
ARTIGO ORIGINAL

Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina

Ana Carolina Morábito de Barros¹, Michele Birckholz Rocha¹, Ernani Tiaraju de Santa Helena²

Resumo

Introdução: A satisfação dos pacientes pode influenciar sua adesão ao tratamento em doenças crônicas. Tem-se por objetivo estudar a associação entre satisfação com o serviço e não-adesão ao tratamento entre diabéticos atendidos no PSF em Blumenau, SC.

Métodos: Estudaram-se características sócio-demográficas, da doença, do tratamento e satisfação numa amostra aleatória de usuários em 2006, mediante entrevistas estruturadas. A variável dependente foi não-adesão ao tratamento. Mediu-se a glicemia capilar pós-prandial. Calculou-se a prevalência de não-adesão, razão de prevalência (IC95%) e análise estratificada por possíveis variáveis de confusão. Utilizou-se teste de Qui-quadrado de Pearson e ajustado de Mantel-Haenszel, sendo aceito um valor de $p < 0,05$.

Resultados: foram entrevistadas 341 pessoas, sendo 67,4% do sexo feminino, 79,5% brancas, 60,2% casadas e 73,9% católicas. A média de idade foi de 59,4 anos ($\pm 13,51$) e mediana de 59,3 anos. 93,3% estão satisfeitas com o atendimento do pessoal de saúde, 92,9%, com o médico; 81,7% estão satisfeitas com a estrutura do serviço e acesso a consultas 73,1%. A prevalência de não-adesão ao tratamento foi de 71,0% (IC 95% 65,8 – 75,7) e 47,2 % apresentaram glicemia capilar acima de 180 mg/dl. A não-adesão ao tratamento se mostrou associada a idades mais jovens, cor preta/parda, religião não-católica, consumo de álcool, interrupção previa do tratamento, presença de transtorno mental comum e

menor grau de satisfação ($p < 0,05$). Esta última associação sofreu ajuste das variáveis consumo de álcool, transtorno mental e idade.

Conclusões: A elevada prevalência de não-adesão deve servir de alerta sobre a qualidade dos serviços. Pessoas mais satisfeitas parecem apresentar maior adesão ao tratamento.

Descritores: 1. Recusa ao tratamento;
2. Satisfação do paciente;
3. Diabetes mellitus;
4. Atenção primária à saúde.

Abstract

Background: The patients' satisfaction can influence its adherence to drug treatment in chronic diseases.

Objective: It was studied the association between satisfaction of with the health service and non-adherence to treatment among diabetic patient's assisted by PSF in Blumenau, SC.

Methods: The socio-demographic characteristics of the illness, treatment and also of the satisfaction were studied in a random sample of users in 2006, through structured interviews. The dependent variable was non-adherence with treatment. The post-prandial glycemic capillary was measured. The prevalence of non-adherence and prevalence ratio (95% confidence interval) were calculated, with stratified analysis by confounding. It was used Pearson's and Mantel-Haenszel Chi-Square test, with an accepted "p -value" $< 0,05$.

Results: population study had 341 people with age

1- Acadêmicas do Curso de Medicina – Universidade Regional de Blumenau
2- Médico Sanitarista – Doutor em Ciências DMP-FMUSP – Professor do Departamento de Medicina da Universidade Regional de Blumenau

means of 59,4 years (± 13.51) and median of 59,3 years. They are female (67,4%), white (79,5%), married (60,2%) and catholic (73,9%). 93,3% are satisfied with the attendance health service, 92,9% with the doctor, 81,7% are satisfied with the structure of the service and access to appointments 73,1%. The prevalence of non-adherence to treatment was 71,0% and 47,2% had capillary glycemia above 180 mg/dl. Non-adherence to treatment was associated with younger age, black color, non-Catholic religion, alcohol consumption, premature interruption of treatment, presence of common mental disorder and smaller degree of satisfaction ($p < 0,05$). This last association was adjusted by variables alcohol consumption, common mental disorder and age.

Conclusions: The high prevalence of non-adherence should serve as a warning about the quality of services. People who seem more satisfied produce greater adherence to treatment.

Key Words: 1. *Treatment refusal;*
2. *Patient satisfaction;*
3. *Diabetes mellitus;*
4. *Primary health care.*

Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) é um dos principais agravos da saúde pública no Brasil. Sua incidência e prevalência estão aumentando em proporções epidêmicas, chegando à prevalência de diabetes a 7,6% em estudo nacional realizado em diversas capitais¹. Está associado a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos².

