

## ARTIGO ORIGINAL

***Adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos tipo II usuários da estratégia saúde da família situada no bairro Metropol de Criciúma, SC***  
***Adherence to treatment in type II diabetic patients users of the health strategy of the family located in the district of Metropol, Criciúma, SC***

Daniela de Paoli Groff<sup>1</sup>, Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões<sup>2</sup>, Ana Lúcia Soares Camargo Fagundes<sup>3</sup>

**Resumo**

**Introdução:** a prevalência do Diabetes Mellitus tipo II está aumentando no Brasil e no Mundo. A adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento tem importância na prevenção das complicações desta síndrome, que incluem lesões em múltiplos órgãos e aumento dos riscos para doenças cardiovasculares. **Objetivos:** conhecer o perfil epidemiológico e a prevalência da adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos tipo II usuários da estratégia da saúde da família situada no bairro Metropol da cidade de Criciúma, Santa Catarina. **Metodologia:** foi realizado um estudo descritivo, observacional, transversal, de abordagem predominantemente quantitativa. Foi um estudo censitário, em que foram aplicados questionários aos 54 pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo II em acompanhamento com esta equipe, durante o ano de 2010. **Resultados:** metade dos entrevistados afirma seguir as orientações nutricionais fornecidas pela equipe, e 74% dos que seguem a dieta recomendada referiram emagrecimento. Por outro lado, apenas 30% dos pacientes relataram realizar alguma atividade física regular durante 30 minutos ao menos uma vez por semana. Sobre o tratamento farmacológico, 91% dos entrevistados responderam que realizam o tratamento conforme a prescrição médica. Contudo, ao responderem às questões de um teste de adesão a terapia farmacológica, apenas 33% dos pacientes atingiram a pontuação para serem considerados com alto grau de adesão ao tratamento farmacológico. **Conclusão:** o presente estudo demonstrou que há a necessidade de ampliar as ações de educação em

saúde para incentivar os pacientes a realizarem de forma consciente o tratamento do Diabetes, enfatizando os perigos de uma glicemia mal controlada, com explicações a respeito das principais complicações desta síndrome.

**Descritores:**

1-Diabetes;  
2-adesão;  
3-tratamento;  
4-teste de Morisky e Green.

**Abstract**

**Background:** the Diabetes Mellitus type II prevalence is increasing in Brazil and worldwide. The adherence to treatment in diabetic patients is important to prevent the complications of this syndrome, which include injuries to multiple organs and increased risk factors for cardiovascular diseases. **Objectives:** to determine the epidemiologic profile and the prevalence of adherence to treatment in type II diabetic patients users of the strategy of family health located in the district of Metropol, in the city of Criciúma, Santa Catarina. **Methodology:** a descriptive, observational, cross-sectional, predominantly quantitative study was conducted. This was a census study, in which questionnaires were administered to the 54 patients with Diabetes Mellitus type II who were monitored by this team, during the year of 2010. **Results:** half of respondents claim following the nutrition guidelines provided by the Basic Health Unit team, and 74% of those who follow the recommended diet reported having lost weight with it. On the other hand, only 30% of patients reported performing any regular physical activity for 30 minutes at least once a week. When inquired about the pharmacological treatment, 91% of respondents reported having followed the treatment according to medical prescription. However, when answering the questions

1. Graduada em Medicina - Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).
2. Doutoranda em Ciências da Saúde – Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Mestre em Ciência da Computação – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora de Informática Médica na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).
3. Médica de Família e Comunidade. Mestre em Ciências da Saúde. Preceptora do Ambulatório de interação comunitária do curso de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)

in a test of adherence to pharmacological therapy, only 33% of patients achieved the required score to be considered having acquired a high degree of adherence to pharmacological treatment. Conclusion: the present study determined the need for health professionals to increasingly encourage patients to rigorously undertake the Diabetes Mellitus treatment, focusing on the risks of poorly controlled glycemic levels, and explaining the main complications of it.

