



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

TÁRCIA MILLENE DE ALMEIDA COSTA BARRETO

**PREVALÊNCIA DE ADESÃO AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO POR PACIENTES DIABÉTICOS NA ATENÇÃO
BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA- RR**

Boa Vista 2016

TÁRCIA MILLENE DE ALMEIDA COSTA BARRETO

**PREVALÊNCIA DE ADESÃO AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO POR PACIENTES DIABÉTICOS NA ATENÇÃO
BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA- RR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós -
Graduação em Ciências da Saúde da Universidade
Federal de Roraima como parte dos requisitos para
a obtenção do grau de Mestre em Ciências da
Saúde na Área de concentração: Vigilância
Epidemiológica e indicadores de agravos à saúde
na fronteira Pan – Amazônia.

Orientadora: Profª Drª **Jackeline da Costa Maciel**

Boa Vista 2016

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)

Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

B273p Barreto, Tárzia Millene de Almeida Costa Barreto.

Prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes diabéticos na atenção básica do Município de Boa Vista – RR / Tárzia Millene de Almeida Costa Barreto. – Boa Vista, 2016.

58 f. : il.

TÁRCIA MILLENE DE ALMEIDA COSTA BARRETO

Orientadora: Profª. Drª. Jackeline da Costa Maciel.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

**PREVALÊNCIA DE ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO POR
PACIENTES DIABÉTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BOA
VISTA- RR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós -Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde na Área de concentração: Vigilância Epidemiológica e indicadores de agravos à saúde na fronteira Pan -Amazônia.

Profª Dra Jackeline da Costa Maciel – PROCISA/UFRR
Orientadora e Presidente da banca

Profº Dr Allex Jardim da Fonseca – PROCISA/UFRR
Examinador (Membro titular interno)

Profº Dr Ananias Noronha Filho – IFRR
Examinador (Membro titular externo)

Dedico este trabalho a minha família, minha base, minha fortaleza, meu esposo Fabricio Barreto, companheiro fiel e dedicado, meus filhos amados Fernando de A. C. Barreto e Mateus de A. C. Barreto.

AGRADECIMENTO

Ao meu amado Deus e minha mãe Nossa Senhora pela infinita proteção e incontáveis provas de amor.

A minha mãe, Eunir Almeida, pelo amor incondicional e toda dedicação ao longo de minha vida, em especial durante todo esforço realizado para finalização deste curso.

Ao meu pai, Tarcisio Costa, pela contribuição em minha formação tanto humana quanto profissional.

Ao meu querido irmão, Tarcio Costa, que mesmo de longe nunca deixou de me incentivar.

Ao meu amado esposo, Fabricio Barreto, pelo companheirismo, amor e incentivo, por ter me cedido ombro para os momentos de fraquezas e por ter me acompanhado nas madrugadas de estudo.

Aos meus filhos, Fernando Barreto e Mateus Barreto, por continuarem me amando e me admirando mesmo estando tão ausente, tão pequenos mas tão dedicados a nossa família.

A minha querida aluna Lanna Jennifer por ter se dedicado tão fervorosamente na coleta de dados e a sua parceira de pesquisa Dionísia.

A minha orientadora Jackeline da Costa Maciel, que fez jus a definição de orientadora e esteve presente sempre que precisei, sempre com excelentes dicas e por ter acreditado na pesquisa e em mim.

Aos colegas de turma por toda convivência e aprendizado partilhado.

Aos professores do PROCISA pela grande contribuição em meu conhecimento.

Aqueles que indiretamente me incentivaram a galgar mais esta etapa, com palavras de incentivo ou mesmo me impondo desafios.

A amiga, Andreia Maia, que me ajudou a estar em local de trabalho que possibilitasse meus estudos.

“É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas, mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar-se com os pobres de espírito, que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem numa penumbra cinzenta, onde não conhecem nem vitória, nem derrota.” (Theodore Roosevelt)

RESUMO

As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde no mundo inteiro. Diversas estratégias são adotadas pelo Ministério da Saúde para controle e tratamento do Diabetes Mellitus (DM), porém há baixa adesão ao tratamento medicamentoso, aumento de comorbidades e complicações decorrentes da doença. Esta pesquisa teve por objetivo avaliar a prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes diabéticos nas unidades básicas de saúde do município de Boa Vista-RR, identificando as ações que fomentam esta adesão. Trata-se de estudo descritivo, analítico, de abordagem quantitativa e base populacional, baseada em aplicação de questionário semiestruturado aos pacientes diabéticos que frequentam as unidades básicas de saúde de Boa Vista-RR. Foram também utilizados como instrumentos de avaliação da adesão dois testes padronizados, o teste de Batalla e o de MoriskyGreen. Do total de entrevistados (n=114), foi identificado: maior prevalência de DM em idosos, com uma média de idade de $62,17 \pm 11,83$ anos, mulheres (78%), casados (40,35%), com baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto, 57,89%), renda familiar menor que 1 salário mínimo (63,16%), sendo 50% (n=57) aposentados. O tempo de diagnóstico relatado da doença foi de $8,28 \pm 7,75$ anos.

Nos testes de adesão, foi observado, segundo o teste de Batalla, que somente 29,82% (n=37) dos pacientes diabéticos são aderentes ao tratamento medicamentoso. Com o teste de Morisky-Green, a adesão foi 27,19% (n=31). Quanto aos fatores que pudessem interferir na adesão ao tratamento, foi avaliada a associação entre adesão (Teste de Morisky-Green) e componentes do controle metabólico do DM. Observou-se que, entre os aderentes ao tratamento, 87,10% (n=27) têm cumprido o período de três meses para consultas médicas, 58,06% (n=18) possuem comorbidades e 90,32% (n=28) não participam de grupos de apoio. Também foi analisada a relação existente entre a adesão ao tratamento e o tempo de tratamento, tendo sido observado maior adesão entre os que tinham mais anos de tratamento da doença. A pesquisa se caracteriza como fonte potencial de informação para o desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde por meio de políticas públicas, podendo ainda subsidiar pesquisas futuras.

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

ABSTRACT

Acute and chronic complications of diabetes cause high morbidity and mortality, leading to high costs for health systems worldwide. Several strategies are adopted by the Ministry of Health to control and treatment of diabetes mellitus (DM), but there is low adherence to drug treatment, co-morbidities increase and complications of the disease. This study aimed to evaluate the prevalence of adherence to drug treatment for diabetic patients in basic health units in the city of Boa Vista-RR, identifying actions that promote this membership. It is descriptive, analytical, quantitative and population-based approach based on semi-structured questionnaire to diabetic patients attending basic health units in Boa Vista-RR. They were also used as adherence assessment tools users two standardized tests, widely used in the same pattern research, which are the Batalla and Morisky-Green. Among respondents (n=114), it was identified: a higher prevalence of DM in the elderly, with a mean age of 62.17 ± 11.83 years, women (78%), married (40.35%), with low education (incomplete primary education, 57.89%), family income lower than one minimum wage (63.16%), 50% (n=57) retired. The reported diagnosis of the disease was 8.28 ± 7.75 years. In adherence tests identified that as established in Batalla test, only 29.82% (n=37) of diabetic patients are adherent to treatment, similar frequency was obtained using the Morisky-Green test, with adherence 27.19% (n=31). As for factors that might interfere with treatment adherence, the association between adherence

was assessed (Morisky-Green test) and components of the metabolic control of DM. It was observed among adherent 87.10% (n=27) have completed the period of three months for medical consultations, 58.06% (n=18) have co-morbidities, 90.32% (n=28) do not participate in groups of support. It also analyzed the relationship between adherence to treatment and the treatment time, having been observed greater adherence among those who had more years of treatment of disease. The research is characterized as a potential source of information for the development of health promotion strategies through public policies, and may also support future research.

Key-words: Diabetes Mellitus; Adherence to treatment; self-care; Health Education.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Campos problemáticos para quem vive a experiência de ser portador de diabetes..... 26
- Quadro 2.** Competências reconhecidas em distintos campos problemáticos, segundo alguns saberes identificados..... 28
- Quadro 3.** Estratificação de risco para a pessoa com DM..... 44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características socioeconômicas de pacientes diabéticos atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista, RR de agosto de 2015 a maio de 2016.....	35
Tabela 2. Características sobre a doença de pacientes diabéticos atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista, RR de agosto de 2015 a maio de 2016.....	36
Tabela 3. Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes diabéticos atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista, RR, de agosto de 2015 a maio de 2016, segundo o teste de Batalla (1984).....	37
Tabela 4. Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes diabéticos atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista, RR, de agosto de 2015 a maio de 2016, segundo o teste de Morisky-Green (1986).....	37

Tabela 5.	Avaliação do conhecimento de pacientes diabéticos sobre o tratamento de sua doença, atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista, RR de agosto de 2015 a maio de 2016.....	38
Tabela 6.	Avaliação da funcionalidade da Unidade Básica de Saúde pelos pacientes diabéticos, atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista, RR.....	38
Tabela 7.	Avaliação da associação entre adesão ao tratamento (teste de Morisky-Green) e componentes do controle metabólico do Diabetes, de pacientes diabéticos, atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista, RR, de agosto de 2015 a maio de 2016.....	39
Tabela 8.	Avaliação da associação entre adesão ao tratamento (Teste de Batalla) e escolaridade de pacientes diabéticos, atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista, RR, de agosto de 2015 a maio de 2016.....	39
Tabela 9.	Avaliação da associação entre adesão ao tratamento e o sexo de 39 pacientes diabéticos, atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista, RR, de agosto de 2015 a maio de 2016 41	
Tabela 10	Avaliação da associação entre adesão ao tratamento e o tempo de tratamento de pacientes diabéticos, atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista, RR.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MS	Ministério da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
OMS	Organização Mundial de Saúde
HA	Hipertensão Arterial
IDDM	Diabetes Mellitus Insulino Dependente
NIDDM	Diabetes Mellitus não Insulino Dependente
PPI	Programação Pactuada Integrada
AVC	Acidente Vascular Cerebral
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. O Diabetes Mellitus	16
2.1. Cenário do diabetes mellitus no mundo	16
2.2. Custos do Diabetes Mellitus	17
Definição, Classificação e patogenia do Diabetes Mellitus	17
2.3. Avaliação e Tratamento do Diabetes Mellitus	18
2.4. Autocuidado e autoatenção frente à diabetes	20
2.5. Intersubjetividade e sua relação com as doenças crônicas	22
2.6. A vivência com o diabetes	23
3. METODOLOGIA	28
3.1. Delineamento do estudo	28
3.2. Cenário e População	28
3.3. Amostra e Amostragem	29
3.4. Procedimento da Pesquisa	29
3.5. Critérios de inclusão e exclusão	30
3.6. Aspectos éticos	30
4. RESULTADOS	31

	14
5. DISCUSSÕES	39
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
7. PERSPECTIVAS FUTURAS	48
8. REFERENCIAS	48
APÊNDICE	54

1. INTRODUÇÃO

De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS) vem ocorrendo um aumento significativo do número de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis, entre elas a Diabetes Mellitus (DM). Em estatísticas mundiais, o Brasil ocupa a 8ª posição no ranking de prevalência de diabetes, com prevalência de 4,6% e, estima-se que até 2030 ocupe a 6ª posição, chegando a atingir 11,3% da população (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Quando se busca informações nacionais, o MS estima que 12% da população sofra com DM. No estado de Roraima, este número é de aproximadamente 4.711 usuários do SUS com diabetes, correspondendo a 10,6% da população. Em relação ao município de Boa Vista, a prevalência cai para 8,42% (DATASUS, 2013).