No período entre 2002 e 2006 foram cadastrados pelo Programa Hiperdia do Ministério da Saúde 124.186 pessoas com diabetes mellitus em Santa Catarina. Destes, 5,2% relatavam pé diabético, 2,3% tiveram amputação de parte de um membro inferior e 9,7% apresentavam doença renal³. Estas complicações poderiam ter sido evitadas ou minimizadas com uma maior adesão terapêutica dos pacientes na atenção primária em saúde (APS).

Dentre os maiores desafios no controle clínico do DM encontra-se a questão da adesão ao tratamento, especialmente no que se refere ao regime medicamentoso. Considera-se adesão como “o quanto o comportamento de uma pessoa (tomada de medicamentos, seguir uma dieta, ou mudar hábitos de

vida) está de acordo com as recomendações de um profissional de saúde”⁴. O baixo grau de adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do paciente e a sua qualidade de vida, constituindo-se em problema relevante, que pode trazer conseqüências pessoais, sociais e econômicas. Estudo recente sugere que a melhora da adesão diminui consultas de emergência e internações, reduz custos médicos e promove o bem estar dos pacientes⁵.

A frequência de adesão ao tratamento medicamentoso em pessoas com DM tem oscilado entre 56 e 79 %^{6,7,8}.

Dentre os fatores que podem influenciar a adesão, merece destaque o papel dos serviços de saúde: estrutura, acesso, profissionais e tecnologias disponíveis. Segundo Ware (1983), a medida da satisfação dos usuários ou dos pacientes é uma avaliação pessoal dos cuidados e dos serviços de saúde que são dispensados⁹. Estudos de satisfação em APS mostram que os usuários apresentam melhor avaliação dos aspectos relacionais (atendimento, cuidado, comunicação interpessoal, etc) que organizacionais (estrutura física, acesso a consultas e medicamentos)^{10 11}.

Este estudo tem por objetivo determinar a prevalência da adesão ao tratamento de pessoas com diabetes mellitus atendidas nas unidades de saúde da família de Blumenau, SC e sua possível associação com a satisfação desses com os serviços de saúde que os assiste.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional transversal, tendo como unidades de análise os indivíduos. A população de estudo foi composta pelas pessoas portadoras de diabetes mellitus moradoras nas áreas de abrangência das unidades de saúde da família de Blumenau, SC. Foi procedida amostragem aleatória obtida em dois estágios, sendo o primeiro por amostragem aleatória simples de 10 unidades de saúde da família (dentre as 34 existentes que estavam em atividade há mais de 06 meses). Nestas unidades, foram identificadas aquelas pessoas moradoras da área de abrangência da unidade que foram cadastradas como portadores de diabetes ($n = 507$), sendo então procedida à amostragem aleatória estratificada, distribuindo o tamanho amostral proporcionalmente aos diabéticos cadastrados em cada unidade.

O tamanho da amostra foi calculado tomando como

referência uma prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso de 50% e de satisfação de 70%, com uma precisão de 5% e estimativa de parâmetros por intervalo de 95% de confiança. A amostra de estudo prevista foi de 385 pessoas portadoras de diabetes mellitus¹². Da amostra prevista ocorreram 12 perdas, recusas ou erros diagnósticos, sendo entrevistadas 373 pessoas. Excluiu-se do estudo pessoas que foram consideradas portadoras de diabetes mellitus, mas que não necessitavam de tratamento com medicamentos (n=32).

Os dados foram obtidos mediante entrevistas pessoais (com cerca de uma hora de duração) realizadas na residência das pessoas com diabetes mellitus por entrevistadores previamente treinados. As pessoas foram informadas do estudo por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi aplicado um questionário elaborado para o estudo com as seguintes variáveis: sexo, idade (em anos completos), estado conjugal, religião, raça/cor (conforme referido pelo entrevistado), escolaridade (anos de estudo), tempo da doença e tempo de tratamento (em anos), frequência a consultas e atividades de grupo, interrupção prévia do tratamento, necessidade de hospitalização nos últimos 12 meses, presença de outras doenças clínicas associadas, transtornos mentais comuns (pela aplicação do “Self-Report Questionnaire”- SRQ 20)¹³, estilo de vida (consumo de tabaco, álcool, prática de atividades físicas), número médio de medicamentos e classes de medicamentos utilizados, relato de reações adversas. O questionário foi submetido a validação de conteúdo pela equipe de pesquisa e consultores externos, e submetido a teste piloto com 20 pessoas usuárias de outras unidades de saúde da família do município para adequação de conteúdos e linguagem.