**Keywords:** 1-Diabetes;  
2-adherence;  
3-treatment;  
4-Morisky and Green test.

## Introdução

A falta de adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus tipo II deve ser considerada mediante o diagnóstico e a instituição terapêutica, pois é de fundamental importância para a prevenção das complicações desta síndrome. Como se trata de uma patologia que frequentemente não apresenta um desconforto imediato, alguns pacientes podem não aderir adequadamente à terapia proposta. Outro motivo que dificulta esta adesão é o fato de incluir mudanças nos seus hábitos de vida. Além disto, o tratamento visa apenas à profilaxia das complicações, e não à cura definitiva, desmotivando os pacientes <sup>(1)</sup>.

As projeções para o futuro são assustadoras: Em 1985 estimava-se que existissem 30 milhões de adultos com Diabetes no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões no ano 2030 <sup>(1)</sup>.

Muitos estudos têm concluído que os pacientes que apresentam Diabetes Mellitus dificilmente seguem o tratamento proposto pelos profissionais de saúde, sendo que as taxas de não adesão costumam variar de 40 a 90% <sup>(2)</sup>. Identificar se o diabético segue as recomendações do tratamento é ponto fundamental para garantir se realmente este paciente está compreendendo a gravidade da doença e se ele está tendo acesso às informações <sup>(3)</sup>.

Considerando estes fatores, o objetivo deste estudo foi conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes com Diabetes Mellitus tipo II usuários da estratégia da saúde da família do bairro Metropol da cidade de Criciúma, Santa Catarina, e analisar a prevalência da adesão ao tratamento deste grupo de pacientes, comparando os resultados com os encontrados em outros estudos e tentando relacionar algumas variáveis com a adesão à terapia farmacológica.

## Métodos

Foi realizado um estudo descritivo, observacional, transversal, de abordagem predominantemente quantitativa; aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do local onde foi realizada a pesquisa sob o protocolo número 157/2010.

O presente estudo é de caráter censitário, realizado a partir da aplicação de questionários a todos os pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo II em acompanhamento com a equipe da estratégia saúde da família situada no bairro Metropol (Criciúma, SC) durante o ano de 2010. Este grupo incluía 56 pacientes, entretanto, dois não participaram da pesquisa – um foi a óbito antes do início da coleta de dados e o outro se recusou a participar, resultando em 54 pacientes.

As entrevistas foram realizadas na Unidade Básica de Saúde nas quintas-feiras em que eram realizadas as reuniões do grupo de diabéticos ou no domicílio dos pacientes (com data e horário pré-agendados) que estavam impossibilitados de comparecer à Unidade Básica de Saúde, durante os meses de setembro a dezembro de 2010. Nestes questionários foram coletados os seguintes dados sobre a população em estudo: Gênero, etnia, idade, estado civil, escolaridade, profissão/ocupação e religião. Também foi questionado o tempo de diagnóstico da patologia, se o tratamento incluía apenas hipoglicemiantes orais e/ou insulina, e se o entrevistado apresentava comorbidade (s).

Também foram verificados o peso, utilizando-se uma balança portátil com capacidade de 150 kg e uma precisão de 0,1 kg, e a altura dos pacientes. Com estes dados calculamos o Estado Nutricional através do Índice de Massa Corporal (IMC), por meio da fórmula [peso (kg) /altura(m)<sup>2</sup>]. Não verificamos o estado nutricional de três pacientes (5,5%), que são acamados e por isso estiveram impossibilitados de permanecer na posição ortostática sobre a balança. Para que isto não interferisse nas análises dos dados, uma das opções de respostas para a questão referente ao estado nutricional foi: “paciente acamado, sem possibilidade de ter seu peso e estatura verificados”.

Em idosos, o emprego do IMC apresenta dificuldades em função do decréscimo de estatura, acúmulo de tecido adiposo, redução da massa corporal magra e diminuição da quantidade de água no organismo <sup>(4)</sup>. Por este motivo, os pacientes foram divididos em dois grupos: O primeiro composto por aqueles com idade inferior a 60 anos e o segundo composto por aqueles com idade igual ou superior a 60 anos. Desta forma, foi possível utilizar a classificação do estado nutricional adequada para cada um destes grupos. Ao primeiro foi considerada a classificação preconizada pela Organização Mundial da Saúde

(OMS) <sup>(5)</sup>, representada na Tabela 1, junto com os dados encontrados na pesquisa. Já ao segundo grupo, consideramos a classificação do estado nutricional do idoso de acordo com a Nutrition screening initiative <sup>(6)</sup>, também apresentada na Tabela 1.

