son los factores que intervienen potencialmente en la adhesión, comprometiendo así, el control de la enfermedad y la calidad de vida si no se respetan escrupulosamente. **Descriptors:** Diabetes Mellitus; Cooperación del Paciente; Terapia.

¹Enfermeira assistencial, Mestre em Ciências da Saúde, Hospital Universitário Lauro Wanderley/HULW. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: socorrosantossantos@hotmail.com; ²Bióloga, Professora Pós-Doutora em Ciências Biológicas, Universidade Cruzeiro do Sul. São Paulo (SP). E-mail: rosemariotton@hotmail.com; ³Enfermeira Assistencial, Doutora em Administração Sanitária e Hospitalar, Hospital Universitário Lauro Wanderley/HULW. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: iaponiracortez@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira assistencial, Mestre em Ciências da Saúde, Hospital Universitário Lauro Wanderley/HULW. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: mariaedilaniaamorim@hotmail.com; ⁵Enfermeiro, Professor Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde Curso de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: matheusnogueira.ufcg@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica de etiologia múltipla decorrente da deficiência na produção de insulina pelo pâncreas e/ou da incapacidade desta de exercer adequadamente seus efeitos no corpo, resultando em resistência insulínica. Caracteriza-se pela presença de hiperglicemia crônica, sendo frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção em vários órgãos como rins, coração, vasos sanguíneos e nervos.^{1,2}

A maioria dos casos de DM está incluída em duas categorias definidas segundo a sua etiopatogenia, que são o diabetes tipo 1 e tipo 2. O diabetes do tipo 1 consiste em um grupo de alterações metabólicas de ordem autoimune decorrentes da destruição seletiva das células betapancreáticas, que acomete principalmente crianças e adolescentes, porém pode surgir, com menos frequência, no adulto, diante de situações de grande estresse orgânico. O tipo 2 é definido como um distúrbio metabólico caracterizado pela resistência à insulina e relativo déficit na produção deste hormônio, cujo surgimento está associado não apenas a fatores genéticos mas também a fatores ambientais como um estilo de vida marcado pela inatividade física, dietas ricas em gorduras e aumento do peso corporal.^{3,4}

Hodiernamente, o DM configura-se como uma epidemia mundial. Dados da Federação Internacional de Diabetes⁵ indicam que, em 2011, a população com a doença superou os 366 milhões e com projeções de se alcançar os 552 milhões, no ano de 2030, se medidas de prevenção e controle não forem adotadas urgentemente. Ademais, no âmbito da saúde pública, observa-se que essa enfermidade compreende um considerável encargo econômico para o indivíduo e para a sociedade, especialmente quando mal controlada, sendo a maior parte dos custos diretos de seu tratamento relacionada às suas complicações, que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos.¹

Como medida de intervenção, o início de um plano terapêutico composto por ações multidisciplinares e educacionais é considerado um procedimento de grande importância porque busca auxiliar o diabético a incorporar medidas preventivas e de tratamento corretas. Este conjunto de medidas inclui, por exemplo, seguir uma dieta balanceada, realizar atividade física planejada, identificar e tratar as complicações orgânicas e, se necessário,

utilizar fármacos para o controle da glicemia. Quando definida a ação de intervenção, o paciente diabético apresenta uma função determinante em relação à progressão do plano terapêutico, uma vez que cabe ao enfermo, de forma autônoma, aderir às recomendações profissionais por meio do autocuidado e mantê-las através da incorporação de um novo estilo de vida.⁶

Pesquisas empíricas realizadas junto a pacientes diabéticos no âmbito da enfermagem, especialmente durante consultas em ambulatórios de endocrinologia, expõem dificuldades de adesão ao tratamento por parte dos pacientes, apesar de orientações continuadas referentes à doença e suas complicações, dieta, atividade física e à medicação. Tais observações indicam que fatores como questões familiares, sociais, econômicas e culturais podem interferir negativamente na supracitada adesão.