Estudos Nacionais apontam que nos próximos anos este número tende a crescer de maneira significativa, haja vista que a população está envelhecendo e existe uma persistência de hábitos de vida não saudáveis, como o consumo abusivo de álcool, sedentarismo alargado pelo crescimento tecnológico, tabagismo e alimentação inadequada, relacionada à oferta de alimentos altamente processados. (BRASIL, 2011)

A diabetes é um problema de saúde de baixa gravidade e considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. Cerca de 60 a 80% dos casos necessitam apenas de medidas de promoção e prevenção (ALFRADIQUE et al., 2009; CARVALHO et al., 2012).

Quando não tratados adequadamente, os casos evoluem para complicações agudas e crônicas, com alta taxa de morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde. Gastos relacionados ao diabetes mundialmente, em 2010, foram estimados em 11,6% do total dos gastos com atenção em saúde (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012). De acordo com dados do DATASUS (2014), o Estado de Roraima gastou nos últimos 8 anos R\$ 2,2 milhões em tratamento de pacientes com diabetes, excluindo-se os casos de complicações cardiovasculares e cerebrovasculares.

Reconhecendo todos os fatores de complicação e gravidade da DM o Ministério da Saúde tem adotado diversas estratégias para controle e tratamento deste agravo, desde a criação de políticas e programas de prevenção, como o HIPERDIA, que foi um programa estratégico inserido no contexto da Estratégia Saúde da Família, que permitiu cadastrar e acompanhar os portadores de DM e de Hipertensão Arterial (HA) detectando os fatores que contribuem para adesão ao tratamento e corrigindo-os quando necessário e ainda com a criação das farmácias populares tornando a oferta dos medicamentos mais ampla e a aquisição mais acessível. (CARVALHO et al., 2012; SANTOS et al., 2014).

No entanto é importante ressaltar que no município de Boa Vista, desde o ano de 2013, o programa HIPERDIA foi excluído das ações programáticas da atenção básica a saúde, tendo em vista a criação do e-SUS Atenção Básica (eSUS AB) que é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional de forma que todas as informações dos pacientes fossem informatizadas de maneira qualificada, no intuito de ampliar a qualidade no atendimento à população. Porém, no município de Boa Vista, o sistema ainda se encontra em fase de implementação, sendo que as informações anteriormente contidas do SIHIPERDIA não foram migradas para o e-SUS, o que torna o acesso aos usuários mais difícil.

A adesão ao tratamento depende de fatores que vão além da criação de políticas de saúde, tais como, fatores sociais, econômicos e bem como o comprometimento da equipe de saúde e o conhecimento do paciente sobre sua doença. Baseada na eficácia desta adesão que se tem respostas para evolução dos casos, sejam elas para manutenção da saúde ou complicações secundárias.

O presente estudo avalia a prevalência de adesão ao tratamento medicamento por pacientes diabéticos e correlaciona os fatores que interferem na manutenção do auto cuidado, e suas implicações, bem como avaliação do perfil socioeconômico, características epidemiológicas .

2. O Diabetes Mellitus

2.1. Cenário do diabetes mellitus no mundo

De acordo com Alfradique et al. (2009), o Diabetes mellitus (DM) é um distúrbio crônico, de difícil controle ao longo do tempo, normalmente associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado reversível quanto exposto às ações da Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (BRASIL, 2013).

De acordo com Schmidt et al. (2011), é esperado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população são diretamente responsáveis por esta mudança no panorama.

No Brasil, ocorreram, em 2009, 51.828 mortes por diabetes. Houve um aumento de 24%, entre 1991 e 2000 (de 34/100.000 óbitos para 42/100.000 óbitos), seguido por um declínio de 8%, entre 2000 e 2009 (de 42/100.000 para 38/100.000) (BRASIL, 2011).

Considerando o impacto da mortalidade causado pelo DM, pode-se considerá-lo como um dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos

seus portadores, observa-se ainda que, em 1999, o DM apresentava uma taxa de 12 por mil habitantes, ocupando a oitava posição (BRASIL, 2010).

O DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (ROSA, 2008; SCHMIDT; DUNCAN; STEVENS et al., 2009; SCHMIDT et al., 2011).

De acordo com o MS (2010), a análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com DM mostra a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas e de suas famílias, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida.

2.2. Custos do Diabetes Mellitus

As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde. Gastos relacionados ao diabetes mundialmente, em 2010, foram estimados em 11,6% do total dos gastos com atenção em saúde. Dados brasileiros sugerem valores semelhantes (ROSA, 2008).

Estudo realizado pela OMS mostrou que os custos governamentais de atenção ao DM variam de 2,5% a 15% dos orçamentos anuais de Saúde, e os custos de produção perdidos podem exceder, em até cinco vezes, os custos diretos de atenção à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). De acordo com dados do DATASUS (2014), o estado de Roraima gastou nos últimos 8 anos R\$ 2,2 milhões em tratamento de pacientes com diabetes, excluindo-se os casos de complicações cardiovasculares e cerebrovasculares.

Definição, Classificação e patogenia do Diabetes Mellitus

De acordo com a definição do MS (2006), o diabetes é uma doença metabólica que apresenta como principal sintoma a hiperglicemia, além de estar associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode acarretar defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas

(produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2010).

A hiperglicemia se manifesta por sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva ou por complicações agudas que podem levar a risco de vida: a cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica.

A classificação da doença está relacionada à causa principal, podendo ser agrupada em diabetes mellitus insulino dependente (IDDM) e a diabetes mellitus não insulino dependente (NIDDM). Os distúrbios glicêmicos se subdividem em (BRASIL, 2001):

- **Diabetes tipo 1:** normalmente relacionada a doenças autoimune e atingem cerca de 5 a 10% dos diabéticos do país;

- **Diabetes tipo 2:** resultante de diferentes graus de resistência a insulina e atinge cerca de 90% dos diabéticos do país;
- **Diabetes gestacional:** resultante de uma intolerância moderada a insulina, diagnostica prioritariamente durante a gravidez e na maioria dos casos extinguisse após o nascimento do bebe;
- **Formas decorrentes de defeitos genéticos associados com outras doenças ou com o uso de fármacos diabetogênicos:** destacando-se Defeitos genéticos da função da célula beta, Defeitos genéticos na ação da insulina, Doenças do pâncreas exócrino (pancreatite, neoplasia, hemocromatose, fibrose cística, etc.), Aqueles induzidos por drogas ou produtos químicos (diuréticos, corticóides, betabloqueadores, contraceptivos, etc.).

A gravidade do Diabetes está intimamente relacionada à etiologia, perpassando pelo autocuidado empregado pelo paciente, tendo em vista que a não manutenção dos cuidados facilitam a ocorrência de complicações secundárias e, sabe-se, que o diabetes em si é uma doença silenciosa e de baixa gravidade quando tratada adequadamente (BRASIL, 2010).

2.3. Avaliação e Tratamento do Diabetes Mellitus

Os casos suspeitos identificados de DM devem ser vinculados às unidades básicas de saúde ou às equipe da Estratégia Saúde da Família, pelos quais serão

solicitados os exames necessários para confirmação diagnóstica e início do tratamento, quando necessário. Aqueles que necessitarem de atendimento especializado ou hospitalar serão encaminhados para os demais níveis de complexidade do sistema de saúde, no próprio território ou em municípios vizinhos, segundo a negociação explicitada na Programação Pactuada Integrada (PPI) de cada estado. Esse cadastro possibilitará ao gestor federal, estadual ou municipal o planejamento para o atendimento desse público (BRASIL, 2001; BRASIL, 2013).

Os objetivos mais importantes das ações de saúde em DM são controlar a glicemia e, com isso, em longo prazo, reduzir a morbimortalidade causada por essa patologia. Portanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas. Os resultados no controle do DM advêm da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses pacientes, para os quais o resultado esperado além do controle da glicemia é o desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A monitorização da glicemia é a principal forma de acompanhar o tratamento do diabetes e entender o funcionamento do organismo em relação a certos alimentos, à prática de atividades físicas e à administração dos medicamentos (BRASIL, 2001; BRASIL, 2010). O bom controle do diabetes inclui, além de força de vontade, manutenção de um cardápio alimentar balanceado, prática regular de atividade física e tratamento medicamentoso correto, de acordo com as orientações médicas.

Pacientes que conhecem as causas e consequências do diabetes estão mais bem preparados para aderir ao tratamento e ter qualidade de vida. Além disso, o acompanhamento da equipe multidisciplinar, que envolve médico, nutricionista, enfermeiro, farmacêutico, educador físico e psicólogo, vai resultar em bom controle glicêmico e eventuais ajustes do tratamento. (BRASIL, 2010)

Se o diabetes não for tratado corretamente, em longo prazo, os altos níveis de glicose no sangue podem causar algumas complicações, como doenças cardíacas, acidente vascular cerebral (AVC), pressão alta, problemas de visão ou cegueira, doença renal, danos nos nervos, periodontite, gengivite, complicações na gravidez e até amputações de pés ou dedos (BRASIL, 2001; BRASIL, 2010).

A adesão ao tratamento é, seguramente, o maior desafio a ser enfrentado pela equipe, uma vez que se está lidando com doenças crônicas, pouco sintomáticas e cujo tratamento implica mudanças nos hábitos de vida de uma população numerosa. No entanto, deve-se ter presente essas dificuldades no sentido de buscar formas adequadas e criativas de enfrentamento dessa situação (BRASIL, 2001; BRASIL, 2010).

2.4. Autocuidado e autoatenção frente à diabetes

O sofrimento humano, quanto colocado em pauta, requer um pensamento crítico por parte do profissional, buscando-se resgatar estratégias de acolhimento que minimizem as consequências destes (TRAD, 2015). No trabalho em saúde deve existir uma relação de troca de experiências, onde o profissional deve dar abertura às vivências do usuário na definição das intervenções a serem realizadas, haja vista que todo processo de trabalho se constitui na intersubjetividade profissional e usuário (MISHIMA et al., 2003).

Sabe-se que as interpretações de saúde e doença para o indivíduo vão além do que se estabelece na fisiopatologia, são necessárias compreensões acerca de fatores de intersubjetividade (ALVES, 2013). O indivíduo precisa ser visto e compreendido além de um grupo de sinais e sintomas, quando se aborda doenças crônicas, em que se irão estabelecer mudanças no padrão e estilos de vida, necessita-se de um cuidado ainda mais acentuado, surgem, então, as estratégias de controle, prevenção de complicações e tratamento. A experiência de vida do paciente traz consigo uma gama de conhecimentos que não devem ser desprezados.

O modelo biomédico é visto como um modelo hegemônico, apresentando características como o biologicismo, a exclusão do sujeito, a assimetria na relação do sujeito/instituições médicas, o trabalho médico, o pragmatismo médico a autonomia médica e a doença/saúde como mercadoria. Porém existem avanços da utilização de uma medicina tradicional como, por exemplo, a expansão da indústria farmacêutica com os fitoterápicos e métodos alternativos, como a acupuntura, digitopuntura. No entanto, existe um empenho do profissional dos serviços de saúde no desencorajamento do paciente na manutenção de métodos alternativos, fortalecendo os preceitos da hegemonia do modelo biomédico (MENENDEZ, 2009).

