

# Adesão ao tratamento em diabetes *mellitus* em unidades da Estratégia Saúde da Família\*

ADHERENCE TO DIABETES *MELLITUS* TREATMENTS IN FAMILY HEALTH STRATEGY UNITSADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES *MELLITUS* EN UNIDADES DE ESTRATEGIA DE LA SALUD DE LA FAMILIA

**Heloise Turcatto Gimenes Faria<sup>1</sup>, Manoel Antônio dos Santos<sup>2</sup>, Clarissa Cordeiro Alves Arrelias<sup>3</sup>, Flávia Fernanda Luchetti Rodrigues<sup>4</sup>, Jefferson Thiago Gonela<sup>5</sup>, Carla Regina de Souza Teixeira<sup>6</sup>, Maria Lúcia Zanetti<sup>7</sup>**

## RESUMO

Estudo transversal que teve como objetivo analisar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em 17 unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF). Participaram 423 pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2 selecionados por meio de amostragem aleatória estratificada, nas unidades da ESF de um município do interior de Minas Gerais, em 2010. Os resultados mostraram que a adesão ao tratamento medicamentoso foi superior a 60% nas 17 unidades investigadas; em relação à atividade física foi superior a 60% em 58,8% das unidades; entretanto, para o plano alimentar, foi nula em 52,9% das unidades. Conclui-se que a adesão ao tratamento medicamentoso foi alta na maioria das unidades; a prática de atividade física foi heterogênea e, em relação ao plano alimentar foi baixa em todas as unidades. Recomenda-se o fortalecimento das diretrizes institucionais e estratégias educativas, em consonância com as diretrizes do SUS, para o enfrentamento dos desafios impostos pela falta de adesão.

## DESCRIPTORIOS

Diabetes mellitus  
Adesão à medicação  
Saúde da família  
Avaliação em saúde  
Atenção Primária à Saúde

## ABSTRACT

This cross-sectional study aimed to analyze the adherence to drug and non-drug treatments in 17 Family Health Strategy units. A total of 423 patients with type 2 diabetes mellitus were selected through stratified random sampling in Family Health Strategy units of a city in the state of Minas Gerais, Brazil, in 2010. The results showed that the prevalence rate of adherence to drug therapy was higher than 60% in the 17 units investigated; in relation to physical activity, adherence was higher than 60% in 58.8% units; and for the diet plan, there was no adherence in 52.9% units. Therefore, we concluded that adherence to drug therapy in most units was high and the practice of physical activity was heterogeneous, and in relation to diet adherence, it was low in all units. We recommend strengthening of institutional guidelines and educational strategies, in line with SUS guidelines, so that, professionals may face the challenges imposed by the lack of adherence.

## DESCRIPTORS

Diabetes mellitus  
Medication adherence  
Family health  
Health evaluation  
Primary Health Care

## RESUMEN

Estudio transversal, cuyo objetivo fue analizar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en 17 unidades de Estrategia Salud de la Familia (ESF). Participaron 423 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado en unidades de ESF de un municipio de Minas Gerais en el año 2010. Los resultados mostraron que la tasa de prevalencia de la adherencia al tratamiento farmacológico fue superior a 60% en las 17 unidades investigadas; en relación a la actividad física, ésta fue superior a 60% en el 58,8% de las unidades; y para el plan de alimentación, no tuvo efecto en 52,9% de las unidades. Se concluye que: la adherencia al tratamiento farmacológico fue alta en la mayoría de las unidades, la práctica de actividad física fue heterogênea y la adherencia a la dieta fue baja en todas las unidades. Se recomienda el fortalecimiento de las normas institucionales y estrategias educativas en consonancia con las directrices del SUS para hacer frente a los desafíos impuestos por la falta de adherencia.