Tendo em vista que no âmbito do serviço de saúde são limitados os estudos que enfocam a análise dos fatores que dificultam ou facilitam a adesão terapêutica de pacientes diabéticos, o presente trabalho objetiva avaliar a adesão terapêutica de pacientes com DM Tipo 2, com ênfase nos fatores facilitadores e dificultadores.

MÉTODO

Artigo elaborado a partir da dissertação << **Avaliação da adesão terapêutica de pacientes com diabetes mellitus tipo 2** >> apresentada à Coordenação do Curso de Pós-Graduação (Nível Mestrado) da Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo/SP, 2010.

Estudo exploratório-descritivo transversal, realizado no Ambulatório de Endocrinologia, especificamente no setor de DM do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), lotado no Campus I da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). O serviço de endocrinologia é formado por uma equipe multiprofissional de médicos, enfermeiros e nutricionistas. Este local foi escolhido em virtude de ser considerado referencial no atendimento de pacientes diabéticos no estado da Paraíba.

A população foi constituída por 300 pacientes com DM Tipo 2 cadastrados no serviço de endocrinologia do HULW/UFPB. A amostra foi selecionada de forma aleatória, sendo consideradas elegíveis para estudo, mediante a representatividade do universo populacional, 60 participantes. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ter confirmação diagnóstica de DM tipo 2, apresentar idade acima de 18 anos, concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE) e apresentar condições físicas e mentais para responder o questionário.

A coleta de dados foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2010, mediante utilização da técnica da entrevista e subsidiada por um questionário validado com questões objetivas e subjetivas, que foram agrupadas em quatro categorias de variáveis. A primeira compreendia os dados referentes à caracterização sociodemográfica dos sujeitos; a segunda estava relacionada ao perfil de adesão ao tratamento do DM Tipo 2; a terceira contemplava os dados voltados aos fatores dificultadores da adesão ao tratamento; e a quarta objetivava buscar dados relativos às condições facilitadoras da adesão terapêutica.

Os dados foram analisados por meio do pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 13.0 para Windows. As variáveis categóricas foram analisadas de forma nominal e ordinal (sendo algumas do tipo dicotômicas de respostas positivas e negativas), e as quantitativas foram mensuradas em escala intervalar. Inicialmente, efetuou-se a codificação das variáveis pertinentes e a consistência dos dados foi medida. A seguir, para o levantamento do perfil sociodemográfico da amostra, foi realizada a análise estatística por meio da construção de tabelas de frequência simples e conjuntas ou cruzamentos de variáveis (tabelas de frequência conjuntas), assim como de figuras estatísticas. As estatísticas exploratória univariada e inferencial bivariada para tabelas de contingência com uso do teste de associação de qui-quadrado (χ^2) foram utilizadas para a análise dos dados. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

A pesquisa foi realizada de acordo com as observâncias da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HULW/UFPB, sob o protocolo nº 108/2008, CAAE nº 0082.0.126.000-08.⁷

RESULTADOS

As características sociodemográficas da amostra estão apresentadas na forma de frequência absoluta (n) e relativa (%) na tabela 1, contendo dados separados por sexo, faixa etária, estado civil, renda familiar e

profissão. Observou-se a predominância de mulheres casadas, com idades entre 51 e 60 anos, profissionais do lar com ensino fundamental completo/incompleto e com renda mensal de um salário mínimo.

Em relação à adesão ao tratamento (figuras 1, 2 e 3), a maioria (65%) possui diagnóstico há um período de 6 a 15 anos, 60% apresentam complicações da doença, destacando-se 72% com complicações cardiovasculares. Quanto ao tratamento, evidenciam-se duas modalidades: não medicamentoso e medicamentoso. Dificuldades no tratamento foram relatadas pelos participantes, sendo 90% para o não medicamentoso e 13% para o medicamentoso. A frequência ao serviço de saúde ocorre para a maioria (55%) de forma mensal. Quanto aos fatores dificultadores do tratamento, a falta de condições financeiras obteve destaque. Em relação à família, esta foi apontada como um fator facilitador por 57% dos participantes.