Campos (2013) afirma que as pessoas sofrem a influência das mudanças contínuas e inevitáveis das relações entre os sujeitos e fatores sociais, afetando diretamente na relação saúde-doença e tais fatores irão depender de questões políticas, sociais, econômicas e culturais, definindo tal afirmação como teoria Paidea, que prevê uma estratégia para as pessoas intervirem nesta dinâmica em benefício da constituição do estado de saúde dos indivíduos e da coletividade, determinando um processo de coprodução saúde/doença/intervenção. Como coprodução, o autor descreve a necessidade de divisão das responsabilidades sobre a saúde dos indivíduos e da coletividade, ou seja, o profissional e o usuário/paciente precisam se sentir parte do processo. Descreve a possibilidade dos indivíduos se tornarem “sujeitos epistêmicos”, capazes de interagir teoria e prática, capazes de analisar os acontecimentos de maneira mais ampla, de maneira a se tornarem seres reflexivos, capazes de intervir no processo saúde-doença independente dos fatores estruturantes, sejam eles internos (personalidade, caráter) ou externos (cultura, organização e família).

Langdon (2003) nos traz a afirmação de que a doença deve ser vista como um processo e não como um fato isolado, de forma que exista uma sequência de motivações que levem a dois objetivos, que são: a) entender o sofrimento que a doença causa e b) se é possível aliviar este sofrimento. Dessa maneira o tratamento pode vir a ser partilhado entre paciente e profissional de saúde, buscando sempre respeitar as crenças, cultura e demais fatores externos (CYRINO, 2003).

Byron Good (2011) traz uma abordagem para as representações das doenças:

“Em sua clássica obra de antropologia médica, observa que há, pelo menos, quatro abordagens no trato das representações da doença que podem se complementar: tradição empirista (baseada em crenças do senso comum); antropologia cognitivista (foco nos aspectos formais e semânticos); abordagem interpretativa (centrada nos significados culturalmente constituídos); e abordagem crítica (foco nas questões políticas e econômicas relacionadas à produção/reprodução de significados socialmente compartilhados e experiências coletivas).”

As doenças crônicas trazem consigo estas representações, onde se faz necessária a compreensão do indivíduo em sua singularidade para que se possa intervir, na expectativa de minimizar as falhas e o abandono ao tratamento. São muitas as mudanças comportamentais instaladas nestes pacientes, que vão desde a percepção do processo de adoecimento, passando pela aceitação até chegar no processo de controle da doença.

2.5. Intersubjetividade e sua relação com as doenças crônicas

As doenças crônicas são doenças que, após surgirem, geralmente duram até o fim da vida. No Brasil, elas representam o maior número de morbimortalidade. Em 2009 representaram 72,4% do total de óbitos. Destacando-se como principais as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes – responderam por 80,7% dos óbitos por doenças crônicas (SCHMIDT, 2011).

Para Melo (2013) a doença crônica envolve fatores de interlocução entre a evolução da doença e das interpretações destes pelo paciente e seus familiares, onde se observa o desenvolvimento de expectativas de cura, pluralidades de práticas de cura, prevenção e adoecimento.

De acordo com dados do IBGE (2009) a população está envelhecendo, modificando a estrutura da pirâmide etária, deixando-a com base mais alargada; porém, existe uma persistência de hábitos de vida não saudáveis, como o consumo abusivo de álcool, sedentarismo alargado pelo crescimento tecnológico, tabagismo e alimentação inadequada relacionada à oferta de alimentos altamente processados.

As interpretações dadas pelos pacientes remetem a uma definição de Menéndez (2003) que afirma que o doente estabelece uma espécie de “carreira” em busca da compreensão da doença e da cura e sendo assim muitos fatores interferem na escolha do tratamento, tanto pelos sujeitos quanto pelos conjuntos sociais que o envolvem, não apenas as noções etiológicas, mas processos sociais, econômicos e culturais.

Indicando que os indivíduos e grupos sociais constituem o agente que não só usa os diferentes saberes e formas de atendimento, sintetizando-os, articulando-os, misturando-os, mas também o agente que reconstitui e organiza essas formas e saberes em termos de autocuidado (MENÉNDEZ, 2003).

A intersubjetividade exerce função de descrever a relação entre o sujeito e o sujeito ou sujeito e o objeto, sendo assim o trabalho em saúde vem demonstrar a relação entre profissionais (que é social) e o sujeito do cuidado, relacionando suas necessidades e modos de nelas atuar, apontando quais são, como foram geradas e como podem ser enfrentadas (MANDÚ, 2004).

Para Ducan (2004), a intersubjetividade se manifesta na qualificação do cuidado individualizado em saúde, através da história de vida do sujeito, como linguagens, intercomunicação, conhecimento, valores, crenças, emoções, desejos, temores, perspectivas, projetos. Tais relações fomentam um cuidado pautado em algo além da cura, especializado no alívio do sofrimento. Sendo assim, o profissional de saúde diante de um paciente com doença crônica deveria traçar estratégias que enaltescesse seu conforto, respeitando a gama de conhecimentos prévios, enquanto sujeito epistêmico.

2.6. A vivência com o diabetes

Para Melo (2013) a experiência do indivíduo com as doenças crônicas perpassa por saberes empíricos e científicos, de modo que todos os envolvidos, acometido e familiares, buscam respostas, soluções e interpretações para o fenômeno.

De acordo com Cyrino (2003), o indivíduo portador de doença crônica é passível de alterações de comportamento de acordo com as instruções que vier a receber por meio de educação em saúde, existe sempre um conceito com o qual os profissionais de saúde podem contribuir, de maneira direta ou indireta, no autocuidado e na autoatenção.

O Diabetes é uma doença crônica onde o indivíduo necessita ter ações de controle permanente, tanto de alimentação, glicêmico, atividade física e tratamento medicamentoso, exigindo mudanças comportamentais rigorosas, onde se deve ter a participação efetiva de equipe multiprofissional de saúde e família, para que se tenha êxito no tratamento (SANTOS, 2011).

Neste contexto, a equipe de saúde tem um importante papel no estabelecimento dessas relações e a principal estratégia utilizada são as ações de educação em saúde onde se tem a oportunidade de demonstrar, explicar e esclarecer dúvidas acerca do tratamento tanto para o paciente quanto para seus familiares.

No entanto, Cyrino (2003) aborda em seu estudo sobre autocuidado no paciente com diabetes, que as informações repassadas aos pacientes são incipientes e por muitas vezes não respeitam as concepções prévias que o indivíduo

tem acerca da doença, como pode ser bem representada na colocação feita pelo autor, abaixo:

“Podemos observar que só na década de 1990 a literatura internacional voltada a esta questão passa a destacar com mais ênfase que apenas a informação que foi transmitida ao indivíduo não é suficiente para prever a efetiva prática de autocuidado adotada. Em outros termos, podemos dizer que embora o conhecimento seja um pré-requisito de modo nenhum é garantia da realização pelo paciente de um cuidado que resulte em controle glicêmico estrito”

Sobre autoatenção, Menéndez descreve:

“As representações e práticas que a população utiliza a nível de sujeito e grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguentar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais, mesmo quando estes são a referência da atividade de autoatenção” (MENÉNDEZ, 2005:54)

Desta forma, seguindo a linha de Menéndez, o autocuidado estaria inserido na autoatenção, haja vista que as ações do sujeito para consigo dependem das relações com as representações sociais nas quais ele está inserido.

Tal afirmação remete à colocação de que as políticas de saúde voltada para as pessoas portadoras de diabetes não estabelecem por si só um padrão de adesão ao tratamento, seja ele medicamentoso ou preventivo, haja vista que critérios como a idade, o gênero, o tempo de exposição à doença interferem diretamente na evolução da doença e no autocuidado, bem como as representações sociais vão interferir na autoatenção.

Em uma abordagem mais concreta, Cyrino (2003) afirma que o indivíduo portador de diabetes tem um comportamento que compreende saberes e descreve como sendo o saber ser e o saber fazer e, partindo deste pressuposto que as ações de saúde devem ser traçadas. Sendo assim realizou em seu estudo, mediante a realização de quatro grupos focais e sete entrevistas em profundidade com portadores de diabetes tipo 2, usuários do Centro de Saúde Escola de Botucatu, onde descreveu quais são esses saberes, como pode ser visto nos quadros 1 e 2.

Quadro 1: Campos problemáticos para quem vive a experiência de ser portador de diabetes.

I. O adoecer:

1. A ruptura provocada na vida pelo adoecer;
2. O medo das complicações do diabetes;
3. O ônus imposto pelo cuidado de si requerido;
4. O sofrimento mental provocado pelo adoecer.

II. O cotidiano e o cuidado-de-si:

5. Quando não se têm sintomas;
6. Quando há comorbidades;
7. Quando há nervosismo e depressão;
8. Quando há um consumo exagerado de álcool;
9. Quando se fica em casa;
10. Quando se trabalha na cozinha ou com produtos alimentícios;
11. Quando a renda familiar é exígua;
12. Quando a dinâmica da vida contrapõe-se à rigidez das normas;
13. Quando o diabetes domina a vida;
14. Quando o desejo dificulta cuidado de si;
15. Quando há complicações e sintomas da doença:
 - 15.1 O medo das complicações;
 - 15.2 As crises de hipoglicemia;
 - 15.3 As crises de hiperglicemia;

15.4 O incômodo provocado por alguns sintomas e complicações.

16. Quando se quer evitar complicações da doença;

17. Quando há medo e dificuldade de lidar com os medicamentos e seus efeitos colaterais; 17.1 O medo e a dificuldade de lidar com os efeitos colaterais dos medicamentos ou de seu tratamento;

17.2 O medo de tomar insulina.

III. O cotidiano, o cuidado de si e o outro:

18. Quando se cuida de um outro;
19. Quando se cuida de um doente;
20. Quando se cuida da alimentação dos outros.

IV. O cotidiano, o cuidado de si e a rede social:

21. Quando a família não apoia o portador;
22. Quando a dinâmica familiar é conflituosa;

IV. O cotidiano, o cuidado de si e os profissionais de saúde:

23. Quando não há uma adequada comunicação com os profissionais de saúde;
24. A dificuldade de realizar o cuidado de si quando há uma descontinuidade no seguimento médico.

Fonte: Reproduzido de CYRINO (2003).

Através destas colocações fica implícito que os indivíduos têm dificuldade de manter as ações de autocuidado e, conseqüentemente, de autoatenção à medida que recebem orientações como imposições. Cyrino (2003) aborda a necessidade de se manter relações singulares, respeitando a individualidade, haja vista que já existe uma conotação severa em se lidar com o adoecimento crônico, e que as experiências individuais podem e devem ser levadas para o coletivo, na intenção de contribuir para o aprendizado mútuo, nunca para impor e estabelecer comportamentos.

Quadro 2: Competências reconhecidas em distintos campos problemáticos, segundo alguns saberes identificados.