## DESCRIPTORIOS

Diabetes mellitus  
Cumplimiento de la medicación  
Salud de la Familia  
Evaluación en salud  
Atención Primaria de Salud

\* Extraído da tese "Desafios para a atenção em saúde: adesão ao tratamento e controle metabólico em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 no município de Passos, MG", Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011. <sup>1</sup> Professora da Libertas - Faculdades Integradas de São Sebastião do Paraíso, MG, Brasil. helogimenes@hotmail.com <sup>2</sup> Professor Associado III, Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. masantos@ffclrp.usp.br <sup>3</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. claarrelias@usp.br <sup>4</sup> Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. flavialuchetti@gmail.com <sup>5</sup> Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. jeffersoneduca@usp.br <sup>6</sup> Professora Associada, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. carlarst@eerp.usp.br <sup>7</sup> Professora Associada III, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. zanetti@eerp.usp.br

## INTRODUÇÃO

A adesão é definida como a medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar medicamentos, seguir o plano alimentar ou adotar mudanças no estilo de vida, corresponde às recomendações preconizadas por um profissional de saúde<sup>(1)</sup>.

No controle do diabetes *mellitus* (DM), a falta de adesão ao tratamento é um desafio frequentemente enfrentado na prática clínica pelos profissionais das instituições de saúde<sup>(2-3)</sup>. Assim, impõe-se buscar estratégias de intervenções que visem minimizar essa situação na atenção em diabetes.

Os fatores envolvidos na adesão incluem: acessibilidade e disponibilidade do medicamento nos serviços de saúde, dados sociodemográficos do usuário, aceitabilidade do medicamento, sensação de perda de controle sobre seu corpo, atitudes familiares e de amigos, isolamento social, relação entre usuário e profissional de saúde, esquema terapêutico, cronicidade, ausência de sintomas, tempo de diagnóstico, conhecimento e compreensão da doença e do tratamento<sup>(4-10)</sup>.

Ao considerar a política atual do Ministério da Saúde, a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), foram criadas as condições para a reorientação do modelo de atenção em saúde, em substituição ao modelo tradicional de assistência.

As ações de saúde implementadas pelas equipes da Saúde da Família têm possibilitado incrementar novas relações entre profissionais de saúde, famílias e comunidades, pautadas no estabelecimento de vínculo e na criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, o que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade, como a falta de adesão ao tratamento em DM<sup>(11)</sup>. No entanto, ainda há carência de estudos de avaliação que permitam conhecer os resultados auferidos pelo modelo de atenção à saúde em relação às porcentagens de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em Unidades de Saúde da Família (USF)<sup>(12)</sup>.

Diante desse desafio, pergunta-se: qual é a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamento para o controle do diabetes nas USF de um município no interior de Minas Gerais?

Frente ao exposto, o presente estudo teve por objetivo identificar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em 17 unidades da ESF de um município do interior de Minas Gerais. Espera-se que possa contribuir para o redirecionamento das ações implementadas na atenção em diabetes na rede de serviços da atenção primária.

## MÉTODO

Estudo quantitativo, transversal, descritivo, observacional, realizado de fevereiro a dezembro de 2010, no município

de Passos, Minas Gerais. A população foi constituída por 1.406 indivíduos com DM tipo 2 (DM2) cadastrados nas 17 USF que compõem a rede de Atenção Básica do SUS do referido município. Cabe destacar que a cobertura da ESF no município é de mais de 70% da população total, o que justifica a escolha dessa população.

Participaram do estudo pacientes com idade acima de 18 anos, com diagnóstico de DM2, prescrição médica de terapia medicamentosa para controle da doença, capacidade cognitiva e auditiva preservadas, em seguimento nas referidas USF. Foram excluídas as mulheres com DM gestacional e os pacientes que faziam uso de insulina.

A amostra foi calculada por meio de fórmula para estudos transversais de população infinita, com base em uma prevalência de adesão conservadora de 50%, que permitiu o maior quantitativo possível. O cálculo do tamanho da amostra resultou em 421 pessoas com DM2. Ao considerar possível perda de amostragem, foi acrescida de 20%, considerando perdas por recusas, hospitalizações, desistências, informações erradas e/ou não disponíveis, totalizando 505 indivíduos.