O *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) é um instrumento de identificação para transtornos psiquiátricos comuns na atenção primária. Formado por 20 questões cujas respostas determinam um score, com o qual será possível identificar um provável caso de transtorno mental comum. O ponto de corte é determinado por seis ou mais respostas positivas para os homens, e oito ou mais para as mulheres, pessoas com pontuação acima do ponto de corte são consideradas como prováveis portadores de transtorno mental comum¹³.

A variável dependente foi não-adesão ao tratamento. A prevalência de não-adesão foi medida através de questionário previamente validado “Questionário de Adesão a Medicamentos – Equipe Qualiaids” (QAM-

Q) que consta de 3 perguntas: 1. “Nos últimos 7 dias, quais dias da semana o(a) Sr(a). não tomou ou tomou a mais pelo menos 1 comprimido deste remédio?” (assinalavam-se os dias da semana informados pelo entrevistado); 2. “Nestes dias, quantos comprimidos o(a) Sr(a). deixou de tomar ou tomou a mais?” (os comprimidos não tomados ou tomados a mais eram assinalados nos horários correspondentes) 3. “Como estava sua glicemia a última vez que o(a) Sr(a) mediu?”¹⁴. Essas perguntas foram precedidas por um inventário de atividades do entrevistado dos últimos sete dias (como forma de melhorar a lembrança e associação da tomada de medicamentos com estas atividades), seguido de um comentário introdutório que tinha por objetivo reduzir qualquer sensação de juízo de valor negativo por parte do entrevistador, caso o entrevistado mencionasse não ter tomado seus medicamentos. Construiu-se uma medida composta, em que somente foi considerado aderente aquele indivíduo que tomasse a quantidade correta (80-120% das doses prescritas), de modo correto (sem “feriados”, “tomada errática”, “meia-adesão” ou abandono) e relatasse que sua glicemia estava normal.

A satisfação dos usuários foi estimada por 8 questões gerais previamente validadas que se referiam a estrutura e acesso (2 questões), atendimento, tratamento e cuidado do pessoal da unidade (3 questões), satisfação com tratamento e com médico (2 questões), geral (1 questão). Constituiu-se um índice de satisfação geral, que foi obtido pela composição dos escores médios das 8 questões, sendo 1 a máxima satisfação e 4 totalmente insatisfeito. Após a obtenção dos escores médios, dividiu-se a amostra (pela mediana), constituindo-se dois grupos, um com maior e o outro com menor grau de satisfação¹⁵.

Ao final das entrevistas procedeu-se à medida de glicemia capilar pós-prandial, onde o ponto de corte adotado foi o de menor ou igual 180 mg/dl¹⁶. Foi obtida uma gota de sangue de um dedo da mão por lancetamento, que foi aplicada em fita reagente. A medida de glicemia foi obtida pela leitura da fita reagente em aparelho modelo “Prestige” (Abbot) que era calibrado antes de cada utilização.

Todos os questionários foram revisados pelos pesquisadores para controle de qualidade do preenchimento. Foram consultados os prontuários dos pacientes nas unidades de saúde visando esclarecer ou complementar as informações obtidas nas entrevistas. Os dados foram digitados em banco de dados eletrônico (aplicativo Epidata 3.0, domínio público), sendo os

pacientes identificados somente por número de registro.

Inicialmente, examinaram-se as frequências simples com intervalos inter-quartílicos de todas as variáveis de estudo, com objetivo de estudar as características de suas distribuições. Para variáveis quantitativas foram calculadas a média, com respectivo desvio-padrão (dp), e a mediana.

Foi calculada a prevalência de não-adesão com intervalo de 95% de confiança para uma distribuição binomial. A Razão de Prevalência foi calculada com o intervalo de 95% de confiança, como medida de associação entre a variável “não-adesão” (variável categórica definida a partir do QAM-Q) e cada variável independente (análise univariada). Empregou-se o teste de “Qui-quadrado de Pearson” ou teste de “Qui-quadrado de tendência” (ou Teste Exato de Fischer, quando fosse o caso) para estabelecer significância estatística¹⁷.

Para se estimar o possível efeito de variáveis de confusão na associação entre satisfação e não-adesão, se procedeu à análise estratificada para cada variável considerada como possível variável de confusão que apresentasse associação estatisticamente significativa com adesão. Para tanto, utilizou-se do cálculo das Razões de Prevalência de cada estrato e final, ajustada pelo método de Mantel-Haenszel. Foi aceito um valor de $p < 0,05$ para o estabelecimento de significância estatística.

Esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FURB, sendo aprovado sem restrições, de acordo com o parecer constante do processo de número 040/04.