• Saber

Saber perceber os “sinais do corpo” ajuda a ajustar o desejo à necessidade de cuidado; Saber que o diagnóstico mais precoce do diabetes pode evitar ou adiar o aparecimento de complicações da doença;

• Saber-ser

Saber assegurar sua autonomia contribui para não deixar o diabetes dominar a vida;
 Saber brincar ajuda a controlar o excesso de disciplina e não deixar o diabetes dominar a vida;
 Saber controlar o desejo comendo um pedacinho do que gosta ajuda a realizar o cuidado de si;
 Saber dissimular o desejo para não comer o que gosta ajuda a realizar o cuidado de si;
 Saber esquecer (um pouco) do diabetes para não deixar a doença dominar a vida;
 Saber evitar o que gosta para vencer o desejo e realizar o cuidado de si;
 Saber realizar o cuidado sem deixar-se dominar pela rigidez das normas;
 Saber viver sem deixar o diabetes dominar a vida;
 Ter esperança em condições melhores de tratamento ajuda a enfrentar o receio de tomar insulina;
 Ter fé ajuda a aceitar e conformar-se quanto à condição de portador de diabetes;

• Saber-fazer

Saber adaptar a dieta frente à dinâmica da vida;
 Saber buscar apoio e informação para o autocuidado mesmo quando a família não apoia esta iniciativa;
 Saber cozinhar para a família sem deixar de fazer o cuidado de si;
 Saber cuidar de uma crise de hipoglicemia;
 Saber fazer a dieta ajuda a realizar o cuidado de si;
 Saber fazer a glicemia capilar ajuda a controlar alguns sintomas do diabetes.
 Saber fazer a glicemia capilar ajuda a lidar com o diabetes, mesmo quando não se tem sintomas;
 Saber fazer o controle da glicemia capilar sem deixar o cuidado dominar a vida;
 Saber fazer o cuidado dos pés para prevenir complicações;
 Saber fazer o fracionamento da dieta ajuda a controlar o diabetes;
 Saber reutilizar o material requerido para o autocuidado permite não interromper o cuidado de si;
 Saber alimentar-se para dar conta das demandas cotidianas;

• Saber-comunicar

Saber partilhar experiências com outros portadores ajuda a enfrentar o diabetes;
 Saber receber o apoio de outros membros da família no enfrentamento dos conflitos familiares ajuda o cuidado de si;
 Saber-comunicar com o médico ajuda a enfrentar as complicações;
 Saber-comunicar com o profissional e expor seus limites ajuda no cuidado de si;
 Saber-comunicar com quem cozinha, em busca de uma dieta mais saudável, ajuda a realizar o cuidado de si;
 Saber-comunicar para receber o apoio da família ajuda a controlar o desejo e realizar o cuidado de si;

Fonte: Reproduzido de CYRINO (2003).

Já no estudo de Melo (2013) essa vivência do indivíduo com diabetes perpassa por uma lacuna de desobediência do saber médico quanto ao autocuidado. No entanto, essa “desobediência” caracteriza fragilidade na relação entre o profissional e o sujeito e nada mais é do que uma resistência ao modelo de atenção imposto, que por muitas vezes é o modelo biomédico.

Os cuidados tendem a ser impostos não respeitando os fatores de individualidade, em especial quando se trata de horários de medicação, dosagem, alimentação e aferição da glicemia, são controles que definem o paciente como sendo aderente ou não aderente, esquece-se de que o diabetes é uma doença silenciosa, o que dificulta o processo de aceitação por parte do sujeito. E estes estabelecem outra dinâmica de aceitação e tratamento para a mesma, fato que não é bem compreendido pela grande maioria dos profissionais, ficando mais fácil estigmatizá-lo como não cumpridor do seu “papel” (CASTELLANO et al., 2011; MELO E CAMPOS, 2012).

Por outro lado, há de ser levada em consideração a interpretação dada pelo profissional a esta “não adesão” ao tratamento, pois o mesmo sente-se fracassado de forma que não estaria cumprindo com as metas estabelecidas nos manuais e protocolos de assistência ao paciente diabético. Fato este que pode gerar desgaste na relação sujeito/profissional e reduzir ainda mais as possibilidades de estabelecimento de conforto frente ao processo de autocuidado e autoatenção (CASTELLANO et al., 2011; MELO, 2012).

3. METODOLOGIA

3.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, de análise descritiva e quantitativa, desenhada para avaliar a prevalência de adesão ao tratamento por pacientes portadores de Diabetes Mellitus na Atenção Básica do município de Boa Vista – RR.

3.2. Cenário e População

Boa Vista é um município do Estado de Roraima, localizado na Região Norte do Brasil. Concentrando cerca de dois terços dos habitantes do Estado, situase na margem direita do rio Branco. Sua população, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 320.714 habitantes em 2015. É sede da Região Metropolitana de Roraima, além de ser a capital estadual mais setentrional do Brasil e a única localizada totalmente ao norte da linha do Equador e a mais distante de Brasília, capital federal, e de São Paulo, principal metrópole do país. Possui base de pirâmide etária larga e acompanhando as características nacionais tende a se tornar uma cidade com população cada vez mais idosa, sendo assim apresenta elevados números de pacientes com doenças crônicas, como o caso do diabetes mellitus, que somam um total de 2.104 pacientes cadastrados na base de dados nacional do DATASUS (2013).

Os sujeitos da pesquisa serão os 4.711 habitantes do município de Boa Vista, cadastrados no SUS, portadores de DM, assistidos nas Unidades Básicas de Saúde.

3.3. Amostra e Amostragem

Para o cálculo do tamanho amostral, a prevalência de adesão ao tratamento por pacientes diabéticos foi estimada em 6,7%, baseada nos resultados de estudo realizado com pacientes atendidos no Ambulatório do Centro Hospitalar de Reabilitação Ana Carolina Moura Xavier, no período compreendido entre outubro e novembro de 2013 (ROSS, 2015). Considerando intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%, obteve-se tamanho amostral mínimo de 89 indivíduos. Supondo uma perda de até 5% de dados, o tamanho de amostra final foi de 94 participantes.

Para tanto foi utilizada a fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde: n = tamanho amostral mínimo;

N = tamanho da população;

Z = referência da distribuição normal para o intervalo de confiança desejado; p = prevalência estimada de adesão na população alvo; e = maior erro aceitável.

Foi utilizado o método de amostragem aleatório por conglomerado. Assumindo cada Unidade Básica de Saúde (UBS) do município como um conglomerado amostral. As UBS foram enumeradas e selecionadas randomicamente pela geração de sequência de números aleatórios (www.random.org).

3.4. Procedimento da Pesquisa

Pretendia-se identificar 94 usuários da atenção básica no município de Boa Vista-RR, portadores de Diabetes, que realizam tratamento com antidiabéticos e que estivessem em acompanhamento em uma das unidades de saúde do município de

Boa Vista-RR. Para esta abordagem com os usuários, foram realizadas duas visitas a cada unidade sorteada, onde na primeira foi realizada abordagem ao diretor da unidade para solicitar autorização e apoio na identificação dos pacientes portadores de DM, na segunda visita, após anuência da Secretaria de Saúde do município de Boa Vista-RR, foram realizadas visitas às residências dos pacientes, na companhia do Agente Comunitário de Saúde - ACS e aplicado questionário semiestruturado, no intuito de identificar as principais fragilidades do tratamento de cada usuário. Sendo realizada através de entrevista face a face em local separado com duração média de 30 minutos.

A coleta de dados primários foi realizada com todos os usuários que atenderem os critérios de inclusão. Para avaliação da adesão ao tratamento pelos usuários, foram aplicados testes padronizados, amplamente utilizados em pesquisas que avaliam adesão de pacientes com Hipertensão e Diabetes, que são: Batalla e Morinsky-Green (CARVALHO, 2012). O teste de Batalla é composto por 3 (três) perguntas e avalia adesão ao tratamento através do conhecimento do usuário de sua doença, já o teste de Morinsky-Green é composto por 4 perguntas e mensura adesão por meio das atitudes dos pacientes durante a utilização dos medicamentos. Ambos os testes exigem que o usuário responda corretamente a todas as perguntas para que seja considerado como aderente ao tratamento.

3.5. Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos pacientes: com diabetes tipo 2, que realizam tratamento com antidiabéticos e acompanhamento em uma das 32 (trinta e duas) unidades básicas de saúde do município de Boa Vista-RR, com idade superior ou igual a 18 anos, cadastrado no programa Hiperdia.

Foram excluídos pacientes: não diabéticos, com diabetes tipo 1, que realizam tratamento com antidiabéticos em outro município do estado de Roraima, com idade inferior a 18 anos, não sejam cadastrados no programa Hiperdia

3.6. Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Roraima (CEP-UFRR), conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, tendo sido aprovado sob o parecer Nº

1.350.595 e obteve autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista-RR para utilização do banco de dados e realização das visitas as Unidades Básicas de Saúde.

4. RESULTADOS

Foram abordados 114 pacientes portadores de diabetes, atendidos nas unidades básicas de saúde do município de Boa Vista o que corresponde a 2,41% dos pacientes diabéticos do município. O número de usuários abordados ultrapassou o estimado, pois a abordagem foi realizada por conglomerados, onde cada unidade de saúde foi definida como um conglomerado.

De acordo com a Tabela 1, verificou-se que dos 114 pacientes entrevistados a maioria era formada por: idosos, com uma média de idade de $62,17 \pm 11,83$ anos, mulheres (78%), casados (40,35%), com baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto – 57,89%), renda familiar menor que 1 salário mínimo (63,16%), sendo 50% (n = 57) aposentados.

O tempo de diagnóstico relatado da doença foi de $8,28 \pm 7,75$ anos. Quanto à periodicidade das consultas médicas, observou-se que 37,72% (n = 43) realizam a cada três meses e 32,46% (n = 37) esporadicamente. Em relação à aferição da glicemia, apenas 16,67% (n = 19) verificam diariamente e 51,75% (n = 59) de forma esporádica. Do total de entrevistados, 56,65% (n = 68) relataram que possuem, além de DM, hipertensão arterial. Quanto aos fatores de predisposição, 50% (n = 57) são sedentários, 21,93% (n = 25) etilistas e 10,53% (n = 12) tabagistas. Quanto à participação em grupos de apoio, 11,40% (n = 13) afirmaram participar, porém não na Unidade Básica de Saúde, mas em programas de atenção à terceira idade (Tabela 2).

Quanto à frequência de adesão ao tratamento medicamentoso, observa-se nas Tabelas 3 e 4 que, conforme estabelece o teste de Batalla, somente 29,82% (n= 37) dos pacientes diabéticos são aderentes ao tratamento. Em relação às perguntas realizadas, 41,23% (n = 47) respondeu corretamente os órgãos que podem ser afetados pela doença, sendo os mais citados os olhos e rins. Frequência semelhante foi obtida utilizando o teste de Morisky-Green, com adesão de 27,19% (n = 31). Neste teste, as principais causas para não adesão foram a perda do horário e não tomar quando o medicamento quando causa mal-estar. A primeira causa caracteriza

a não intencionalidade do comportamento, porém a segunda causa demonstra um comportamento intencional frente à farmacoterapia.

Tabela 1. Características socioeconômicas de pacientes diabéticos atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista, RR de agosto de 2015 a maio de 2016.