Em se tratando dos resultados encontrados entre o cruzamento dos dados das variáveis sociodemográficas com o controle da glicemia (no mínimo uma medida na triplicata inferior a 140 mg/dL) apresentados na tabela 2, o único resultado que apresentou significância foi o da variável idade, cujo teste de χ^2 resultou em significância de $p=0,033$. As outras variáveis do perfil sociodemográfico não evidenciaram significância quando cruzados com os resultados do controle da glicemia.

Compreende-se, portanto, que dentre as variáveis do perfil sociodemográfico a idade é a única que interfere no controle das taxas glicêmicas. Assim, a glicemia não controlada concorre para o agravamento do quadro do paciente, o que leva a entender que a adesão ao tratamento está comprometida.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos pacientes acometidos por DM Tipo 2, João Pessoa/PB, 2010 (n=60).

Perfil Sociodemográfico	Total		Sexo dos participantes			
			Masculino		Feminino	
	N	%	n	%	n	%
Faixa Etária						
31 a 40 anos	6	10,0	1	3,8	5	14,7
41 a 50 anos	13	21,7	5	19,2	8	23,5
51 a 60 anos	24	40,0	12	46,2	12	35,3
61 a 70 anos	11	18,3	6	23,1	5	14,7
Acima de 70	6	10,0	2	7,7	4	11,8
Estado Civil						
Solteiro(a)	7	11,7	1	3,8	6	17,6
Casado(a)	39	65,0	20	76,9	19	55,9
Viúvo(a)	7	11,7	2	7,7	5	14,7
Separado(a)	7	11,7	3	11,5	4	11,8
Escolaridade						
Não alfabetizado	2	3,3	1	3,8	1	2,9
Ensino fund. (comp./incompleto)	36	60,0	16	61,5	20	58,8
Nível médio (comp./incompleto)	19	31,7	8	30,8	11	32,4
Nível superior	3	5,0	1	3,8	2	5,9
Renda Familiar (xs.m.)						
Menos de 01 salário mínimo	8	13,3	2	7,7	6	17,6
01 salário mínimo	21	35,0	10	38,5	11	32,4
2 a 3 salários mínimos	30	50,0	14	53,8	16	47,1
4 a 5 salários mínimos	1	1,7	-	-	1	2,9
Profissão						
Do lar	18	30,0	1	3,8	17	50,0
Aposentado(a)	13	21,7	8	30,8	5	14,7
Agricultor(a)	9	15,0	5	19,2	4	11,8
Comerciante	9	15,0	5	23,1	3	8,8
Outras	11	18,3	6	23,1	5	14,7
Total	60	100	26	43,3	34	56,7

Tabela 2. Cruzamento do controle de glicemia em relação às variáveis do perfil sociodemográfico dos pacientes entrevistados, João Pessoa/PB, 2010 (n=60).

Perfil Sociodemográfico	Total		Controle da Glicemia (no mínimo uma medida)				Teste de χ^2	
			Sim		Não		Sig.	p-valor
	n	%	n	%	N	%		
Sexo^a								0,224
Masculino	26	46,4	8	36,4	18	52,9		
Feminino	30	53,6	14	63,6	16	47,1		
Faixa Etária^b								0,033*
31 a 40 anos	6	10,7	1	4,5	5	14,7		
41 a 50 anos	12	21,4	3	13,6	9	26,5		
51 a 60 anos	22	39,3	8	36,4	14	41,2		
61 a 70 anos	10	17,9	7	31,8	3	8,8		
Acima de 70	6	10,7	3	13,6	3	8,8		
Estado Civil^p								0,212
Solteiro(a)	6	10,7	3	13,6	3	8,8		
Casado(a)	36	64,3	11	50,0	25	73,5		
Viúvo(a)	7	12,5	5	22,7	2	5,9		
Separado(a)	7	12,5	3	13,6	4	11,8		
Escolaridade^b								0,356
Não alfabetizado	2	3,6	1	4,5	1	2,9		
Ensino fund. incompleto	9	16,1	5	22,7	4	11,8		
Ensino fund. completo	24	42,9	8	36,4	16	47,1		
Nível médio incompleto	6	10,7	3	13,6	3	8,8		
Nível médio completo	12	21,4	5	22,7	7	20,6		
Nível superior	3	5,4			3	8,8		
Renda Familiar (xs.m.)^c								0,785
Menos de 1 salário mínimo	8	14,3	2	9,1	6	17,6		
1 salário mínimo	20	35,7	9	40,9	11	32,4		
2 a 3 salários mínimos	27	48,2	11	50,0	16	47,1		
4 a 5 salários mínimos	1	1,8			1	2,9		
Total	56**	100	22	100	34	100		