Para analisar a adesão ao tratamento não-farmacológico dos pacientes pesquisados, foi questionado se eles conseguem seguir as recomendações nutricionais e, caso a resposta fosse positiva, se houve perda de peso desde que começou a segui-las. Também questionamos sobre a prática de atividade física, verificando a frequência semanal de realização de exercícios durante pelo menos 30 minutos.

Para identificar o grau de adesão deste grupo de pacientes ao tratamento farmacológico, adotou-se o Teste de Morisky, Green e Levine <sup>(7)</sup> modificado por Sewitch <sup>(8)</sup>, teste que pode ser utilizado para analisar o grau de aderência à terapia farmacológica de qualquer doença, mas que em nossa pesquisa foi direcionado a Diabetes Mellitus tipo II.

O Teste de Morisky, Green e Levine <sup>(7)</sup> é uma escala psicométrica com quatro itens aos quais os entrevistados respondem de forma dicotômica (sim/não), e envolve os seguintes questionamentos, considerando que um sim equivale a zero ponto, enquanto um não equivale a 1 ponto <sup>(7)</sup>:

- 1) Você, alguma vez, se esquece de tomar os seus medicamentos do Diabetes?;
- 2) Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?;
- 3) Quando você se sente bem, alguma vez deixa de tomar o remédio?;
- 4) Quando você se sente mal, alguma vez, você deixa de tomar o remédio?

O paciente foi considerado do grupo de “alto grau de adesão” quando as respostas às quatro perguntas foram negativas, ou seja, ocorrendo 4 pontos; Se o paciente respondeu “sim” a uma ou mais perguntas do teste, foi considerado no grupo de “baixo grau de adesão” ao tratamento farmacológico <sup>(7,9)</sup>.

Esta avaliação, conforme a adaptação de Sewitch <sup>(8)</sup>, também permitiu discriminar se o comportamento de baixo grau de adesão foi intencional ou não, ou se o paciente apresentou ambos os tipos de comportamento de baixa adesão. Os que responderam “sim” às questões 1 e/ou 2 foram caracterizados com comportamento de baixo grau de adesão do tipo “não intencional” e aqueles que responderam “sim” às questões 3 e/ou 4 como do tipo “intencional” <sup>(8)</sup>.

O banco de dados e a análise estatística foram desenvolvidos no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). A adesão ao tratamento farmacológico foi relacionada com as variáveis gênero, estado civil, es-

colaridade e tempo de diagnóstico da doença através do teste qui-quadrado de associação ou independência. Estes testes estatísticos foram realizados com um nível de significância  $\alpha = 0,05$  e um intervalo de confiança de 95%.

## Resultados

Dos 54 pacientes que totalizaram a amostra estudada, 15 (28%) são do sexo masculino e 39 (72%) são do sexo feminino. Quanto à etnia dos pesquisados, 43 (80%) são brancos, 6 (11%) são negros e 5 (9%) são de outra etnia. Em relação à faixa etária, observamos uma variação de 37 a 85 anos, com uma média de 62,56 anos e um desvio padrão de  $\pm 12,18$  anos. Dados sobre as faixas etárias, estado civil, profissão/ocupação, religião, tempo de diagnóstico da doença, escolaridade e estado nutricional segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) são encontrados na Tabela 1.

Resumindo os dados encontrados sobre o estado nutricional destes pacientes, verificamos que 92% dos que apresentam idade menor que 60 anos e 57% dos que apresentam idade igual ou maior que 60 anos apresentaram peso acima do normal.

As principais comorbidades encontradas foram a Hipertensão Arterial Sistêmica, referida por 36 (67%) pacientes, a Dislipidemia, que foi referida por 23 (43%) pacientes e a Depressão, referida por 11 (20%) pacientes.

Analisando as respostas dos entrevistados em relação ao tratamento não-farmacológico, encontramos que apenas metade (27 pacientes) afirmou seguir as orientações nutricionais recebidas pelos profissionais de saúde. Destes, 20 (74%) afirmaram ter emagrecido com as alterações na dieta. Quando questionados sobre a realização de atividade física por pelo menos 30 minutos, 38 pacientes (70%) admitiram não praticar nenhuma atividade física, 2 (4%) afirmaram que praticam apenas 1 vez por semana, 3 (6%) disseram realizá-la 2 vezes por semana, 6 (11%) afirmaram que se exercitam 3 vezes por semana e 5 (9%) afirmaram realizar atividade física mais de três vezes por semana.