Resultados

A amostra final constou de 341 pessoas com idade média entre 59,4 (dp=13.5) anos e mediana de 59,3 anos. A Tabela 1 mostra as características sócio-demográficas das pessoas com diabetes mellitus estudadas.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas de pessoas com diabetes mellitus atendidas em unidades de saúde da família de Blumenau – 2006

Características	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa* (%)
Sexo		
Feminino	230	67,5
Masculino	111	32,6
Faixa Etária		
até 39 anos	23	6,8
40 a 49	44	12,9
50 a 59	105	30,8
60 a 69	85	24,9
70 a 79	68	19,9
80 e mais	16	4,7
Estado conjugal		
Casado	204	60,2
não casado	135	39,8
Raça/cor		
Branco	271	79,5
não branco	70	20,5
Religião		
Protestante/Evangélica	61	17,9
Católica	256	75,3
Outras	15	4,4
Nenhuma	8	2,4
Escolaridade		
Analfabeto	48	14,1
Ensino fundamental	255	74,8
Ensino médio	35	10,2
Ensino superior	3	0,9

Fonte: Dados primários coletados em unidades do PSF de Blumenau, abr/nov 2006

* Excluído os ignorados

Com relação ao estilo de vida, 38 (11,1%) pessoas relataram fumar atualmente, 234 (68,6%) não faziam nenhum tipo de atividade física e 90 (26,4%) disseram consumir algum tipo de bebida alcoólica.

A maioria das pessoas teve o tempo de diagnóstico da doença entre 2 e 10 anos, representando 53,4% de todos os entrevistados. O tempo médio de diagnóstico da doença foi de 108,6 meses (dp=83,1), com a mediana de 84 meses. Cento e noventa pessoas (55,7 %) declararam ser portadoras de outros tipos de doenças. Dentre aqueles que responderam o questionário SRQ-20, 128 pessoas (37,9 %) poderiam ser consideradas portadoras de algum transtorno mental comum.

Com relação ao tempo de tratamento, 118 pessoas (35,0%) iniciaram uso de medicamentos há 10 anos ou mais. O tempo médio de tratamento foi de 102,95 meses (dp=95,8), com a mediana de 72 meses. Das pessoas que faziam uso de medicamentos, 21,8% já interromperam o uso de medicamentos pelo menos uma vez sem orientação médica.

A média de medicamentos utilizados (incluído aqueles para controle do diabetes e outros) foi de 4,86 medicamentos (dp=2,5) e a mediana de 5 medicamentos. Com relação ao uso de medicamentos para controle dos níveis séricos de glicose, 70 pessoas utilizavam insulina, 226 sulfonilurías, 183 faziam uso de biguanidas e 21 pessoas abandonaram o uso de medicamentos. Oitenta e seis pessoas (26,2%) relataram algum tipo de reação adversa a medicamentos.

A maioria das pessoas (299, 89,8%) compareceu à última consulta marcada, sendo o tempo médio desde a última consulta foi de 86,7 dias (dp=105,0) com a mediana de 60 dias. No entanto, 244 (72,8%) não compareceram nas atividades de grupo de diabéticos desenvolvidas nas unidades. Cento e dezessete pacientes (34,3%) estiveram hospitalizados ou procuraram o pronto-socorro, pelo menos uma vez, nos últimos 12 meses.

O gráfico 1 mostra a proporção de pessoas mais ou menos satisfeitas em relação a oito itens de satisfação com o serviço em unidades do Programa de Saúde da Família.



A medida de glicemia capilar após a realização da entrevista mostrou que das 311 pessoas que aceitaram realizar o exame (26 pessoas recusaram realizar o teste), 154 pessoas (48,9%) apresentavam glicemia menor que 180mg/dl e 101(32,1%) com glicemia menor que 140mg/dl.

A prevalência de não-adesão ao tratamento obtida segundo o questionário QAM-Q foi de 71,0% (IC 95% 65,8 – 75,7).

As variáveis sexo, estado conjugal, escolaridade, tabagismo, prática de atividade física, tempo de diagnóstico de diabetes e tempo de tratamento da doença, presença de outra doença associada, comparecimento à

última consulta ou atividade de grupo, ter sido hospitalizado no último ano e classe de medicamentos não apresentaram associação estatisticamente significativa com a não-adesão ao tratamento.

A Tabela 2 apresenta a análise univariada das variáveis de estudo que apresentaram associação estatisticamente significativa com a não-adesão

Tabela 2 - Análise univariada das variáveis de estudo e não-adesão.