A amostra foi probabilística, do tipo aleatória estratificada, com base no percentual de pessoas com DM2, cadastradas, em cada uma das 17 USF. Foram selecionadas 505 pacientes, sendo que 14 não foram encontrados no domicílio, 12 recusaram-se a participar da pesquisa, seis negaram ter o diagnóstico de DM2, 25 foram excluídos por fazerem uso de insulina, 11 mudaram de endereço, cinco não faziam uso de terapia farmacológica para DM2, três devido a déficit visual e um auditivo, cinco foram a óbito, totalizando 82 (16,2%) perdas de amostragem. Dessa maneira, a amostra foi constituída por 423 pacientes com DM2, que atenderam aos critérios de inclusão.

Para a coleta de dados do estudo foram utilizados quatro instrumentos: 1) um questionário contendo variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade e renda familiar), clínicas (tempo de diagnóstico, comorbidades, complicações crônicas), controle metabólico (Índice de Massa Corpórea – IMC, circunferência abdominal – CA, pressão arterial – PA e exames laboratoriais); 2) Medida de Adesão aos Tratamentos – MAT: instrumento utilizado para avaliar o comportamento do paciente em relação ao uso diário dos medicamentos prescritos, composto por sete itens, em uma escala Likert de seis pontos, de 1 (sempre) a 6 (nunca)<sup>(13)</sup>; 3) Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA): avalia o consumo de dez grupos de alimentos, segundo número de vezes, unidade e tamanho das porções consumidas<sup>(14)</sup> e 4) Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão curta: composto por oito questões que avaliam o nível da prática habitual de atividade física, a partir de informações sobre a frequência e a duração da atividade física, bem como o tempo dependido na posição sentada<sup>(15)</sup>.

A coleta de dados foi realizada por pesquisadores de campo, previamente selecionados e treinados. Os dados sociodemográficos, clínicos, do MAT, QFCA e IPAQ, foram obtidos por meio de entrevista dirigida, realizada no domicílio dos pacientes. O tempo médio de duração de cada entrevista foi de 40 minutos. Os dados de PA, peso, altura, CA e exames laboratoriais foram coletados nas 17 USF, após convocação e orientação prévia sobre o jejum. Para obtenção dos valores de PA, Peso, altura e CA utilizaram-se os procedimentos padronizados na literatura<sup>(16-17)</sup>. Os pacientes em uso de medicamentos, para controle da pressão arterial e diabetes, receberam recomendações especiais. O estudo foi realizado no período de fevereiro a dezembro de 2010.

Para análise dos dados obtidos foram seguidos os parâmetros propostos pela SBD (2011) para PA, peso, altura, CA e exames laboratoriais. Foi considerada elevada a PA >130x85 mmHg. Em relação ao peso corporal, considerou-se indicador de obesidade IMC  $\geq$ 30. Em relação a CA, foram considerados valores >102cm para homens e 88cm para mulheres. Foram considerados alterados valores de colesterol total >200mg/dl, de hemoglobina glicada A1c (HbA1c) >7, triglicerídeos >150mg/dl, colesterol de lipoproteína de alta densidade (HDL-C) >100mg/dl e colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL-C) <45mg/dl.

No questionário MAT foi considerado como aderente e não aderente o paciente que obteve valor  $\geq$  5 pontos e < 5, respectivamente. Foram considerados como não aderentes ao tratamento os valores obtidos de 1 a 4, relacionados às respostas *sempre, quase sempre, com frequência e às vezes*. Para caracterizar adesão ao tratamento, consideraram-se os valores obtidos 5 e 6, correspondentes às respostas *raramente e nunca*<sup>(18)</sup>.

Os dados obtidos no QFCA foram digitados no programa *Dietsys*, versão 4.0<sup>(19)</sup> e, por meio deste, obteve-se a média do valor calórico total (VCT) consumido por cada indivíduo, a quantidade de fibras e colesterol, em miligramas, além da porcentagem de carboidratos, proteínas, gordura total e saturada em relação ao VCT. O cálculo do VCT e dos macronutrientes foi realizado a partir da codificação das respostas sobre a frequência do consumo de cada alimento do QFCA.