Quanto ao tipo de tratamento realizado, 41 (76%) pacientes usam apenas medicação via oral, 11 (20%) usam, além dos medicamentos orais, insulina e 2 (4%) referiram que usam apenas a insulina para controle da glicemia.

Em relação ao tratamento farmacológico, 91% dos pacientes relataram realizar o tratamento conforme a prescrição médica. Entretanto, ao responderem as questões do teste de Morisky, Green e Levine <sup>(7)</sup>, apenas 33% dos pacientes foram considerados como aderentes à terapêutica. Através da adaptação do teste por Sewitch <sup>(8)</sup>, verificamos que, dos 36 pacientes (67%) que não aderem adequadamente ao tratamento, 53% apresentam compor-

tamento de baixo grau de adesão apenas do tipo não-intencional, 14% apenas intencional e 33% são devido a ambos os tipos de comportamentos.

Os resultados da adesão ao tratamento farmacológico foram relacionados com cada uma das seguintes variáveis: estado civil, gênero, escolaridade e tempo de diagnóstico da doença. Todas estas associações foram submetidas ao teste qui-quadrado de associação (com  $\alpha=0,05$ ), através do qual concluímos que não há evidências de que exista associação entre estas variáveis e a adesão ao tratamento farmacológico. Isto está ilustrado na Tabela 2.

## Discussão

A questão da não-adesão ao tratamento medicamentoso prescrito tem tomado importância nas últimas décadas e está sendo incluída na lista de preocupações dos profissionais de saúde<sup>(10)</sup>. Pacientes com baixo grau de aderência aos tratamentos propostos contribuem substancialmente ao agravamento da doença, morte e aumento dos custos dos serviços de saúde<sup>(11)</sup>.

Em relação aos resultados encontrados nesta pesquisa, podemos ressaltar que a frequência maior do sexo feminino pode indicar maior procura desta população aos serviços de saúde, característica também descrita em um estudo da demanda do serviço de atenção farmacêutica em Granada (Espanha), que demonstrou predominância feminina na procura por atendimentos (150 de 241 indivíduos)<sup>(12)</sup>. Este resultado também comprova o já conhecido predomínio do diabetes entre as mulheres<sup>(13,28)</sup>, que pode estar associado a fatores como maior cuidado com o surgimento de problemas de saúde<sup>(14)</sup>.

A baixa escolaridade reflete o discutido em estudo sobre idosos em unidades da Estratégia Saúde da família, os quais tiveram, predominantemente, pouco tempo de escolarização, o que reforça a necessidade de atenção especial para a compreensão do tratamento por esses idosos<sup>(15)</sup>.

A maioria dos pacientes do grupo de diabéticos estudado (86%) é aposentado (a) ou dona-de-casa. Portanto, o tipo de ocupação provavelmente não os impede de participar de grupos de educação em Diabetes, o que mostra que esses pacientes devem ser incentivados a participar destes eventos.

O elevado índice de pacientes que estavam acima do peso foi semelhante ao encontrado por Wing e colaboradores, que afirmaram que 80-90 % dos diabéticos tipo 2 são obesos, o que agrava as anormalidades metabólicas associadas ao diabetes<sup>(28)</sup>.

Em relação ao Teste de Morisky e Green, que utilizamos para tentar conhecer o grau de adesão ao tratamento farmacológico dos pacientes que participaram da pesquisa, Silvestre-Busto e colaboradores observaram, ao

comparar seis métodos indiretos para verificar a adesão terapêutica, que este teste subestima o bom aderente e sobreestima o não aderente em 7,9%, mas concluíram que é um dos melhores métodos indiretos para se verificar aderência, sendo muito confiável quando o paciente afirma não tomar os medicamentos<sup>(16)</sup>. Se o objetivo é identificar os pacientes não aderentes, as evidências indicam que aqueles que se declaram não aderentes na entrevista do Teste de Morisky e Green estão afirmando a realidade<sup>(17)</sup>.