Variável	Media ± DP (anos)	% (n)
Sexo		
Masculino		31,58 (36)
Feminino		68,42 (78)
Faixa Etária		
	62,17 ± 11,83	
< 29 anos		1,75 (2)
30 a 49 anos		13,15 (15)
50 59 anos		23,68 (27)
>60 anos		61,40 (70)
Escolaridade		
Analfabeto		14,91 (17)
Ensino Fund. Completo		6,14 (7)
Ensino Fund. Incompleto		57,89 (66)
Ensino Médio Completo		11,40 (13)
Ensino Médio Incompleto		2,63 (3)
Ensino Superior Completo		6,14 (7)
Ensino Superior Incompleto		0,88 (1)
Renda		
<1 salário		63,16 (72)
2 a 3 salários		28,94 (33)
3 a 4 salários		6,14 (7)
>5 salários		1,76 (2)
Ocupação		
Agente de Portaria		1,76 (2)
Aposentado		50 (57)
Artesão		0,88 (1)
Autônomo		13,15 (15)
Auxiliar Administrativo		0,88 (1)
Contador		0,88 (1)
Desempregado		2,63 (3)
Do Lar		19,30 (22)
Estudante		0,88 (1)
Merendeira		1,76 (2)
Motorista		0,88 (1)
Professor		2,63 (3)
Servidor Publico		2,63 (3)
Tec. Enfermagem		0,88 (1)
Estado Civil		
Casado		40,35 (46)
Divorciado		12,28 (14)
Solteiro		21,93 (25)
União Estável		6,14 (7)
Viúvo		19,20 (22)

DP: Desvio Padrão.

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2016.

Tabela 2. Características sobre a doença de pacientes diabéticos atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista, RR de agosto de 2015 a maio de 2016.

Variável	Media ± DP (anos)	% (n)
Tempo de diagnóstico	8,28 ± 7,75	
Periodicidade da consulta		
Mensal		22,80 (26)
Bimestral		5,26 (6)
Trimestral		37,72 (43)
Semestral		1,75 (2)
Esporádico		32,46 (37)
Periodicidade que verifica Glicemia		
Diária		16,67 (19)
Quinzenal		8,77 (10)
Mensal		12,28 (14)
Trimestral		7,89 (9)
Anual		0,88 (1)
Esporádico		51,75 (59)
Nunca		1,75 (2)
Medicamentos utilizados		
Glavus		0,88 (1)
Glibenclamida		32,56 (37)
Glicazida		1,76 (2)
Insulina NPH		1,76 (2)
Insulina Regular		4,38 (5)
Meritor		0,88 (1)
Metformina		28,94 (33)
Tarjeta Duo		0,88 (1)
Desconhece		28,94 (33)
Outras Morbidades		
Artrite		0,88 (1)
Artrose		2,63 (3)
Bronquite		0,88 (1)
Asma		0,88 (1)
Colesterol Alto		3,50 (4)
Dislipidemia		0,88 (1)
Hernia		0,88 (1)
Hipertensão		56,65 (68)
Labirintite		1,76 (2)
Osteoporose		4,38 (5)
Parkinson		1,76 (2)
Cancer		0,88 (1)
Nenhuma		32,46 (37)
Fatores de predisposição adicional		
Tabagista		10,53 (12)
Etilista		21,93 (25)
Sedentário		50 (57)
Participa de grupo de Apoio		11,40 (13)

DP: Desvio Padrão.

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2016.

Tabela 3. Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes diabéticos atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista, RR, de agosto de 2015 a maio de 2016, segundo o teste de Batalla (1984).

Perguntas	Respostas corretas % (n)
Afirmaram que sua doença é para vida toda	79,82 (91)
Afirmaram que pode ser controlada com dieta ou medicamentos	95,61 (109)
Citaram dois órgãos que podem ser afetados pela doença	41,23 (47)
Grau de adesão	29,82 (37)

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2016.

Tabela 4. Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes diabéticos atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista, RR, de agosto de 2015 a maio de 2016, segundo o teste de Morisky-Green (1986).

Perguntas	Respostas corretas % (n)
Não tem dificuldade para tomar o medicamento	78,07 (89)
Tomam na hora indicada	53,51 (61)
Não deixam de tomar o medicamento, quando se encontra bem	77,19 (88)
Deixam de tomar a medicação se alguma vez se sentir mal	74,56 (85)
Grau de adesão	27,19 (31)

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2016.

A investigação sobre o conhecimento do tratamento da doença (Tabela 5) mostrou que 59% (n = 47) dos entrevistados sabem o nome de seu medicamento e 61,95% (n = 57) conhecem a finalidade de seu uso. Quando questionados sobre terem recebido orientação sobre o tratamento, 67,54% (n= 77) afirmaram que sim, sendo o médico o principal transmissor dessas informações. Ao serem questionados sobre as dificuldades em manter o tratamento, foi relatada como a principal causa a manutenção da dieta com 53,51% (n = 61), seguido da realização de atividade física com 24,56% (n = 28).

Quando questionados sobre a relação com a UBS a qual está vinculado (Tabela 6), 50,88% (n = 58) dos entrevistados afirmaram ter observado melhora dos sintomas e evolução da doença após ter se cadastrado na UBS. Em relação aos profissionais que o acompanham na UBS, o médico foi apontado em 42,98% (n = 49) das respostas dos entrevistados, seguido do Agente Comunitário de Saúde com 31,57% (n = 36). Um fato que chamou atenção foi sobre a realização de atividades de educação em saúde, onde 82,46% (n = 94) dos entrevistados afirmaram que sua

unidade não realiza nenhuma atividade de educação em saúde, 15,79% (n = 18) afirmaram que a unidade realiza palestras periódicas e somente 1,76% (n = 2) relataram que a unidade dispõe de grupo de apoio. Sobre a disponibilidade do medicamento na unidade, apenas 25,44% (n = 29) dos entrevistados apontaram dificuldades para receber o medicamento na UBS.

Tabela 5. Avaliação do conhecimento de pacientes diabéticos sobre o tratamento de sua doença, atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista, RR de agosto de 2015 a maio de 2016.

Perguntas	% (n)
Afirmaram saber o nome de todos os medicamentos	59 (47)
Afirmaram saber a dose de todos os medicamentos	60,87 (59)
Afirmaram saber o intervalo entre as doses dos medicamentos	88,04 (81)
Afirmaram saber para que serve os medicamentos	61,95 (57)
Afirmaram ter recebido orientação sobre o tratamento	67,54 (77)
Profissional que orientou	
Enfermeiro	5,19 (4)
Medico	92,20 (71)
Nutricionista	2,60 (2)
Dificuldades relatadas quanto ao tratamento	
Questões Econômicas	16,67 (19)
Falta de Informação	13,15 (15)
Dieta Alimentar	53,51 (61)
Deslocamento	0,88 (1)
Atividade Física	24,56 (28)
Medicamentos	2,63 (3)
Falta de tempo	0,88 (1)

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2016.

Tabela 6. Avaliação da funcionalidade da Unidade Básica de Saúde pelos pacientes diabéticos, atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista, RR.

Variável	% (n)
Profissionais que o acompanham na UBS	
ACS	31,57 (36)
Enfermeiro	11,40 (13)
Medico	42,98 (49)
Tec. De Enfermagem	1,76 (2)
Nenhuma	11,49 (13)
A unidade realiza atividade de educação em saúde	
Atividade de Grupo	1,76 (2)
Palestra	15,79 (18)
Nenhuma	82,46 (94)
Como avalia a atuação da UBS	
Ótima	18,42 (21)
Boa	67,54 (77)
Regular	9,65 (11)
Ruim	4,38 (5)

Como sua doença vem evoluindo após ter se cadastrado na UBS

Melhor em relação a situação anterior	50,88 (58)
Estável, vai apenas para controle	42,98 (49)
Percebeu cronicidade dos sintomas	6,14 (7)
Dificuldade para pegar medicamento	25,44 (29)

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2016.

Quanto aos fatores que pudessem interferir na adesão ao tratamento, foi avaliada a associação entre adesão (Teste de Morisky-Green) e componentes do controle metabólico do Diabetes. Observou-se, na Tabela 7, que entre os aderentes ao tratamento 87,10% (n = 27) têm cumprido o período de três meses para consultas médicas; no entanto, 58,06% possuem comorbidades, 90,32% (n = 28) não participam de grupos de apoio e 51,61% (n = 16) relataram não praticar atividade física. Entre os não aderentes ao tratamento, verificou-se que 74,69% (n = 62) estão em dia com suas consultas médicas, 71,08% (n = 59) possuem comorbidades, 87,95% (n = 73) não participam de grupos de apoio e 50,60% (n = 41) não praticam atividades físicas. A associação que se mostrou significativa foi o maior percentual de comorbidades entre os pacientes não aderentes ao tratamento (71,08%) em relação aos aderentes (58,06%), evidenciando que a adesão ao tratamento traz benefícios aos pacientes.

Tabela 7. Avaliação da associação entre adesão ao tratamento (teste de MoriskyGreen) e componentes do controle metabólico do Diabetes, de pacientes diabéticos, atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista, RR, de agosto de 2015 a maio de 2016.

Variável	Aderente	Não aderente
	% (n)	% (n)
Está em dia com as consultas médicas		
Sim	87,10 (27)	74,69 (62)
Não	12,90 (4)	25,30 (21)
Possui outra morbidade		
Sim	58,06 (18)	71,08 (59)
Não	41,94 (13)	28,92 (24)
Participa de Grupo de Apoio		
Sim	9,68 (3)	12,04 (10)
Não	90,32 (28)	87,95 (73)
Pratica Atividade Física		
Sim	45,16 (14)	50,60 (42)
Não	51,61 (16)	49,39 (41)

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2016.

Quanto à avaliação da relação entre adesão ao tratamento (Teste de Batalla) e o nível de escolaridade dos entrevistados, observou-se que com níveis baixos de instrução a adesão se manteve baixa, porém o dado se replica nos usuários com

mais anos de estudo, por exemplo, entre os que se declararam analfabetos 76,47% não aderem ao tratamento, entre os que possuem nível fundamental incompleto, 92,16% também não aderem ao tratamento, somente entre os que possuem nível fundamental completo se observou uma prevalência entre pacientes aderentes ao tratamento, com proporção de 89,96%. Já entre os que possuem nível superior se mantem o padrão de não adesão, com proporção de 66,67%, apesar de que foram pequenos os números de entrevistados com este perfil (Tabela 8).

Tabela 8. Avaliação da associação entre adesão ao tratamento (Teste de Batalla) e escolaridade de pacientes diabéticos, atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista, RR, de agosto de 2015 a maio de 2016.

Variável	Aderente % (n)	Não aderente % (n)
Analfabeto	23,53 (4)	76,47 (13)
Ensino Fundamental Incompleto	7,84 (4)	92,16 (46)
Ensino Fundamental Completo	89,96 (20)	13,04 (3)
Ensino Médio Incompleto	33,33 (1)	66,67 (2)
Ensino Médio Completo	46,15 (6)	53,84 (7)
Ensino Superior Incompleto	66,67 (2)	33,33 (1)
Ensino Superior Completo	0	100 (5)

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2016.

Ao avaliar a associação entre adesão ao tratamento, segundo Morisk-Green, e o sexo dos entrevistados, observou-se que o sexo dos usuários não influenciou significativamente nos resultados deste, apresentando 41,94% para homens e 58,06% para mulheres, com p-value 0,96, bem como no teste proposto por Batalla onde a proporção de 40,54% para homens e 59,46% para mulheres (Tabela 9).