Para o QFCA foram considerados como adesão os pacientes que atenderam a pelo menos três das seis recomendações nutricionais preconizadas pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD)<sup>(20)</sup>, ou seja, consumo de carboidratos totais, fibra alimentar e o fracionamento das refeições. Optou-se por essas três recomendações devido à relação direta com o controle glicêmico dos pacientes com DM.

Para a análise do IPAQ, primeiramente, os pacientes foram classificados em quatro categorias: sedentários, insuficientemente ativos; moderadamente ativos e

muito ativos. A atividade física foi descrita em: tipo de atividade segundo o IPAQ – realização de caminhada, atividade moderada e atividade vigorosa, e o total de atividade física em MET. A inatividade física foi avaliada por meio do tempo sentado ao dia e semanal, medido em minutos/dia e minutos/semana, classificado em quartis. Para a definição do nível de atividade física, foi considerado o gasto metabólico (em MET) derivado do tempo em minutos/semana em atividades específicas, que foi estimado a partir do Compêndio de *Ainsworth*<sup>(21)</sup> e combinado à frequência com que as atividades foram realizadas. Neste estudo foram considerados pacientes aderentes aqueles que se enquadraram nas categorias *moderadamente ativo* e *muito ativo*, e não aderentes aqueles incluídos nas categorias *sedentário* e *insuficientemente ativo*.

Para análise dos dados do índice de massa corporal (IMC) e circunferência abdominal, exames laboratoriais e da pressão arterial, seguiram-se as recomendações da *World Health Organization (WHO)*<sup>(22)</sup> e SBD<sup>(20)</sup>, respectivamente. Para a organização dos dados foi criada uma base de dados no programa estatístico SAS<sup>®</sup> 9.0, realizando-se a dupla digitação. Para cada USF foi atribuído um número (USF 1, USF 2... USF 17). Os dados foram avaliados por meio de estatística descritiva. Para apresentação dos dados foram utilizados os valores absolutos e porcentagens. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de São Paulo (protocolo n. 0990/2009).

## RESULTADOS

Dos 423 (100%) pacientes, a média de idade foi de 62,4 (DP=11,8) anos com predomínio do sexo feminino (66,7%); em relação à escolaridade, a média foi 4,3 (DP=3,6) anos de estudo; a renda familiar média foi de US\$ 886,95 (DP=2744,4) dólares. A maioria dos pacientes (58,4%) tinha tempo inferior a dez anos de diagnóstico, com média de 9 (DP=6,6) anos. As principais comorbidades referidas relacionadas ao DM2 foram: hipertensão arterial (81,3%) e dislipidemia (32,4%). Quanto às complicações crônicas, destacaram-se: retinopatia (37,8%) e cardiopatia (20,3%). Encontravam-se em obesidade 18,9% dos pacientes; 76,1% e 73,7% apresentavam circunferência abdominal e pressão arterial elevadas, respectivamente. Com exceção do colesterol total (48,9%), todos os demais parâmetros laboratoriais estavam alterados na maioria da amostra: HbA1c (75,2%), triglicerídeos (60,3%), HDL-C (65,6%) e LDL-C (68,7%).

A Tabela 1 mostra o número de pacientes investigados em cada USF. Destaca-se que, da amostra, a maioria dos pacientes estava cadastrada na USF 2 (8,0%), seguida pelas USF 5 (7,8%) e USF 9 (7,8%). A menor amostra estudada (2,8%) foi proveniente da USF 1.

**Tabela 1** - Distribuição numérica e percentual dos pacientes com DM2, cadastrados na ESF, segundo as USF a qual pertencem - Passos, MG, 2010

USF	N	%
1	12	2.8
2	34	8.0
3	25	5.9
4	32	7.6
5	33	7.8
6	24	5.7
7	15	3.5
8	25	5.9
9	33	7.8
10	20	4.7
11	19	4.5
12	22	5.2
13	23	5.4
14	24	5.7
15	30	7.1
16	27	6.4
17	25	5.9
<b>Total</b>	<b>423</b>	<b>100.0</b>

Nota: (N = 423).