*p<0,05; ^a Tabela de contingência 2x2; ^b Tabela de contingência L x 2; ^c Tendência linear; ** Do total de 60 pacientes, quatro deles não realizaram teste de glicemia.



Figura 1. Dados associados à adesão terapêutica apresentados em número e percentual referentes às respostas das primeiras 12 questões do questionário aplicado no estudo.

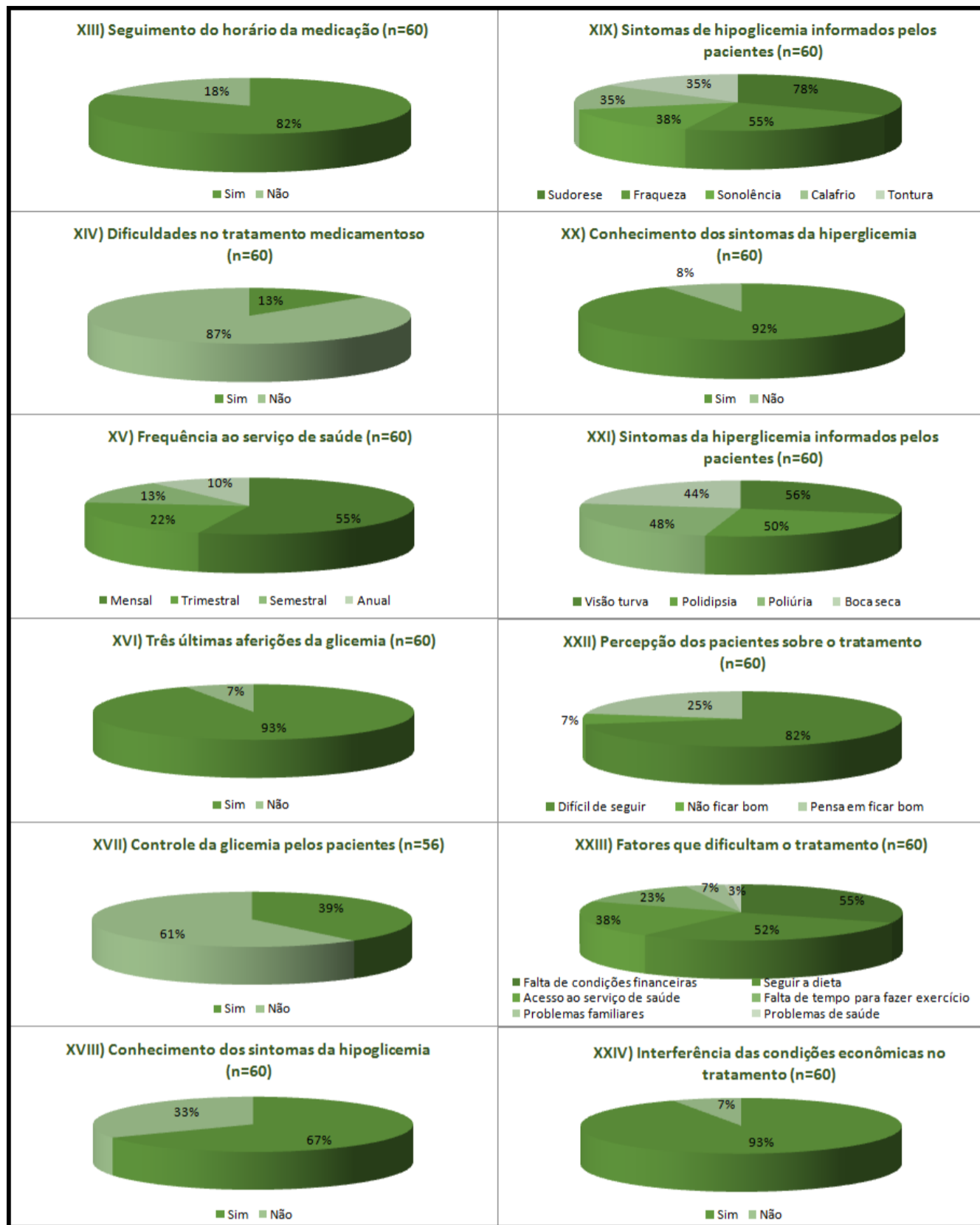


Figura 2. Dados associados à adesão terapêutica apresentados em número e percentual referentes às respostas das questões 13 a 24 do questionário aplicado no estudo.