Variáveis	Não-aderente	Aderente	Razão de Prevalência	Intervalo de Confiança	p
Faixa etária					
até 39	18	5	3,1	1,3-7,5	
40 a 49	36	8	3,3	1,4-7,7	
50 a 59	84	21	3,2	1,4-7,5	
60 a 69	63	22	3,0	1,3-7,0	
70 a 79	37	31	2,2	0,9-5,2	
80 e mais	4	12	1,0		p=0,03(*)
Cor da Pele					
Preta/parda	48	10	1,2	1,1-1,4	p=0,03(\$)
Branca	194	89	1,0		
Religião					
Protestante/Evangélica/Nenhuma	69	15	1,2	1,1-1,4	p=0,009(\$)
Católica	172	84	1,0		
Consumo de álcool					
Sim	78	12	1,3	1,2-1,5	p<0,0001(\$)
Não	164	87	1,0		
Transtorno Mental					
Transtorno Mental Comum	100	28	1,2	1,0-1,3	p=0,03(\$)
Sem Transtorno Mental	140	69	1,0		
Interrupção do tratamento					
Já abandonou	66	7	1,4	1,2-1,6	p<0,0001(\$)
Nunca abandonou	171	91	1,0		
Número de medicamentos					
Até 4	38	122	1,2	1,0-1,4	p=0,03(\$)
5 e mais	61	111	1,0		
Reações adversas					

Fonte: Dados primários coletados em PSF de Blumenau abr/nov 2006

(\$) Teste de Qui-quadrado de Pearson

(*) Teste de Qui-quadrado de tendência

A análise estratificada da associação entre satisfação e não-adesão ao tratamento em relação às variáveis que apresentaram significância estatística praticamente não mostrou alteração na Razão de Prevalência ajustada em relação às variáveis: cor da pele (RP=1,2 IC95%1,1-1,4), religião (RP=1,2 IC95%1,0-1,4), ter interrompido a medicação previamente (RP=1,2 IC95%1,1-1,4), número de medicamentos (RP=1,2 IC95%1,1-1,4) e reações adversas (RP=1,2 IC95%1,1-1,4). Contudo as variáveis transtorno mental comum (RP=1,2 IC95%1,0-1,4), consumo de álcool (RP=1,2 IC95% 1,0-1,3) e faixa etária

(RP=1,2 IC95% 1,00-1,3) ajustaram a associação entre satisfação e não-adesão ao tratamento a ponto desta perder significância.

Por fim, a não-adesão se mostrou associada a níveis de glicemia capilar pós prandial (RP=1,59 IC95% 1,18-2,14 p=0,0007)

Discussão

As características sócio-demográficas da amostra estudada são semelhantes às obtidas em outros estudos em contextos similares, com predomínio do sexo feminino, raça/cor branca e da faixa etária entre 50-59 anos^{18,19,20}. A mediana de idade verificada foi semelhante à encontrada em estudo transversal realizado em Pelotas, RS em 2001 que relatou a mediana de 59 anos¹⁹.

No estudo de Assunção e cols. (2001), 34,7% de pessoas que nunca frequentaram a escola, entretanto 16% destes relataram saber ler. Os dados obtidos no presente estudo apresentam escolaridade superior ao estudo anterior, pois 74,8% das pessoas relatam ter o ensino fundamental. A escolaridade é um fator importante frente à complexidade das instruções e/ou informações que as pessoas com DM necessitam apreender. A baixa escolaridade pode dificultar o processo de aprendizagem, pois, à medida que aumenta a complexidade da terapêutica, o paciente necessita de habilidades cognitivas mais complexas para manter o seu controle metabólico²¹. Além disso, esta variável é amplamente utilizada como expressão da condição social dos indivíduos.

A amostra estudada parece adotar um estilo de vida, aparentemente, mais saudável comparado com pessoas com DM de outras cidades brasileiras. Batista e cols. (2005) relataram que 14,7% das pessoas entrevistadas faziam exercício físico, enquanto no estudo de Araújo (1999), 20,9% das pessoas praticavam atividade física. Ambos estudos apresentaram resultados inferiores ao encontrado neste estudo, onde 31,38% das pessoas relataram a prática de atividade física pelo menos 1 vez por semana²⁰. A realização de atividade física é uma terapêutica imprescindível no tratamento do diabetes e na prevenção do diabetes do tipo 2. Indivíduos saudáveis, da mesma forma que os pacientes com diabetes, apresentam um aumento na utilização periférica da glicose associado com um aumento na sensibilidade periférica com a ação da insulina, que persiste por 12 horas ou mais, após o final da atividade.²² A proporção de pessoas que fumam atualmente (11,1% dos

entrevistados) sem mostrou inferior ao verificado em outros estudos que relataram 16,4% e 17,7% de tabagistas^{18,19}.