O baixo grau de adesão que encontramos foi semelhante ao encontrado em outros estudos, como o que pesquisou os fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do Município de Salto Grande (SP), em que apenas 14,7% dos pacientes tinham alta adesão ao tratamento<sup>(18)</sup>. Por ser uma patologia crônica, o portador tende a apresentar alterações psicossociais que podem prejudicar seu processo de aderência a um regime de tratamento vitalício, que demanda tempo, recursos financeiros e, em algumas situações, da ajuda de outras pessoas<sup>(19)</sup>.

Ao analisar a adesão à prescrição médica dos pacientes diabéticos atendidos no Ambulatório de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, Suso e colaboradores demonstraram a necessidade de uma maior adesão ao tratamento dos idosos diabéticos, e constatou que estes idosos não tinham conhecimento adequado sobre a doença e a terapia<sup>(25)</sup>.

Com relação às comorbidades, houve um índice elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, o que está de acordo com o encontrado em outros estudos a respeito da hipertensão arterial e diabetes serem condições clínicas que frequentemente se associam<sup>(20,26)</sup>.

A coexistência de hipertensão arterial e diabetes mellitus multiplica de maneira exponencial a morbi-mortalidade<sup>(21)</sup>. As complicações crônicas do Diabetes têm como um dos principais fatores de risco a presença de hipertensão arterial<sup>(27)</sup>.

Os valores obtidos após realização do teste qui-quadrado de associação ( $\alpha=0,05$ ) mostraram que não há evidências de que exista associação entre as variáveis estado civil, gênero, escolaridade e tempo de diagnóstico com a adesão a terapia farmacológica do Diabetes Mellitus tipo II, concordando com Silva e colaboradores, que concluíram que não parecem existir diferenças estatisticamente significativas entre os doentes com algumas diferenças nas características demográficas quanto à adesão ao tratamento farmacológico do Diabetes<sup>(22)</sup>. A grande maioria dos autores é unânime em referir que o grau de adesão à terapêutica não está associado consistentemente aos fatores sócio-demográficos<sup>(23,24)</sup>.

Outro estudo sobre autocuidado no diabetes mostrou que as dificuldades na adesão ao tratamento destes pa-

cientes podem ser minimizadas através da forma em que os profissionais de saúde se comunicam com os doentes, e que características pessoais dos mesmos devem ser levadas em conta. Isto difere da maneira tradicional de comunicação, baseada numa relação desigual em que o médico assume a condição de detentor do conhecimento e o transmite ao paciente, que acaba se sentindo incapaz de opinar no seu procedimento de cura e obrigado a obedecer a orientações mesmo sem ter condições de realizá-las. O mesmo estudo mostra opções para uma maior participação do doente no seu tratamento, que seria a “potência de ação coletiva”, que depende da interação de um grupo cujo objetivo é produzir, trocar e utilizar conhecimentos sobre a patologia e seu tratamento <sup>(29)</sup>.

É importante salientar que o presente estudo foi realizado com um grupo pequeno de pacientes, tendo, portanto, dados com generalização limitada. Desta forma, há a necessidade de realização de novos estudos com amostras maiores para serem obtidas conclusões mais significativas em relação à adesão ao tratamento dos pacientes com Diabetes Mellitus tipo II. O estudo, entretanto, contribui na medida em que salienta a importância de elaborar futuros programas que contribuam para o desenvolvimento de padrões de comportamento de adesão ao tratamento, o que proporcionará melhores controles glicêmicos, melhora na qualidade de vida destes pacientes, assim como redução de custos para o sistema único de saúde.