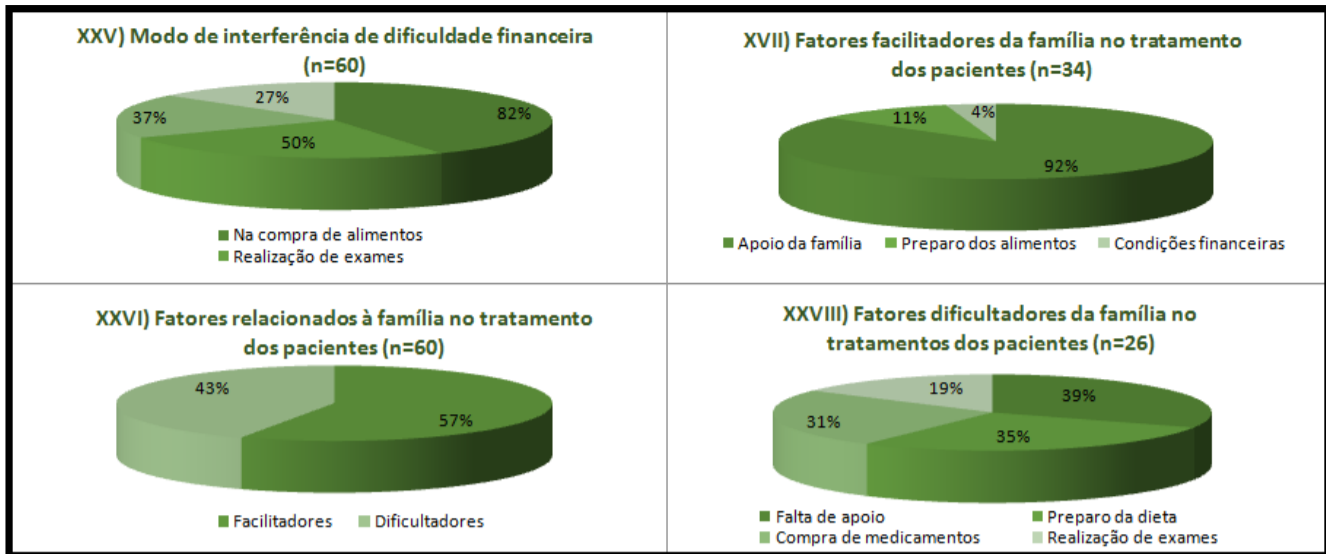


Figura 3. Dados associados à adesão terapêutica apresentados em número e percentual referentes às respostas das questões 25 a 28 do questionário aplicado no estudo.

DISCUSSÃO

Os resultados da caracterização sociodemográfica apontaram que mais da metade dos participantes avaliados são do gênero feminino (56,7%), 40,0% encontra-se na faixa etária entre 51 e 60 anos de idade, 65,0% são casados, 30,0% são do lar, 60,0% possuem ensino fundamental completo e 50,0% tem renda familiar média de 2 a 3 salários mínimos.