Tabela 9. Avaliação da associação entre adesão ao tratamento e o sexo de pacientes diabéticos, atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista, RR, de agosto de 2015 a maio de 2016.

Variável	N (%)	-Value*
Adesão pelo Teste Batalla		
Homens	15 (40,54)	0,99
Mulheres	22 (59,46)	
Adesão pelo Teste de Morisky		
Homens	13 (41,94)	0,96
Mulheres	18 (58,06)	

Teste Exato de Fisher $p < 0,05$

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2016.

Também foi analisada a relação existente entre a adesão ao tratamento e o tempo de tratamento, sendo separados em dois grupos: com menos de 10 anos de tratamento e mais de 10 anos, valores proporcionais de 24,13% e 37,04% foram observados para o teste de Batalla e 28,73% e 44,44% para o teste de MoriskyGreen (Tabela 10).

Tabela 10. Avaliação da associação entre adesão ao tratamento e o tempo de tratamento de pacientes diabéticos, atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista, RR.

Variável	% (n)	P-Value*
Teste de Morisky		
Aderentes com < 10 anos	28,73 (25)	0,99
Aderentes com >10 anos	44,44 (12)	
Teste de Batalla		
< 10 anos	24,13 (21)	0,98
>10 anos	37,04 (10)	

Teste Exato de Fisher $p < 0,05$

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2016.

5. DISCUSSÕES

O diabetes vem sendo considerado como uma epidemia no país, tal fato pode estar relacionado ao crescente envelhecimento populacional, tendo em vista o potencial de acometimento da doença entre os idosos. Em um estudo multicêntrico realizado em 2013 com 60.202 usuários da rede, 6,2% da população foi identificada como portadora do diabetes, especificamente no Estado de Roraima esta proporção foi de 4% (BRASIL, 2013; ISER, 2015).

De acordo com Klafke et al. (2014), no ano de 2010, foram registrados 3.741 óbitos por complicações agudas do diabetes no Brasil, correspondente a 6,8% do total de mortes no país, no Estado de Roraima esta proporção foi de 3,24%. No entanto, não se pode deixar de registrar que o diabetes é um transtorno considerado controlável, sendo assim, tais números deveriam ser imensamente menores, levando-se em consideração os investimentos em saúde pública. Klafke et al. (2014) também demonstraram que a taxa de mortalidade encontrada para o país foi, aproximadamente, três vezes maior que a dos Estados Unidos da América (EUA).

Atualmente, o Ministério da Saúde desenvolve ações de promoção à saúde, bem como disponibiliza medicamentos aos portadores de diabetes; porém se observa que os registros de casos não diminuem com essa oferta. Por tais motivos, foi proposto este estudo para identificar a prevalência e correlacionar os fatores, que interferem na adesão ao tratamento, de pacientes diabéticos atendidos na atenção primária em Boa Vista, RR. O fato de ser uma pesquisa exclusiva para o tema, a garantia de um "n" amostral representativo da população e a utilização de testes validados acerca da adesão ao tratamento do diabetes, constituem fatores positivos

da pesquisa. Entretanto fica a lacuna por não ter atingido 100% das unidade básicas de saúde do município.

Neste estudo, a maioria dos pacientes diabéticos, atendidos nas UBS do município de Boa vista, RR, foi do sexo feminino (68,42%). Carvalho et al. (2012) encontraram percentual de 74,25% para o sexo feminino, Santos et al. (2014), 79,4%. De acordo com Carvalho et al. (2012), o perfil nacional dos portadores de diabetes são mulheres, sendo assim os resultados deste estudo corroboram com este perfil nacional, de maior prevalência de diabetes para as mulheres.

Cardoso (2015), ao realizar uma revisão sistemática de literatura, aponta que as mulheres possuem maior capacidade de adaptação a condição de saúde, apesar de não perceberem o apoio social ao tratamento. Tal fato pode estar relacionado às inúmeras cobranças sociais que recaem sobre a mulher, como cuidar dos filhos, do lar e por muitas vezes ainda trabalhar fora de casa, atrelado a ausência de sintomas do diabetes, o que faz com que os participantes sociais não percebam a doença como real e mantenham as cobranças sobre os portadores, sejam eles homens ou mulheres.

Dentre os fatores predisponentes reais e adicionais encontrados, 50% dos diabéticos são sedentários, 21,93% fumantes e 10,53% etilistas. Esses dados foram similares aos encontrados por Carvalho et al. (2012) onde 77% se consideraram como sedentários e 16% etilistas. Em relação às comorbidades, a mais frequente foi a Hipertensão Arterial, com acometimento de 56,65% dos entrevistados. Estancial et al. (2013) verificaram que 56% dos diabéticos também eram hipertensos e Groff (2011) observou que a hipertensão foi referida por 67%.

Quanto aos medicamentos utilizados pelos pacientes, observou-se que os hipoglicemiantes orais com maior prevalência foram: Glibenclamida (32,56%), Metformina (28,94%) e Insulina regular (4,28%). Boas et al. (2014) sugerem que a utilização de hipoglicemiantes orais favorece a baixa adesão, tendo em vista a imensa possibilidade de esquecimento.

O envelhecimento populacional traz consigo um aumento nos registros de doenças crônicas, 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos são portadores de DM (Brasil, 2013). Deve-se levar em consideração o fato de que os idosos possuem mais tempo livre para frequentar os serviços de saúde, em relação aos mais jovens, haja vista que, são, em sua maioria, aposentados. Tal dado foi também identificado nesta pesquisa, onde 50% dos entrevistados encontram-se nesta condição. Na

variável idade, observou-se uma média de idades de $62,17 \pm 11,83$ anos, corroborando com dados nacionais (Assunção, 2008; Carvalho 2012).

Quanto à escolaridade, 57,89% dos entrevistados possuíam apenas o ensino fundamental incompleto, o que demonstra conformidade com os estudos de Carvalho et al. (2012), Estancial et al. (2013), Santos et al. (2013) e Santos et al. (2014). Esses autores relatam, em suas discussões, que tal fator poderia desencadear uma menor compreensão da doença e assim menor adesão ao tratamento. Neste estudo, foi realizado o teste das variáveis adesão ao tratamento em relação ao nível de escolaridade e evidenciamos que não houve relação, tendo em vista que entre os entrevistados com nível de escolaridade maior, médio e superior, também foi identificada baixa adesão ao tratamento medicamentoso, sendo assim o mais prudente seria afirmar que a escolaridade interfere tão somente no local de busca pelo tratamento, ou seja, quanto menor o grau de escolaridade, menor o poder aquisitivo e maior a busca por atendimento nos serviços públicos. Tal afirmação pode ser constatada pelos resultados da variável renda familiar, haja vista que 63,16% dos entrevistados possuem renda inferior a 1 salário mínimo por mês.

Costa et al. (2016) realizaram inquérito sobre a aquisição de medicamentos na rede de Farmácia Popular e demonstraram que mais de 50% dos entrevistados já adquiriram ao menos um comprimido no programa e, dentre estes estavam, em sua maioria, usuários com menor grau de escolaridade e menor poder aquisitivo, o que fortalece o argumento de que são usuários com este perfil que buscam por tratamento na rede pública de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Básica deve seguir critérios para acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas, que devem ir além da realização de consultas médicas e prescrições. Deve existir o interesse em orientar o paciente para a mudança de estilo de vida, manutenção dos padrões glicêmicos dentro da normalidade e prevenção de complicações, buscando sempre um cuidado integral e longitudinal com a garantia de qualidade de vida ao portador do DM (Organização Pan-Americana da Saúde, 2010; Brasil, 2013).

O portador de DM deve receber orientação quanto ao tratamento medicamentoso, porém deve ser mantido acompanhamento sistemático pela equipe multiprofissional de saúde, com consultas rotineiras, a depender da estratificação de risco (Quadro 3) de complicações de cada paciente e para isto subdivide os pacientes nos seguintes critérios (Brasil, 2013).

Quadro 3. Estratificação de risco para a pessoa com DM.

Risco	Critério
Baixo	Pessoa com glicemia de jejum alterada e intolerância à sobrecarga de glicose
Médio	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico (HbA1c <7,5) e pressórico adequados Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses sem complicações crônicas (micro ou macroangiopatia)
Alto	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico (7,5 < HbA1c <9) ou pressórico inadequado, com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado)
Muito Alto	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico (7,5 < HbA1c < 9) ou pressórico inadequado com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado)
Gestão de Caso	Pessoa com DM diagnosticado e: Mau controle metabólico (HbA1c >9) ou pressórico apesar de múltiplos esforços prévios Múltiplas internações por complicações agudas nos últimos 12 meses. Síndrome arterial aguda há menos de 12 meses – AVC, acidente isquêmico transitório (AIT), IAM, angina instável, doença arterial periférica (DAP) com intervenção cirúrgica Complicações crônicas severas – doença renal estágios 4 e 5, pé diabético de risco alto, ulcerado ou com necrose ou com infecção. Comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas entre outras) Risco social – idoso dependente em instituição de longa permanência; pessoas com baixo grau de autonomia, incapacidade de autocuidado, dependência e ausência de rede de apoio familiar ou social

Reproduzido de: BRASIL (2013).

Dentro desta estratificação, o acompanhamento pode ser realizado em diferentes períodos, podendo ir desde quinzenais, quando o paciente foi submetido à internação hospitalar prévia, até semestral, quando mantêm os controles glicêmicos dentro da normalidade, ficando a média de periodicidade de consultas médicas recomendada a cada três meses. No entanto, isso não impossibilita a realização de consultas de enfermagem para orientação e acompanhamento mensal, bem como a participação em atividades de grupo dentro da unidade básica de saúde, sempre no intuito de garantir a continuidade do tratamento e manutenção do autocuidado (Organização Pan-Americana da Saúde, 2010; Brasil, 2013; Mendes, 2014).

Neste estudo, observou-se que grande parte dos usuários tem mantido padrão apropriado para realização de consultas ficando evidente pelas proporções de consultas mensais (22,80%), bimestrais (5,26%), e trimestrais (37,72). No entanto, quando eles foram questionados sobre a participação em grupos de apoio, apenas 11,40% referiram participar, porém deve-se registrar que somente 2 informaram que estes grupos ocorrem na Unidade Básica de Saúde, os demais participam de programas sociais voltados para idosos. Dessa forma, pode-se

concluir que as consultas têm sido realizadas apenas para renovação de prescrição medicamentosa, um dado que corrobora para esta afirmação é que 42,98% dos entrevistados apontaram o profissional médico como sendo o responsável pelo acompanhamento de seu tratamento na UBS e apenas 11,40% por enfermeiros. Entende-se que está ocorrendo o atendimento, porém não em sua totalidade, como preconizado nas orientações do Ministério da Saúde.

É importante ressaltar que o controle do DM não está baseado exclusivamente em tratamento medicamentoso, mas necessita também de mudança no estilo de vida e para isso são necessárias ações de educação em saúde que reforcem a manutenção do autocuidado e, neste quesito, o profissional enfermeiro tem um papel fundamental, haja vista que sua base de formação e trabalho é a educação em saúde. Como menciona Oliveira & Oliveira (2010) cabe ao profissional enfermeiro educar os pacientes para que eles obtenha conhecimento sobre sua condição e os riscos à saúde, incentivando a aceitação da doença e a implementação das medidas de autocontrole e dentre estas medidas a adesão ao tratamento medicamentoso.