**Tabela 2** - Distribuição numérica e percentual dos pacientes de cada USF que aderiram ao tratamento medicamentoso, ao plano alimentar e à atividade física, em relação ao total de pacientes investigados em cada USF - Passos, MG, 2010

USF	Adesão ao tratamento		
	Medicamentoso (MAT)	Plano alimentar (QFCA)	Atividade física (IPAQ)
	n (%)	n (%)	n (%)
1	8 (66.7)	–	12 (100.0)
2	27 (79.4)	1 (2.9)	16 (47.1)
3	23 (92.0)	–	7 (28.0)
4	23 (71.9)	1 (3.1)	20 (62.5)
5	31 (93.9)	–	15 (45.4)
6	21 (87.5)	–	11 (45.8)
7	14 (93.3)	–	5 (33.3)
8	20 (80.0)	2 (8.0)	6 (24.0)
9	28 (84.8)	2 (6.1)	26 (78.8)
10	16 (80.0)	1 (5.0)	15 (75.0)
11	16 (84.2)	1 (5.3)	15 (78.9)
12	18 (81.8)	2 (9.1)	11 (50.0)
13	18 (78.3)	–	14 (60.9)
14	22 (91.7)	–	15 (62.5)
15	26 (86.7)	–	25 (83.3)
16	24 (88.9)	–	19 (70.4)
17	22 (88.0)	3 (12.0)	16 (64.0)

Nota: (N = 423).

Os resultados mostraram que 84,4% dos pacientes apresentou adesão ao tratamento medicamentoso, 58,6% à prática de atividade física e apenas 3,1% ao plano alimentar. Ao analisar simultaneamente os três elementos investigados, nota-se que apenas seis (1,4%) dos pacientes apresentaram adesão total ao tratamento do DM2, 49,4% apresentou adesão a dois planos terapêuticos, sendo que 47,7% combinava plano medicamentoso e atividade física e que 43 e 6,2% tinham adesão a um e nenhum dos planos terapêuticos do DM2, respectivamente.

A Tabela 2 mostra a distribuição numérica e percentual dos pacientes de cada USF que aderiram ao tratamento medicamentoso, ao plano alimentar e à atividade física, em relação ao total de pacientes investigados em cada unidade. Observa-se que a adesão ao tratamento medicamentoso foi superior a 60% em todas as unidades investigadas, com destaque para a USF 5, que apresentou a maior porcentagem (93,9%).

Em relação ao plano alimentar, em mais da metade, ou seja, 52,9% das USF houve não adesão ao tratamento. Nas em que houve adesão, a maior porcentagem foi de 12%, verificada na USF 17.

Nesta variável também se observou variabilidade nos resultados obtidos em função da Unidade, porém com menor amplitude de variação da adesão: de 2,9% a 12%. Quanto à prática de atividade física, a adesão variou de 24 a 100%, tendo se destacado a USF 1. Essa foi a maior variabilidade obtida entre as USF. Vale ressaltar que 58,8% das unidades apresentaram adesão à atividade física superior a 60%.

A Tabela 3 mostra a distribuição numérica e percentual do total de pacientes cadastrados nas USF que aderiram ao tratamento medicamentoso, ao plano alimentar e à atividade física. Observa-se que, dos 423 pacientes investigados, 357 apresentaram adesão ao tratamento medicamentoso, 13 ao plano alimentar e 248 à prática

da atividade física. Dos que apresentaram adesão ao tratamento medicamentoso para o controle do DM, 8,7% eram provenientes da USF 5. Quanto ao plano alimentar, a maioria (23,0%) era cadastrada na USF 17. Em relação à prática da atividade física, 10,5 e 10,1% provinham das USF 9 e 15, respectivamente.