Sobre a predominância do sexo feminino identificada no presente estudo, resultados na literatura corroboram tais dados,^{8,9} levantando a hipótese de que as mulheres além de apresentarem maior preocupação e cuidado com a doença quando comparadas aos homens, são mais esclarecidas quanto aos efeitos deletérios do diabetes sobre o corpo, fato associado com maior frequência nas unidades de saúde da família.¹⁰

A idade, por sua vez, é considerada um fator determinante para o desenvolvimento do DM tipo 2. A influência da idade na prevalência da doença e na tolerância à glicose diminuída foi bem evidenciada pelo Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes no Brasil, no qual se observou variação de 2,7% para a faixa etária de 30 a 59 anos e de 17,4% para a de 60 a 69 anos; isto é, um aumento de 6,4 vezes.¹¹ Ao compararmos esses dados com os encontrados neste estudo, verifica-se o quanto a idade favorece o desenvolvimento do diabetes.

Quanto aos fatores estado civil, escolaridade, renda familiar e profissão, pode-se afirmar que não há dados conclusivos indicando como esses pontos intervêm diretamente na adesão ao tratamento do DM tipo 2. Contudo, a condição de morar sozinho é um forte preditor para a não adesão terapêutica sinalizando a importância do apoio de outras pessoas¹² e a baixa instrução

interfere na compreensão sobre a doença e os planos terapêuticos.⁹ Pessoas casadas, escolarizadas e com renda familiar elevada, portanto, tendem a apresentar melhor aderência, uma vez que há uma estrutura de amparo associada ao lado emocional do paciente além de uma base financeira que permite não apenas o deslocamento aos locais de tratamento mas também a aquisição de materiais e medicamentos quando necessários.

Em relação aos fatores que intervêm na adesão de pacientes ao tratamento, os dados apresentados nas figuras 1, 2 e 3 mostram que o tratamento não medicamentoso composto por dieta e exercício físico foi utilizado por 98% dos pacientes. Deste percentual, 97% fizeram uso de dieta (prescrita por um nutricionista) como método de controle da glicemia e 77% relataram praticar exercício físico objetivando controlar a doença. Por outro lado, 88% dos participantes utilizaram tratamento medicamentoso, sendo 70% deles composto por hipoglicemiante oral, 17% hipoglicemiante e insulina e 13% apenas a insulina.

É interessante ressaltar que, grande parte dos participantes (90%), que não utilizaram medicamentos, relatou dificuldades em continuar o tratamento, havendo uma situação completamente contrária no tratamento medicamentoso, no qual apenas uma pequena parcela da amostra (13%) citou algum incômodo ou dificuldade em ingerir os fármacos necessários. Estas informações revelam que o exercício físico e a dieta, por caracterizarem mudanças mais significativas de hábito de vida, estão frequentemente associados a dificuldades de adesão, fato que não ocorre com os medicamentos.

Independentemente do tipo de tratamento, a não adesão leva o paciente a inúmeras complicações decorrentes do estado de

hiperglicemia crônico causado pelo DM tipo 2. Neste estudo, dos 36 indivíduos que relataram (em questionário de múltiplas respostas) a existência de complicações, 72% deles apresentaram algum tipo de doença cardiovascular, 36% retinopatia, 17% neuropatia e 14% nefropatia. Assim, para evitar algumas dessas complicações, faz-se necessário que sejam efetivadas intervenções de promoção da saúde e prevenção das complicações, devendo o paciente ser conscientizado quanto à importância da adoção de comportamentos e estilo de vida saudáveis, considerando sua competência para a capacitação na autodeterminação, autovigilância e autocontrole.¹³

Para alcançar o patamar da adesão satisfatória ao tratamento, é necessário superar muitas dificuldades, as quais foram relatadas com maior frequência no tratamento não medicamentoso. Dentre as dificuldades destacadas nas duas formas de tratamento, ressalta-se a falta de condições financeiras (relatada por 55% dos pacientes), conseguir dar continuidade à dieta (52%), ter acesso ao serviço de saúde (38%), não ter tempo para fazer exercício físico (23%), apresentar problemas familiares (7%) e problemas de saúde (3%).