A frequência de pessoas com diagnóstico há até 10 anos neste estudo foi igual a 68,5% da amostra, semelhante a outro estudo nacional realizado em Pelotas-RS, no qual 67,1% dos entrevistados tinham o diagnóstico da doença há até 10 anos¹⁸.

A prevalência de transtornos mentais comuns se mostrou semelhante a outro estudo em saúde da família²³ e mais elevada que outros estudos nacionais, que tem se apresentado em torno de 30% dependendo do instrumento utilizado e das características da população^{24, 25}. Estudo de Clavijo e cols. (2006) mostrou uma frequência mais elevada de risco de suicídio atual e de episódio hipomaníaco entre pessoas com DM comparado com grupo controle²⁶. Revisão sistemática sobre a associação entre diabetes mellitus e depressão relata a ocorrência de pior controle glicêmico e maior frequência de complicações micro e macrovasculares em pessoas que têm estas doenças associadas²⁷.

Com relação à satisfação do usuário com o serviço, observou-se que as frequências mais elevadas de satisfação se referiam ao atendimento do pessoal (93,25%), do médico (92,85%), tratamento recebido (91,66%). As questões que obtiveram frequências mais baixas de satisfação se referiam à estrutura do posto (81,73%) e disponibilidade de vagas para consulta (73,11%). Em estudo realizado por Halal e cols. (1994), os autores verificaram que aproximadamente 90% dos pacientes se disseram satisfeitos com o atendimento recebido no posto de saúde²⁸.

Os maiores índices de satisfação foram observados com relação à dimensão relacional (diálogo, atenção, compreensão), enquanto a dimensão organizacional (vagas para consulta e estrutura do posto) mostrou maior frequência de insatisfação, situação observada em outro estudo em contexto semelhante¹⁰. Em estudo realizado em Pelotas, RS, verificou que a dificuldade de acesso a consultas e a demora na sala de espera é uma reclamação frequente dos usuários.²⁹

Os valores de glicemia capilar se mostraram elevados (acima de 140mg/dl) em cerca de 2/3 das pessoas estudadas. Assunção e cols. (2001) verificaram que 50% da população estudada se encontrava com glicemia capilar dentro dos limites adotados¹⁹. Em outro estudo, cerca de 1/3 dos pacientes estudados apresentaram índices de hemoglobina glicosilada 20% acima do valor normal¹⁸.

A prevalência de não-adesão ao tratamento obtida pelo questionário QAM-Q se mostrou mais elevada que a literatura internacional. A prevalência de não-adesão apresenta muita variação na literatura científica em função do método de aferição (questionários, contagem de comprimidos, monitoramento eletrônico de doses, etc), desenho de estudo e população estudada. Revisão sistemática realizada por Cramer (2004) utilizando-se estudos longitudinais (prospectivos e retrospectivos) mostrou prevalência de adesão entre 61 e 79 %⁶. Outra revisão sistemática de DiMatteo (2004) incluiu 23 estudos com pessoas com DM com prevalência média de 67% de adesão ao tratamento³⁰. O Estudo DARTS (Diabetes Audit and Research in Tayside Scotland), de tipo transversal, mostrou 70% de adesão à insulina entre pessoas com DM tipo II³¹.

Diversos fatores podem estar relacionados à não-adesão, dentre eles os relativos ao serviço de saúde⁴. A questão da satisfação do usuário (tomado como *proxy* da qualidade da atenção) mostra-se como fator influente na adesão ao tratamento. Estudo apontou que as principais dimensões para a caracterização da insatisfação foram o relacionamento interpessoal e a organização do serviço, revelando que os pacientes satisfeitos valorizam a cordialidade e a habilidade técnica dos profissionais³². Assim o médico deve empregar sempre uma linguagem simples que favoreça o entendimento, utilizando as experiências dos pacientes, a fim de facilitar o processo comunicacional²¹.

Com relação à possível associação entre não-adesão (tomada como efeito indesejável) e as variáveis sócio-demográficas estudadas, observou-se que não houve associação, estatisticamente significativa, com sexo e estado civil.

A não-adesão de mostrou associada com faixas etárias mais jovens. Pessoas com mais idade podem apresentar mais complicações e receberem auxílio de cuidadores, o que pode contribuir para maior adesão.

Neste estudo, raça/cor negra ou parda e religião católica tiveram uma maior associação com a não-adesão. Existem evidências que em algumas raças e grupos étnicos podem ter seu status de saúde influenciado pelo acesso e utilização do serviço de saúde ou por status socioeconômicos³³. A adoção de algumas crenças religiosas pode favorecer a esquiva ou atrasar a busca de cuidados médicos, ou modalidades de tratamento, nos casos que o paciente designa todo o controle da sua doença a Deus³⁴.