**Tabela 3** – Distribuição numérica e percentual do total de pacientes cadastrados nas USF que aderiram ao tratamento medicamentoso, plano alimentar e atividade física. Passos, MG, 2010

USF	Adesão ao tratamento		
	Medicamentoso (MAT)	Plano alimentar (QFCA)	Atividade física (IPAQ)
	n (%)	n (%)	n (%)
1	8 (2.2)	–	12 (4.9)
2	27 (7.6)	1 (7.7)	16 (6.5)
3	23 (6.4)	–	7 (2.8)
4	23 (6.4)	1 (7.7)	20 (8.1)
5	31 (8.7)	–	15 (6.0)
6	21 (5.9)	–	11 (4.4)
7	14 (4.0)	–	5 (2.0)
8	20 (5.6)	2 (15.4)	6 (2.4)
9	28 (7.8)	2 (15.4)	26 (10.5)
10	16 (4.5)	1 (7.7)	15 (6.0)
11	16 (4.5)	1 (7.7)	15 (6.0)
12	18 (5.0)	2 (15.4)	11 (4.4)
13	18 (5.0)	–	14 (5.7)
14	22 (6.2)	–	15 (6.0)
15	26 (7.3)	–	25 (10.1)
16	24 (6.7)	–	19 (7.7)
17	22 (6.2)	3 (23.0)	16 (6.5)
<b>Total</b>	<b>357 (100)</b>	<b>13 (100)</b>	<b>248 (100)</b>

Nota: (N = 357).

## DISCUSSÃO

No que se refere à adesão ao tratamento do DM, das 17 USF investigadas, uma destacou-se quanto à adesão dos usuários do serviço de saúde em relação ao tratamento medicamentoso, outra no plano alimentar e outra na prática de atividade física. Duas unidades apresentaram bons resultados para os três elementos que compõem o esquema terapêutico para o controle do DM: medicamentoso, plano alimentar e atividade física.

As medidas de adesão encontradas nas referidas unidades podem refletir a política de atenção ao diabetes adotada pela Secretaria Estadual de Saúde, que recomenda que haja monitoramento contínuo dos pacientes com DM pelas equipes da ESF, com objetivo de promover o controle da doença, prevenir complicações, reduzir custos e estimular a adesão ao tratamento<sup>(23)</sup>.

A adesão ao plano alimentar foi baixa em todas as unidades avaliadas. Reconhece-se que a adesão do usuário ao plano alimentar é um dos maiores desafios das equipes da ESF, em decorrência da complexidade que envolve o comportamento alimentar. Esses resultados podem refletir a importância do suporte à promoção e ao desenvolvimento de ações que fortaleçam os recursos internos do

usuário para a adaptação ao plano alimentar recomendado, bem como o suporte social necessário para adesão ao tratamento não medicamentoso<sup>(24-26)</sup>.

Por outro lado, a adesão à atividade física foi elevada em todas as unidades. Pode-se atribuir esse resultado à cultura contemporânea do cuidado com o corpo e busca do bem-estar, ou ainda à incorporação de comportamentos de autocuidado estimulados de forma programática pelas ações da ESF. Investimentos em academias ao ar livre, ciclovias, parques, entre outros, como política pública de saúde, podem contribuir para a adesão à prática de atividades físicas da população geral, inclusive as pessoas com DM<sup>(27)</sup>.

Em relação ao tratamento medicamentoso, constatou-se que a adesão foi superior a 60% em todas as USF investigadas. Esse dado pode estar condicionado a diversos fatores, como a política de distribuição de medicamentos gratuitos pela rede de saúde, assegurando a acessibilidade a esses insumos, bem como a facilidade para a tomada do medicamento. Esses dados corroboram outros estudos, que mostram que a adesão ao tratamento medicamentoso são elevadas<sup>(28-29)</sup>. As porcentagens elevadas estão relacionadas à aceitabilidade do tratamento medicamentoso e à crença no efeito do medicamento para o controle da doença. Por outro lado, a adesão à atividade física regular

e ao plano alimentar depende de fatores complexos, tais como valores socioculturais, motivação para a mudança de atitude, conhecimento sobre a doença, acesso a local adequado para desenvolvimento da atividade física, exames ergométricos para indicação da atividade física apropriada e acompanhamento dos pacientes por nutricionista e educador físico na rede básica de saúde<sup>(25,29-30)</sup>.