Conforme foi mostrado neste estudo, uma significativa parcela dos participantes entrevistados tem renda familiar de até um salário mínimo (48,3%). Tal fato pode vir a justificar a grande dificuldade que os pacientes apresentam em conduzir o tratamento, pois, embora os comportamentos sejam de responsabilidade individual e obedeçam ao princípio da liberdade, eles são fortemente influenciados pelos determinantes sociais da saúde,¹⁴ a exemplo da baixa condição socioeconômica, uma vez que o tratamento do diabetes exige gastos relativos a uma alimentação balanceada, medicamentos (que muitas vezes se encontram em falta nas unidades de saúde), uso de calçados apropriados e controle da glicemia.

Entretanto, não apenas as condições socioeconômicas constituem motivo para a falta de adesão ao tratamento do paciente com diabetes. Razões como dificuldade de seguimento da dieta, do uso de medicações hipoglicemiantes ou insulina, dificuldade de tempo ou falta de condicionamento para a prática de atividades físicas e a não aceitação da doença, também podem ser justificativas para a falta de comprometimento com o tratamento do diabetes. Arelada a esses fatores, a inadequada capacitação e integração entre os profissionais de saúde

também se relaciona ao problema da adesão, exigindo a incorporação nos serviços de saúde de novas abordagens de motivação e sensibilização do paciente com DM quanto à adoção de novos hábitos e estilo de vida.¹⁵

É pertinente destacar novamente que, os participantes sempre deixavam claro no ato da entrevista que, apesar de todas as dificuldades impostas pelo tratamento do diabetes, o tratamento medicamentoso sempre era seguido criteriosamente, fato que não seguido igualmente com a dieta e o exercício físico, por se configurarem com estratégias de tratamento “complicadas”. Desse modo, é preciso investir na conscientização do paciente, e, para isso, o profissional de saúde necessita estar preparado para lidar com a expressão de experiências emocionais,¹⁶ oferecendo suporte e educando-o quanto à importância do adequado manejo terapêutico para o controle das complicações e melhoria da qualidade de vida.

Adicionalmente, além dos fatores já citados que interferem na adesão ao tratamento do DM tipo 2, no presente estudo foi constatado que os pacientes não têm uma frequência ao serviço de saúde dentro dos padrões requisitados (55% mensal, 22% trimestral, 13% semestral e 10% anual) e, apesar de monitorarem sua glicemia regularmente, apresentam valores acima dos 140 mg/dL, o que se configura como um resultado potencialmente preocupante.

Quanto à glicemia, quando os seus valores foram cruzados com as variáveis do perfil sociodemográfico em meio a um teste de significância, a única que obteve resultado significativo foi a idade, revelando $\chi^2 = 0,033$. Diante deste resultado, compreende-se que as variáveis sexo, escolaridade, estado civil e renda familiar não remetem a interferência significativa no controle glicêmico e na adesão ao tratamento do DM tipo 2.

Ao se tratar dos fatores facilitadores da adesão ao tratamento, o apoio familiar foi posto em destaque por 57% dos participantes do estudo, corroborando outros estudos¹⁷ e evidenciando que a participação dos familiares ajuda positivamente no controle da doença, diminui o surgimento de sintomas e complicações, além de melhorar a autoestima para o seguimento de outras estratégias e orientações que influenciam na redução da glicemia.

CONCLUSÃO

A análise dos fatores que intervêm na adesão ao tratamento do diabetes tipo 2

permitiu concluir que o tratamento não medicamentoso composto por dieta e exercício físico não é seguido criteriosamente como o medicamentoso, uma vez que exige mudanças de hábito de vida mais significativas e que os fatores que mais dificultam o processo de adesão são, respectivamente, a falta de condições de financeiras, não conseguir dar continuidade à dieta, ter acesso ao serviço de saúde, não ter tempo para fazer exercício físico e apresentar problemas familiares e de saúde.

Adicionalmente, pode-se concluir que os pacientes não têm uma frequência ao serviço de saúde dentro dos padrões requisitados e, apesar de monitorarem sua glicemia regularmente, apresentam valores acima do recomendado, resultado esse que se correlacionou diretamente com a variável idade. Quanto aos fatores facilitadores da adesão ao tratamento, o apoio familiar foi destacado por 57% participantes do estudo, evidenciando que a participação dos familiares é um fator determinante para a progressão e manutenção do tratamento do diabetes tipo 2.