Na associação entre as variáveis referentes ao estilo

de vida (consumo de tabaco, álcool e prática de atividade física) e não-adesão apenas a variável relacionada com o consumo de álcool obteve significância estatística. Estudos mostram que o uso de álcool esta associado a abandono de tratamento de pessoas com tuberculose, bem como em tratamento de transtornos psiquiátricos^{35, 36}.

Pessoas com transtorno mental comum mostraram-se menos aderentes ao tratamento. Metanálise recente evidenciou que há um risco 3 vezes maior dos depressivos serem não aderentes quando comparado com os não-depressivos (OR= 3.03, 1.96-4.89 IC95%)³⁷.

Pessoas que já abandonaram/interromperam o tratamento alguma vez sem orientação médica parecem ser menos aderentes ao regime terapêutico prescrito. Este dado surge como alerta aos profissionais de saúde visto que pessoas que já abandonaram/interromperam o seu tratamento apresentam assim maior chance de repetir este mesmo comportamento, sendo necessária uma intervenção na tentativa de auxiliar na melhora da adesão nestes pacientes.

Outra associação que obteve significância estatística foi relacionada ao controle glicêmico e não-adesão, o que reforça a preocupação existente com o controle inadequado da doença visto que a intervenção terapêutica precoce do bom controle glicêmico possibilita a prevenção de complicações nos indivíduos diabéticos³⁸.

As variáveis relativas à assistência a saúde (consultas e medicamentos) não obtiveram significância estatística quando associadas à não-adesão. O Ministério da Saúde enfatiza a necessidade do cuidado integral à saúde e participação ativa do paciente em seu tratamento. Define, também, a importância da equipe multi-profissional, os papéis dos membros da equipe na atenção à saúde, bem como estrutura mínima necessário ao cuidado³⁹. Entretanto causa preocupação o fato de a maioria das pessoas comparecerem a consultas (89,8%), em sua maioria há pouco tempo (mediana de 60 dias) e ainda assim ter baixa adesão e controle clínico inadequado da doença.

De outro lado, a baixa frequência às atividades de grupo deve servir de alerta sobre a adequação desta modalidade assistencial (estrutura disponível, acesso e tipos de atividades realizadas). Estudos nacionais mostram que esta modalidade assistencial, quando bem planejada e com sustentação ao longo do tempo, pode contribuir para melhoria de parâmetros clínicos, bem como de educação em saúde e contribuir para constituição de redes de apoio social.^{40,41}

Garcia MAA, Yagi GH, Souza CS, Odoni APC,

Frigério RM, Merlin SS. Atenção à saúde em grupos sob a⁴¹

Conclusão

A elevada prevalência de não-adesão e a elevada proporção de pessoas com valores de glicemia capilar pós-prandial sugere que os serviços de saúde da família devem aprimorar ações voltadas a pessoas com DM. Devem ser estimulados estudos avaliativos da qualidade da atenção à saúde prestada às pessoas com diabetes mellitus no contexto do programa de saúde da família.

Referências Bibliográficas:

- 1 Malerbi DA, Franco LJ. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. *Diabetes Care* 1992;5:1509-1516.
- 2 Sociedade Brasileira de Diabetes. Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2. IV Consenso brasileiro sobre diabetes mellitus, 2002. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/Diabetes/consenso1.html>>. Acesso em: 25 Ago 2006.
- 3 Brasil. Hiperdia – Sistema de Cadastramento de pacientes hipertensos e diabéticos, 2006. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/hiperdia/hiperdia.php>>. Acesso em: 12 fev 2007.
- 4 WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneve: WHO, 2003.
- 5 Hepke KL, Martus MT, Share DA. Costs and utilization associated with pharmaceutical adherence in a diabetic population. *Am J Manag Care* 2004; 10: 144-151.⁶ Cramer JA. A systematic review of adherence with medications for diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27:1218-1224.
- 7 Pladevall M, Williams LK, Potts LA et al. Clinical outcomes and adherence to medications measured by claims data in patients with Diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27: 2800–2805.
- 8 Donnan PT, MacDonald TM, Morris AD. Adherence to prescribed oral hypoglycaemic medication in a population of patients with Type 2 diabetes: a retrospective cohort study. *Diabet. Med.* 2002; 19: 279–284.
- 9 Ware JE. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Prog Planning* 1983; 6:247-263.
- 10 Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, et al.. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:581-589.
- 11 Gross R, Tabenkin H, Porath A, et al. The relationship between primary care physicians' adherence to guidelines for the treatment of diabetes and patient satisfaction: findings from a pilot study. *Fam Pract* 2003; 20: 563–569.
- 12 Lwanga SK, Lemeshow S. Deteminacion del tamano de las muestras en los estudios sanitarios. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1991.
- 13 Mari JJ, Williams P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatr* 1986; 148: 23-26.
- 14 Santa Helena ET, Nemes MIB, Eluf-Neto, J. Desenvolvimento e validação de questionário para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. Aceito para publicação na Rev Saúde Pública.
- 15 Daneluz, M. Satisfação dos usuários hipertensos e/ou diabéticos com relação aos serviços de saúde do PSF. 2005. 180 f. Trabalho de Conclusão do Curso (Graduação em Farmácia) - Faculdade de Ciências da Saúde, Fundação Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2005.
- 16 ALAD. Consenso sobre prevenção, controle e tratamento do diabetes mellitus não insulino dependentes. Foz do Iguaçu: Associação Latino-americana de Diabetes; 1995.
- 17 Altman R. Practical Statistics for Medical Research. London: Chapman & Hall, 1991.¹⁸ Araújo RB, Santos I, Cavaleti MA, et al. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. *Rev Saúde Publica* 1999; 33:24-32.
- 19 Assunção MCF, Santos IS, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Rev Saúde Publica* 2001; 35:88-95.
- 20 Batista MCR, Priore SE, Rosado LEFPL et al. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. *Rev. Nutr.* 2005; 18: 219-228.
- 21 Cazarini RP, Zanetti ML, Ribeiro KP, Pace AE, Foss MC. Adesão a um grupo educativo de pessoas

- portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2002; 35:142-150.
- ²² Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med.* 2001; 344:1343-50.
- ²³ Bandeira M, Freitas LC, Carvalho-Filho JGT. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr* 2007; 56: 41-47.
- ²⁴ Ludemir AB, Melo-Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Publica* 2002; 36: 213-221.
- ²⁵ Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22: 1639-1648.
- ²⁶ Clavijo M, Carvalho JJ, Rios M, Oliveira IR. Transtornos psiquiátricos em pacientes diabéticos tipo 2 em distrito docente assistencial de Rio Branco – Acre. *Arq neuropsiquiatr* 2006; 64(3b): 807-813
- ²⁷ Moreira RO, Papelbaum M, Appolinario JC, Matos AG, Coutinho WF, Meirelles RMR et al. Diabetes Mellitus e Depressão: uma Revisão Sistemática. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2003; 47:19-29.
- ²⁸ Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. *Rev Saúde Publica* 1994; 28: 131-136.
- ²⁹ Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. A satisfação do usuário. *Cad. Saúde Pública* 1998; 14: 263-268.
- ³⁰ DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care* 2004; 42:200-209.
- ³¹ Donnely LA, Morris AD, Evans JM. Adherence to insulin and its association with glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *QMJ* 2007; 100: 345-50.
- ³² Turrini RNT. Resolutividade dos serviços de saúde e satisfação do cliente. In: Cianciarullo TI et al (org). *Saúde na Família e na Comunidade*. São Paulo: Robe Editorial, 2002. p.102-119.
- ³³ Harris MI. Racial and ethnic differences in health care access and health outcomes for adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24: 454-459.
- ³⁴ Chatters L. Religion and health: public health research and practice. *Ann Rev Pub Health* 2000; 21: 335-367.
- ³⁵ Bergel FS, Gouveia N. Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. *Rev. Saúde Publica* 2005; 39: 898-905.
- ³⁶ Melo APS, Guimarães MDC. Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005; 27:113-8.
- ³⁷ DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Int Med* 2000; 160: 2101-2107.
- ³⁸ Lerario AC. Diabetes mellitus: aspectos epidemiológicos. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo, São Paulo*, 1998; 5: 885-891.
- ³⁹ Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- ⁴⁰ Garcia MAA, Yagi GH, Souza CS, Odoni APC, Frigério RM, Merlin SS. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006; 14(2):175-82.
- ⁴¹ Silva TR, Feldman C, Lima MHA et AL. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. *Saude soc.*, 2006; 15(3): 180-189.

Este estudo é parte dos resultados do projeto “Adesão ao Tratamento farmacológico de pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em unidades de saúde da família em Blumenau, SC” financiado pelo edital FAPESC/SUS/CNPQ003/04

Endereço para Correspondência:

Ernani Santa Helena
FURB - Departamento de Medicina
R. Antonio da Veiga, 140 –
Blumenau – SC
CEP: 89012-900
E-mail: erntsh@furb.br