Ao comparar as taxas de adesão ao tratamento para DM nas diferentes USF, constatou-se grande variabilidade nas medidas para o tratamento medicamentoso e prática de atividade física. Esses resultados sugerem que a política de distribuição de insumos relacionados aos medicamentos e suporte ao desenvolvimento de atividade física podem apresentar variabilidade nos benefícios alcançados e que outras variáveis, que não foram objeto deste estudo, poderiam explicar a heterogeneidade encontrada nas unidades investigadas.

Por outro lado, os indicadores que mostram o controle da doença, tais como a PA, CA, perfil lipídico e Hb1c, mostraram-se alterados. Reconhece-se que os pacientes podem já estar se beneficiando das políticas públicas implementadas para o controle das doenças crônicas, como o DM, no entanto, é possível postular que os eventuais benefícios ainda não se traduziram em melhora dos indicadores de controle metabólico. Desse modo, a ESF, como modelo de atenção à saúde preconizado para reorganização do sistema de saúde no Brasil a partir da Atenção Primária, deve direcionar esforços para melhor compreensão da complexidade da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso para o diabetes.

Compreender as barreiras implicadas na baixa adesão aos pilares do tratamento do DM na rede pública possibilita a reorientação das ações de saúde, com abrangência local, para superação dos obstáculos à efetivação das metas preconizadas pela ESF<sup>(12)</sup>. Desse modo, será possível implementar estratégias que possam melhorar o nível de saúde da comunidade.

A adesão ao tratamento também pode constituir um valioso indicador para avaliar a efetividade da atenção em diabetes, em conjunto com outros fatores relacionados à avaliação de serviços e programas, tais como: avaliação da cobertura, acessibilidade e equidade; eficácia, efetividade e impacto das práticas de saúde implementadas; eficiência das ações, qualidade e adequação das ações ao conhecimento técnico-científico dos

profissionais e satisfação dos pacientes em relação às práticas de saúde ofertadas<sup>(28)</sup>.

## CONCLUSÃO

A adesão ao tratamento medicamentoso foi positiva em todas as USF, evidenciando que a política pública de distribuição gratuita de medicamentos pela rede de saúde e o modelo de atenção adotado na ESF podem estar favorecendo as porcentagens de adesão à terapia medicamentosa. A adesão à atividade física também foi positiva. Esse dado é promissor, pois revela que essa faceta do autocuidado está sendo incorporada ao tratamento do diabetes. Por outro lado, a adesão ao plano alimentar foi preocupante, o que evidencia a complexidade da adoção de novos hábitos alimentares na vida adulta. Esse fator constitui um obstáculo decisivo à mudança de hábitos de vida, o que se evidenciou em todas as ESF investigadas.

Frente aos achados encontrados no presente estudo, recomenda-se o fortalecimento das diretrizes institucionais e estratégias educativas, em consonância com as diretrizes do SUS, de que a adesão ao plano alimentar, à prática de atividade física e aos medicamentos para o tratamento do DM sejam considerados indicadores efetivos da implementação dos princípios de longitudinalidade e integralidade na atenção em diabetes, no município estudado. Recomenda-se, ainda, que sejam realizados futuros estudos relacionados às estratégias direcionadas à identificação do risco individual para falta de adesão, a fim de conhecer suas variáveis preditoras.

Como limitação do estudo destaca-se a necessidade de explorar por que a adesão é maior em algumas unidades do que em outras. Identificar as variáveis contextuais envolvidas nessa questão poderia contribuir para a qualificação dos profissionais em saúde no planejamento das intervenções em diabetes. Nessa direção, sugerem-se estudos que possam avaliar a capacitação e configuração da equipe da UFS na atenção em diabetes, as complicações crônicas da doença, as características sociodemográficas dos usuários dos serviços de saúde, entre outras variáveis, para melhor compreensão do fenômeno investigado.