Sugere-se que estudos similares a este sejam realizados com amostras e períodos de coleta de dados maiores, porém, em contextos que apresentem níveis socioeconômicos distintos, uma vez que é muito provável que as características dos fatores que intervêm na adesão do diabetes mellitus tipo 2 sejam diferentes, conforme a população avaliada.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009. 3ª ed. Itapevi: A. Araújo Silva Farmacêutica; 2009.
2. Gil GP, Haddad MCL, Guariente MDM. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. Semina ciênc biol saúde [Internet]. 2008 [cited 2013 Apr 16];29(2):141-54. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3462/2817>.
3. Fernandes APM, Pace AE, Zanetti ML, Foss MC, Donadi EA. Fatores imunogenéticos associados ao diabetes mellitus tipo 1. Rev latinoam enferm [Internet]. 2005 [cited 2013 May 05];13(5):743-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a20.pdf>.
4. Marquezine GF, Mancini MC. Diabetes Mellitus: como diagnosticar e tratar. RBM rev bras med [Internet]. 2008 [cited 2013 May 06];65(12):6-12. Available from: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3703.
5. International Diabetes Federation (IDF). IDF Diabetes Atlas. 5ª ed. Belgium: IDF; 2012.
6. Assunção TS, Ursine PGS. Estudos de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo programa saúde da família, Ventosa, Belo Horizonte. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2008 [cited 2013 Apr 19];13(supl. 2):2189-97. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a24.pdf>.
7. Brasil (BR). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
8. Coelho CR. Adesão ao tratamento: análise de contingência de indivíduos portadores de diabetes mellitus tipo II [dissertação]. Campinas (SP): Pontifícia Universidade Católica, 2008 [cited 2013 Apr 22]. Available from: http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_arquivos/6/TDE-2008-03-11T083002Z-1409/Publico/Camila%20Ribeiro%20Coelho.pdf.
9. Santos FS, Oliveira KR, Colet CF. Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de Diabetes Mellitus atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ijuí/RS: um estudo exploratório. Rev ciênc farm básica ap [Internet]. 2010 [cited 2013 June 09];31(3):223-7. Available from: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/1572/992.
10. Azevedo RG, Paz MAC, Vieira IA. Um estudo seccional de prevalência de diabetes tipo 2 em idosos, no centro de convivência para idosos, em Cuiabá-MT, em 2003. Estud interdiscip envelhec [Internet]. 2006 [cited 2013 May 28];10:75-90. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4798/2703>.
11. Lessa H. Epidemiologia do diabetes mellitus: o adulto brasileiro e as doenças da modernidade. São Paulo: Hucitec; 2006.
12. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010 [cited 2013 June 13];15(suppl.3):3507-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a25.pdf>.

13. Bettencourt HCB, Casas-Novas MVGA. Avaliação do risco de diabetes mellitus tipo 2. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 2013 June 13];6(4):847-53. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/2349/pdf_1156.

14. Badziak RPF, Moura VEV. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. Rev saúde públ Santa Cat [Internet]. 2010 [cited 2013 June 17];3(1):69-79. Available from: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewPDFInterstitial/51/114>.

15. Costa JAC, Balga RSM, Alfenas RCG, Cotta RMM. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011 [cited 2013 May 09];16(3):2001-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232011000300034&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

16. Ribas CRP, Santos MA, Teixeira CRS, Zanetti ML. Expectativas de mulheres com diabetes em relação a um programa de educação em saúde. Rev enferm UERJ [Internet]. 2009 [cited 2013 June 21];17(2):203-8. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a11.pdf>.

17. Gimenes HT, Zanetti ML, Hass VJ. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. Rev latinoam enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 Jul 02];17(1):46-51. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_08.pdf.

Submissão: 06/07/2013

Aceito: 21/04/2014

Publicado: 01/06/2014

Correspondência

Matheus Figueiredo Nogueira
Rua Diógenes Chianca 881 / Ap. 101-B
Bairro Água Fria
CEP 58053-000 – João Pessoa (PB), Brasil