Como estratégia, para quantificar a adesão ao tratamento medicamentoso, foram utilizados, nesta pesquisa, dois testes de adesão: o teste de Morisky e o teste de Batalla. Os testes de Morisky e de Batalla vêm sendo utilizados em diversas pesquisas, demonstrando bons resultados. De acordo com Ben (2011), a utilização do teste de Morisky pode indicar quais pacientes devem receber reforços educativos, assistência farmacêutica e atendimento multidisciplinar.

Ao aplicar o teste de Morisky, obteve-se uma proporção de adesão de 27,19% dos usuários, uma prevalência bem abaixo do padrão recomendado por outros autores, que seria em torno de 80% (Araújo et al., 2010). Valores menores foram encontrados por Santos et al. (2014), apresentando adesão de 15%. Em estudo realizado por Roos et al. (2015), a adesão foi de apenas 6,74%. Dentre as perguntas do teste, 53,51% dos entrevistados respondeu que tomam o medicamento na hora indicada e 74,56% deixam de tomar o medicamento quando causa mal estar. Resultados similares também foram observados em outros estudos (Santos et al., 2010; Carvalho et al., 2012; Santos et al., 2014).

Ações de promoção à saúde, como encontros mensais, palestras e visitas domiciliares seriam de relevância para mudança desse cenário, uma vez que a compreensão do tratamento facilita a sua execução, especialmente em pacientes com doenças crônicas e “silenciosas”, como é o caso do DM. O resultado do teste

de Batalla vem ratificar esta afirmativa, tendo em vista que aborda, em suas perguntas, o conhecimento da doença por parte do paciente. Acredita-se que quanto mais se sabe sobre o diagnóstico mais fácil fica a compreensão do tratamento. Nesta pesquisa, 29,82% dos entrevistados foram considerados aderentes ao tratamento segundo o teste de Batalla e, apesar de 95,61% dos entrevistados afirmarem que a doença pode ser controlada com dieta ou medicamentos, apenas 41,23% dos entrevistados soube citar dois órgãos que são afetados pela doença, evidenciando que mais informações sobre a doença e o tratamento precisam ser fornecidas a esses pacientes.

Embora os testes de Morisky e de Batalla apresentarem características divergentes, a aplicação dos dois juntos auxilia em uma resposta mais fidedigna. Neste estudo, observou-se que no município de Boa Vista, RR, há uma baixa adesão ao tratamento medicamentoso entre os pacientes diabéticos. Entre os fatores que poderiam estar relacionados a essa baixa adesão, estariam o sexo, a baixa escolaridade e o controle metabólico do Diabetes. Quanto ao sexo, os homens apresentaram maior adesão em ambos os testes, no entanto é importante ressaltar que, levando em consideração o teste de hipótese fica evidente que não há relação entre o sexo e adesão, corroborando com as pesquisas nacionais onde a adesão não apresentam diferenças significativas entre sexos (Carvalho, 2012; Magnabosco, 2015).

No teste das variáveis adesão e tempo de tratamento não foi observado diferença significativa entre os dados, considerando o p-value encontrado. Gimenes et al. (2009) concluíram, em seu estudo, que com o passar dos anos a tendência é que os pacientes diminuam a adesão ao tratamento, o que contribui para o aumento das complicações, podemos dizer que por se tratar de um uma doença silenciosa, ao longo dos anos o individuo reconhece os sintomas de complicações e agraco da doença e não mais executa o tratamento com eficiência. No entanto outros autores (Assunção et al., 2008; Santos et al., 2010; Estancial et al., 2013; Mendes et al., 2014) já relataram que esta relação existe, afirmando que quanto mais se convive com as doenças crônicas mais se aceita e mais se compreende o tratamento e, a rotina tende a se tornar cada vez mais leve, o que auxilia na motivação do paciente.

Remondi et al. (2014) afirmaram que inúmeros são os fatores que podem interferir na adesão ao tratamento, entre eles os culturais, a origem da população estudada, a relação com a equipe de saúde e com a família e que em cada 10

pacientes de doenças crônicas cerca de 3 apresentam alguma característica de descontinuidade da terapia medicamentosa, podendo ser orientação inadequada.

O conhecimento dos pacientes sobre o seu tratamento e suas principais dificuldades foram avaliados. Observou-se que 67,54% dos pacientes afirmaram ter recebido orientação sobre o seu tratamento e, destes, 77,17% foram atendidos por médicos e, no entanto, 41% não souberam informar o nome do medicamento que tomam e 38,08% não souberam para que serve o medicamento. Dessa forma, percebe-se que há deficiência quanto às orientações prestadas aos pacientes. Conforme Gimenes et al. (2009), estas lacunas no conhecimento do tratamento afetam diretamente a adesão, que poderiam ser supridas por uma abordagem compartilhada da doença entre profissional de saúde e paciente.

Nesta perspectiva, esta pesquisa apresentou resultados positivos em relação a avaliação que os usuários fazem de sua unidade de saúde, pois 67,54% descreveram como sendo “bom” o desempenho da equipe da sua UBS, no entanto 82,46% alegaram que a unidade não realiza ações de educação em saúde e apontam a participação incipiente do ACS, com 31,57% dos pacientes afirmando que recebem acompanhamento deste. Assunção et al. (2008) apontam que a participação em grupos de apoio, a ação integrada da equipe de saúde em processos de educação em saúde fortalecem o aporte emocional do paciente e proporciona mudança no estilo de vida.

Educação em saúde é toda e qualquer ação capaz de modificar os padrões de saúde de uma população ou grupo. Essas ações são sempre divididas em 5 etapas, onde deve-se escolher uma estratégia de transmissão da informação, de forma que ela possa ser absorvida pelo receptor, devendo ser internalizada e percebida pela família e comunidade e por fim causar mudanças favoráveis no estilo de vida e caso haja falhas nesse processo não terá ocorrido educação em saúde, neste caso podendo explicar a elevada proporção de paciente que não aderem ao tratamento medicamentoso (Assunção et al., 2008).

Quanto às dificuldades relatadas pelos entrevistados na adesão ao tratamento, estão a dieta alimentar, com 53,51% de prevalência, seguida da realização de atividade física (24,56%), das questões financeiras (16,67%), falta de informação (13,15%) e acesso aos medicamentos com 2,63%. Freitas et al. (2015) também identificaram baixa adesão, na prática da atividade física, com 25% de adesão entre os diabéticos, no caso desta pesquisa, este percentual foi de 14% entre os pacientes que aderem ao tratamento. Como já mencionado anteriormente, o

DM não pode ser tratado exclusivamente com terapia medicamentosa, deve estar aliado a terapias não farmacológicas e em não havendo esta interlocução aumentam-se as chances de complicações, fazendo com o que o paciente não perceba a eficiência da terapia medicamentosa e a abandone parcial ou totalmente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, evidenciou-se a baixa adesão ao tratamento medicamentoso por parte dos pacientes diabéticos do município de Boa Vista- RR, em relação à proporção recomendada pelo Ministério da Saúde e, identificou-se uma relação entre a não adesão e a não realização de atividades de autocuidado, como a prática de atividades físicas, mudança no estilo de vida, inferindo em padrão alimentar, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismos e outros. Destacam-se três pontos como influenciadores na adesão dos paciente ao tratamento, são eles: falta de conhecimento da doença, falta de compreensão do tratamento e a não participação em atividades de educação em saúde.

As ações de educação em saúde, por parte da UBS afetam diretamente a compreensão da doença e aceitação do tratamento, desde que sejam realizadas de maneira adequada, observando os múltiplos fatores que interferem na adesão ao tratamento medicamentoso do DM. O processo de autocuidado deve ser afluído mediante orientação, cuidado sistemático, visitas periódicas, averiguação de medicamentos e controle de índices glicêmicos. Observou-se, neste estudo, que as ações estão sendo pautadas na realização de consultas médicas para atualização de prescrição, mas não existe uma corresponsabilidade da unidade de acompanhar a evolução deste paciente. Sabe-se que as orientações médicas e/ou de outra categoria profissional não podem ser impostas ao paciente sem que antes haja compreensão de seus fatores intrínsecos e extrínsecos, tais como possuir outras morbidades, composição do núcleo familiar, renda, condições de moradia, escolaridade, entre outros, pois cada paciente pode receber a orientação de uma forma e não absorvê-la em sua totalidade. Deve haver nivelamento da informação, conforme nível de compreensão, observando até quando o paciente precisará de um tratamento diretamente assistido.

As doenças crônicas apresentam estas características de baixa adesão ao tratamento e, em especial o DM, que tem manifestação silenciosa. Nesse caso, fazse necessário o desenvolvimento de estratégias que busquem o envolvimento da comunidade e da família, no intuito de facilitar a compreensão do processo de

adoecimento e promoção do bem-estar. Não há como o paciente compreender seu tratamento medicamentoso se não compreender as razões de fazê-lo, os efeitos positivos e negativos de cada medicamento.

Por fim, ressalta-se, que este estudo foi pioneiro no município e mostra possibilidades para reestruturar o planejamento de ações estratégicas nas unidades de saúde, tendo em vista os indicadores que avaliou. Além disso, as conclusões podem ser extrapoladas para municípios do mesmo porte, perfil sanitário semelhante e, conseqüentemente, subsidiar novas investigações junto à comunidade assistida.

7. PERSPECTIVAS FUTURAS

Diante dos achados nesta pesquisa sugere-se que seja realizado um estudo de caso controle onde seja aplicado diversas modalidades de educação em saúde a um conglomerado, tais como grupos de apoio, palestras e sessões de aconselhamento familiar, a fim de identificar o perfil de adesão entre aqueles que receberam orientação por meio de educação em saúde e a aqueles que se mantiveram em assistência comum na unidade Básica de Saúde na qual esta vinculado.

8. REFERENCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

ALVES, Ana Paula Barbosa Convivendo com a infecção pelo HIV e a AIDS em Boa Vista (RR): um estudo sobre autoatenção e itinerários terapêuticos / Ana Paula Barbosa Alves. -- Boa Vista, 2013. 125 p.

ARAÚJO Marcio Flavio. et. al Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. Esc Anna Nery 2010; 14(2):361-367.

ARAUJO, M.F.M. et al. Cumprimento da terapia com antidiabéticos orais em Usuários da atenção primária. Texto Contexto Enfermagem, 20(1), 135-43, 2011.

ASSUNÇÃO, Thaís Silva; URSINE, Priscila Guedes Santana. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. Ciência & Saúde Coletiva, 13(Sup 2):2189-2197, 2008

BEN, Angela Jornada; NEUMANN Cristina Rolim; MENGUE Sotero Serrate. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. Rev Saúde Pública. 2011

BOAS, Lilian Cristiane Gomes-Villas; FOSS-FREITAS, Maria Cristina; PACE, Ana Emilia. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. Rev Bras Enferm. 2014 mar-abr; 67(2): 268-73.

BRASIL, Fábio. et. al. Desenvolvimento da versão brasileira resumida do Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil-8). Rev. bras. epidemiol. vol.18 no.4 São Paulo Out./Dec. 2015

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus /

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, 2010.

BRASIL. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel-Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p.53-92.