## Referências

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2007; 168.
2. Gonder-Frederick LA, Julian DM, Cox DJ, Clarke WL, Carter WR. Self-measurement of blood glucose: accuracy of self-reporter data and the adherence to recommended regimen. *Diabetes Care* 1988; 11(07):579-585
3. Antunes GN. Nível de conhecimento dos pacientes diabéticos, em relação a sua doença e adesão ao tratamento, nos postos de saúde cadastrados no programa de saúde da família, no município de Criciúma (Monografia). Criciúma: UNESC; 2006.
4. Santos DM, Sichieri R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. *Revista Saúde Pública* 2005; 39(02):163-8.
5. Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica (ABESO). Atualização das Diretrizes para o tratamento farmacológico da obesidade e do sobrepeso. Diretrizes Brasileiras de Obesidade da ABESO. 2010;15.
6. Nutrition screening initiative. Nutrition screening and interventions into medical practice: A monograph for physicians. 1994; 20-6.
7. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care* 1986; 24(01):67-73.
8. Sewitch MJ, Abrahamowicz M, Barkun A, Bitton A, Wild GE, Cohen A. Patient nonadherence to medication in inflammatory bowel disease. *The American journal of Gastroenterology* 2003. 28(07):1535-44.
9. Strelec M.A. A influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. (Mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
10. Leite SN, Vasconcellos PC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e Saúde Coletiva* 2003. 8(03):775-82.
11. Osterber L, Blaschke T. Drug therapy: Adherence to medication. *The New England journal of Medicine* 2005;353:487-97.
12. Pires CF, Costa MM, Angonesi DB, Borges FP. Demanda del servicio de atención farmacéutica en una farmacia comunitaria privada. *Pharmacy Practice* 2006. 4(01):34-37.
13. Buse JB, Polonsky KS, Burant CF. In: Larsen HM, Kronenberg M, Polonsky KS. *Williams Textbook of Endocrinology*. Philadelphia: Saunders, 2002:1427-83.
14. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Revista Saúde Pública* 2005. 39(06):924-9.
15. Pacheco MA, Cesar MC, Oliveira AJ, Storer IA. Qualidade de vida e performance em idoso: estudo comparativo. *Saúde em Revista* 2005. 7(17):47-52.
16. Silvestre-Busto C, Ramalle-Gómara E, Arnáez GR. Multi-centre study of children's adherence to antibiotic treatment in primary care. *Atención primaria* 2001. 27(08):554-58.
17. Crozatti MTL. Estudo da utilização de antimicrobianos em infecções respiratórias agudas em crianças atendidas nas unidades de saúde de Maringá – PR: adesão e nível de informação na perspectiva do paciente (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
18. Obreli-Neto PR, Prado MF, Vieira JC, Fachini FC, Pelloso SM, Marcon SS. Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do município de Salto Grande –SP, Brasil. *Revista de Ciências farmacêuticas Básica e Aplicada* 2010. 31(03): 229-233.
19. Torres RM, Fernandes JD, Cruz EA. Adesão do por-

- tador de Diabetes ao tratamento: Revisão bibliográfica. Revista Baiana de Enfermagem 2007. 21: 61-70.
20. Sowers JR, Epstein M, Frohlich ED. Diabetes, hipertension and cardiovascular disease: na update. Hipertension 2001. 37(04):1053-59.
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 2002. 35:142-150.
22. Silva I, Pais-Ribeiro J, Cardoso H. Adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus: A importância das características demográficas e clínicas. Referência 2006. 2:33-41.
23. Eisen SA, Miller DK, Woodward RS, Spitznagel E, Przybeck TR. The effect of prescribed daily dose frequency on patient medication compliance. Arch Intern Med 1990;150:1881-4.
24. Garcia RAC. Os fatores de aderência ao tratamento farmacológico de hiperlipidemias em pacientes atendidos na Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto (Dissertação). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2003.
25. Suso K, Engroff P, De Carli GA, Morrone FB, Moriguchi Y. Atenção farmacêutica: Adesão à prescrição médica e melhora na atenção ao paciente diabético. X Salão de iniciação Científica da PUCRS 2009; 10:945-948.
26. Cruzera AB, Utimura R, Zatz R. A hipertensão no diabete. Hiper Ativo 1998; 4:261-6.
27. Secretaria de estado de saúde de Minas Gerais. Hipertensão e Diabetes. Atenção à saúde do adulto. 2006; 198p.
28. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care 2004; 27(05):1047-53.
29. Cyrino AP. Entre a ciência e a experiência : uma cartografia do autocuidado no diabetes. 1a. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2009. v. 1. 230 p.