Conhecer a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso tem relevância clínica para a Enfermagem, pois possibilita direcionar a tomada de decisões clínicas em relação ao tratamento do diabetes na equipe da ESF.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization(WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
2. Araújo MFM, Freitas RWJF, Fragoso LVC, Araújo TM, Damasceno MMC, Zanetti ML. Cumprimento da terapia com antidiabéticos orais em usuários da atenção primária. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(1):135-43.
3. Sarti TD, Campos CEA, Zandonado E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(3):537-48.
4. Valle EA, Viegas EC, Castro CAC, Toledo Junior AC. A adesão ao tratamento. *Rev Bras Clín Ter.* 2000;26(3):83-6.

5. Leite SN, Vasconcelos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(3):775-82.
6. Mann DM, Ponieman D, Leventhal H, Halm EA. Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs. *J Behav Med*. 2009;32(3):278-84.
7. Broadbent E, Donkin L, Stroh JC. Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes Care*. 2011;34(2):338-40.
8. Costa JA, Balga RSM, Alfenas RCG, Cotta RMM. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(3):2001-9.
9. Gherman A, Schnur J, Montgomery G, Sassu R, Veresiu I, David D. How are adherent people more likely to think? A meta-analysis of health Beliefs and diabetes self-care. *Diabetes Educ*. 2011;37(3):392-408.
10. Santos MA, Alves RCP, Oliveira VA, Ribas CR, Teixeira CR, Zanetti ML. Social representations of people with diabetes regarding their perception of family support for the treatment. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2013 Sept 17];45(3):651-8. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en\\_v45n3a15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en_v45n3a15.pdf)
11. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília; 2011.
12. Silva ASB, Santos MA, Teixeira CRS, Damasceno MMC, Camilo J, Zanetti ML. Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(3):512-8.
13. Delgado AB, Lima ML. Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicol Saúde Doenças*. 2001;2(2):81-100.
14. Ribeiro AB, Cardoso MA. Construção de um questionário de frequência alimentar como subsídio para programas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. *Rev Nutr*. 2002;15(2):239-45.
15. Matsudo SM, Araújo T, Matsudo V, Douglas A, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2001;6(2):5-18.
16. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2010;17(1):1-66.
17. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília; 2011.
18. Faria HTG. Desafios para a atenção em saúde: adesão ao tratamento e controle metabólico em pessoas com diabetes mellitus tipo 2, no município de Passos, MG [tese doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011.
19. Block G, Coyle LM, Hartman AM, Scoppa SM. Revision of dietary analysis software for the Health Habits and History Questionnaire. *Am J Epidemiol*. 1994;139(12):1190-6.
20. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes. Rio de Janeiro: SBD; 2011.
21. Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Sijthart SJ, et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc*. 2000;32(9 Suppl):S498-516.
22. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 1995.
23. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à Saúde do Adulto: hipertensão e diabetes. 2ª ed. Belo Horizonte: SAS/MG; 2007.
24. Ribas CRP, Santos MA, Zanetti ML. Representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes mellitus. *Interam J Psychol*. 2011;45(2):255-62.
25. Pontieri FM, Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(1):151-60.
26. Gomes-Villas Boas LC, Foss MC, Foss-Freitas MC, Monteiro LC, Pace AM. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(2):272-9.
27. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: OPAS/CONASS; 2011.
28. Hankó B, Kázmér M, Kumli P, Hrágyel Z, Samu A, Vincze Z, et al. Self-reported medication and lifestyle adherence in Hungarian patients with type 2 diabetes. *Pharm World Sci*. 2007;29(2):58-66.
29. Gimenes HT, Zanetti ML, Haas VJ. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. *Rev Latino Am Enferm*. 2009;17(1):46-51.
30. Rodrigues FFL, Zanetti ML, Santos MA, Martins TA, Sousa VD, Teixeira CRS. Knowledge and attitude: important components in diabetes education. *Rev Latino Am Enferm*. 2009;17(4):468-73.