CARDOSO, Ana Filipa; QUEIROS, Paulo; e RIBEIRO, Carlos Fontes. Intervenções para a aquisição do autocuidado terapêutico da pessoa com diabetes mellitus: revisão sistemática da literatura. rev. port. saúde pública. 2015;33(2):246–255

CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). Ciencia e Saude Coletiva,17(7) 1885-1892, 2012.

CASTELLANO MEP. et al, 2011; Evidencias produzidas por pesquisas qualitativas sobre diabetes tipo 2: revisão de literatura. Interface – Comunic., saúde, educ. 2011; 15(36): 257 – 73.

CERVO AL, Berviam PA, Silva R. Metodologia Científica. 6º Ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

COSTA, Karen Sarmiento. et. al. Obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Programa Farmácia Popular do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Epidemiol. Serv. Saúde vol.25 no.1 Brasília Jan./Mar. 2016

CYRINO, Antonio Pithon. Antropologia da inteligência coletiva numa comunidade leiga: estudo do autocuidado no diabetes. Projeto financiado pela FAPESP (processo 03/12970-2) e FUNDUNESP (processo 0114/03)

ESTANCIAL, Camila Stefani; MARINI, Danyelle Cristine; Aderencia de Diabeticos ao Tratamento Medicamentoso. Foco – Ano 4 - Nº 5 – Julho/Dezembro 2013.

FREITAS, Edilson Fernandes de. et.al. Prevalência De Diabetes Mellitus E Prática De Exercício Em Indivíduos Que Procuraram Atendimento Na Estratégia Saúde Da Família De Viçosa/Mg. Rev. Educ. Fís/UEM, v. 26, n. 4, p. 549-556, 4. trim. 2015

GIMENES, Heloisa Turcatto; ZANETTI, Maria Lucia; HAAS, Vanderlei Jose. Fatores relacionados a adesao do paciente diabético a terapêutica medicamentosa. Rev. Latino-Am. Enfermagem.vol 17 n. 1 Ribeirao Preto. 2009

GROFF, Daniela de Paoli Groff. et. al. Adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos tipo II usuários da estratégia saúde da família situada no bairro Metropol de Criciúma, SC. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 40, no. 3, de 2011

ISER, Betine Pinto Moehlecke. et. al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Epidemiol. Serv. Saúde, 305 Brasília, 24(2): 305-314, abr-jun 2015

KLAFKE, André. et al Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no Brasil, 2006-2010*. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 23(3):455-462, jul-set 2014

LANGDON EJ. Cultura e os processos de saúde e doença. Anais do 1º Seminario sobre Cultura, Saude e Doenca, 13-16 out. 2003; Londrina, Brasil (PR); VIGSUS/FNS/MS;2003.p. 91-107

MAGNABOSCO, Patrícia. et al. Analise Comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Jan-fev. 2015; 23(1); 20-7

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.12 no.4 Ribeirão Preto July/Aug. 2004

MENDES, Luiz Villarinho Pereira; LUIZA, Vera Lucia; CAMPOS, Monica Rodrigues. Uso racional de medicamentos entre indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão arterial no município do Rio de Janeiro, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2014.

MELO, Lucas Pereira de. Remediar, comer, exercitar: etnografia do gerenciamento do diabetes tipo 2 em grupos Hiperdia. São Paulo, 2013.291 p.

MELO, LP. Analise biopolitica do discurso oficial sobre educação em saúde para pacientes diabéticos no Brasil. Saúde Soc. No Prelo.

MELO, LP. Et. Al. A experiência de estudantes de enfermagem em um grupo de educação em saúde: uma abordagem dialógica. Revista Brasileira e Promoção a Saúde. 2011; 24(2): 180-8

MENÉNDEZ, E. L. Modelos, saberes e formas de atenção aos padecimentos: exclusões ideológicas e articulações práticas. In: MENÉNDEZ, E. L. Sujeitos, Saberes e Estruturas - Uma Introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 17-70

MENÉNDEZ, E. 2005. Intencionalidad, experiência y función: la articulación de los saberes médicos. Revista Antropología Social;14:pp. 33-69.

MISHIMA, S. M. et al. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? – alguns aspectos do trabalho em saúde e relação gestor / trabalhador. In: Brasil. Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. P.137-156

OLIVEIRA, Gésica Kelly da Silva; OLIVEIRA Emanuela Rozeno de. Assistência de enfermagem ao portador de diabetes mellitus: um enfoque na atenção primária em saúde. Veredas favip - Revista Eletrônica de Ciências - v. 3, n. 2 - julho a dezembro de 2010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

Organização Pan-Americana da Saúde. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2010

REMONDI, Felipe Assan; CABRERA, Marcos Aparecido Sarria; SOUZA, Regina Kazue Tanno. Não Adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. Cad. Saude Publica, Rio de Janeiro, 2014.

ROSA, R. S. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999–2001.

ROOS, Ana Carolina; BAPTISTA, Deise Regina; MIRANDA, Renata Costa de.

Adesão ao tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. Demetra; 2015; 10(2); 329-346

SANTOS, Ellen Cristina Barbosa dos. et al. Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes mellitus. Rev Bras Enferm, Brasília 2011 set-out; 64(5): 952-7.

SANTOS, F.S.; Oliveira, K.R.; Colet, C.F. Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de Diabetes Mellitus atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ijuí/RS: um estudo exploratório. Rev Ciênc Farm Básica Apl., 2010;31(3):223-227

SANTOS, Kathlyn Pinheiro dos. et. al. Adesão a farmacoterapia em pacientes cadastrados no Hiperdia em uma Unidade Básica de Saúde em Aracaju, SE. Infarma Ciências Farmacêuticas. Brasília -DF 2014

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL, Ministério da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde. Brasília: 2010.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet, London, 9 maio 2011. DOI: 10.1016/S01406736(11)60135-9.

APÊNDICE



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



Questionário Socioeconômico

Idade _____

() M () F

Ocupação _____ **Sexo**

UBS _____

Estado Civil

() Solteiro () casado () Divorciado () Viúvo Outro _____

Escolaridade () Analfabeto () Ens. Fund. Incompleto () Ens. Fund. Completo () Ens. Médio Incompleto

() Ens. Médio Completo () Ens. Sup. Incompleto () Ens. Sup. Completo

Outro _____

Renda () ≤ 1 salário Mínimo () 2 a 3 salários Mínimos () 3 a 4 salários Mínimos () 4 a 5 salários Mínimos () >5 salários Mínimos

1 - Medicamento Utilizado () Glibenclamida () Metmorfina () Glicazida () Insulina NPH () Insulina Regular () desconhece () Outro _____

2 - Há quanto tempo está em tratamento? _____

3- Compreensão da doença (Teste de Batalla)

3.1 - A diabetes é uma doença para vida toda? () Sim () não

3.2 - A diabetes pode ser controlada com dieta e medicamentos? () Sim () não **3.3**

- Cite dois órgãos que podem ser afetados pela glicose alterada: _____

4 - Compreensão sobre o medicamento prescrito:

4.1 - Sabe o nome de todos os medicamentos prescritos? () Sim () Não

4.2 - Sabe a dose de todos os medicamentos prescritos? () Sim () Não

4.3 - Sabe o intervalo entre as doses de todos os medicamentos prescritos? () Sim () Não

4.4 - Sabe para que serve de todos os medicamentos prescritos? () Sim () Não

5 - Adesão ao medicamento: (Teste de Morisky-Green)

5.1 - Você tem dificuldade para tomar o medicamento? () Sim () Não

5.2 - Quando se encontra bem, deixa de tomar o medicamento? () Sim () Não

5.3 - Se o medicamento gera algum mal estar, deixa de toma-lo? () Sim () Não

5.4 Toma na hora indicada? () Sim () Não

5.5 - Quando se encontra mal, deixa de tomar o medicamento? () Sim () Não

6 - Você foi orientado sobre o uso do medicamento? () Sim () Não

Por quem? _____

7 - Fatores de Risco

() Tabagismo () Etilismo () sedentarismo

8 - Possui alguma outra patologia além da diabetes? Qual?

9 - Participa de grupo de apoio em sua unidade de saúde? () Sim () Não

9 - Tem dificuldade para pegar o medicamento? () Sim () Não

12 - Quando veio a última consulta? _____ **13**

- Qual a periodicidade das consultas médicas e/ou enfermagem?

() Mensal () Bimestral () trimestral () anual () esporádico **14**

- Com que frequência verifica a glicemia?

() Diária () Quinzenal () Mensal () trimestral () anual () esporádico

15 - Quais profissionais mais orientam e acompanham a respeito da diabetes?

() ACS () Auxiliar de Enf. () Técn. De Enf. () Enf^o () Médico ()

Outro _____

16 - Participa de alguma atividade de educação em saúde?

() Nenhuma () Palestra () Vídeos () Atendimento em Grupo () Orientação Profissional

17 - Como você avalia a assistência prestada na ESF em relação a DM?

() Ótima () Boa () Regular () Ruim () Péssima

18 - Como você avalia os resultados após o acompanhamento de DM pelo programa hiperdia?

() Positivo, melhoras em relação a situação anterior.

() Estável, apenas controle

() Negativo, evolução e cronicidade dos sintomas

19 - Qual a maior dificuldade em relação a adesão ao tratamento?

() Dieta alimentar () Medicamentos () Falta de informações (Esclarecimento de dúvidas) () questões econômicas e sociais () Atividade Física () Nenhuma ()

outro _____



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “**PREVALÊNCIA DE ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO POR PACIENTES DIABÉTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA- RR**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Tarcia Millene de Almeida Costa Barreto, a qual pretende avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes diabéticos na atenção básica do município de Boa Vista-RR. Sua participação é voluntária e se dará por meio de resposta a um questionário, com perguntas abertas e fechadas acerca das estratégias adotadas para garantia da continuidade do tratamento da diabetes. A pesquisa não envolve riscos, entretanto poderá

surgir um desconforto em compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos possa se sentir incômodo em relatar suas atividades, caso isso venha a ocorrer não precisa responder a qualquer pergunta ou parte de informações obtidas em debate/entrevista/pesquisa, se sentir que ela é muito pessoal ou sentir desconforto em relatar. Se você aceitar participar, estará contribuindo para evidenciar o perfil dos pacientes diabéticos das unidades básicas de saúde do município de Boa Vista-RR, bem como possibilitando a elaboração de estratégias para melhoria do funcionamento do programa HIPERDIA, tendo em vista que a oferta do medicamento de maneira isolada não é garantia de adesão ao tratamento pois muitos fatores interferem, tais como a gravidade da doença, condição geral do paciente (presença ou não de outras doenças), capacidade de autocuidado, motivação e idade. Se depois de consentir em sua participação o (a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço Departamento de Enfermagem do Campus Paricarana Av. Cap. Ene Garcez, 2413 Bairro Aeroporto Cep: 69310-000 Boa Vista / RR, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFRR, Campus Paricarana Av. Cap. Ene Garcez, 2413 Bairro Aeroporto Cep: 69310-000 Boa Vista / RR

Consentimento Pós-Infomação

Eu, _____, fui informado (a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou receber nenhum benefício direta ou indiretamente e que posso sair quando quiser.

Assinatura do participante

Data: ____/ ____/ ____

Tarcia Millene de A. C. Barreto

Pesquisadora Responsável