**Tabela 1 - Perfil descritivo das variáveis**

Variável	n(%)
<b>Idade</b>	
Menos de 40 anos	1(2,0)
40-49 anos	7(13,0)
50-59 anos	18(33,0)
60-69 anos	10(19,0)
70-79 anos	13(23,0)
Mais de 80 anos	5(9,0)
<b>Estado Civil</b>	
Casados ou em união estável	32(59,0)
Solteiros (as)	1(2,0)
Divorciados (as)	2(4,0)
Viúvos (as)	19(35)
<b>Escolaridade</b>	
Ensino fundamental incompleto	33(61,0)
Ensino fundamental completo	8(15,0)
Ensino médio incompleto	4(7,0)
Ensino médio completo	2(4,0)
Ensino superior incompleto	0(0,0)
Ensino superior completo	5(9,0)
Nunca estudaram	2(4,0)
<b>Profissão/Ocupação</b>	
Aposentados (as)	31(57,0)
Do-Lar	16(29,0)
Outros	7(14,0)
<b>Religião</b>	
Católica	40(74,0)
Evangélica	13(24,0)
Outra	1(2,0)
<b>Tempo de diagnóstico do Diabetes Mellitus tipo II</b>	
Há menos de 5 anos	18(33,0)
De 5 a 9 anos	10(19,0)
De 10 a 14 anos	12(22,0)
Há 15 anos ou mais	14(26,0)
<b>Estado nutricional do Grupo 1*</b>	
Baixo peso (IMC menor que 18,5 kg/m <sup>2</sup> )	0(0,0)
Peso normal (IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m <sup>2</sup> )	2(8,0)
Pré-obeso (IMC entre 25 e 29,9 kg/m <sup>2</sup> )	11(42,0)
Obeso de 1º grau (IMC entre 30 e 34,9 kg/m <sup>2</sup> )	8(31,0)
Obeso de 2º grau (IMC entre 35 e 39,9 kg/m <sup>2</sup> )	4(15,0)
Obeso de 3º grau (IMC a partir de 40 kg/m <sup>2</sup> )	1(4,0)
Paciente acamado, sem peso e altura verificados	0(0,0)
<b>Estado nutricional do Grupo 2**</b>	
Baixo peso (IMC menor que 22 kg/m <sup>2</sup> )	1(3,0)
Eutrofia (IMC entre 22 e 27 kg/m <sup>2</sup> )	8(29,0)
Sobrepeso (IMC a partir de 27 kg/m <sup>2</sup> )	16(57,0)
Paciente acamado, sem peso e altura verificados	3(11,0)

\*O grupo 1 representa os pacientes com idade inferior a 60 anos, com um total de 26 pacientes. Com as variáveis, está descrita a classificação considerada pela Organização Mundial da Saúde<sup>(5)</sup>.

\*\*O grupo 2 representa os pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, com um total de 28 pacientes. Com as variáveis, está descrita a classificação da "Nutrition screening initiative"<sup>(6)</sup>.

**Tabela 2 - Associação entre a adesão ao tratamento farmacológico e as variáveis gênero, estado civil, escolaridade e tempo de diagnóstico da Diabetes Mellitus tipo II**

	Grau de adesão		Total	p*
	Alto grau	Baixo grau		
<b>Gênero</b>				0,519
Masculino	04(27%)	11(73%)	15	
Feminino	14(36%)	25(64%)	39	
<b>Estado civil</b>				0,695
Casado ou em união estável	10(31%)	22(69%)	32	
Solteiro, divorciado ou viúvo	08(36%)	14(64%)	22	
<b>Escolaridade</b>				0,348
Sem e.f.** completo	14(40%)	21(61%)	35	
E.f.** completo	02(17%)	10(83%)	12	
E.m.*** completo	00(0%)	02(100%)	02	
E.s.**** completo	02(40%)	03(60%)	05	
<b>Tempo de diagnóstico da doença</b>				0,441
Menos de dez anos	08(29%)	20(71%)	28	
Dez anos ou mais	10(38%)	16(62%)	26	

\*Valores obtidos após realização do teste qui-quadrado de associação ( $\alpha=0,05$ ).

\*\* Ensino fundamental

\*\*\*Ensino médio

\*\*\*\*Ensino superior

### Endereço para correspondência:

Ana Lúcia Soares Camargo Fagundes  
Rua Saldanha da Gama, número 380 – Apartamento 702  
Criciúma – SC - Comerciarío  
CEP: 88802-470  
E-mail: analuciacf@terra.com.br