

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

LUCCAS DO NASCIMENTO PEREIRA

IMPLANTAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE ADESÃO AO TRATAMENTO EM
UMA POPULAÇÃO DE PACIENTES DIABÉTICOS.

VIÇOSA DO CEARÁ - CE

2018

LUCAS DO NASCIMENTO PEREIRA

**IMPLANTAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE ADESÃO AO TRATAMENTO EM
UMA POPULAÇÃO DE PACIENTES DIABÉTICOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Profa. Me. Maria Ludimila Arruda
Frota Rocha

VIÇOSA DO CEARÁ - CE

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P1i PEREIRA, LUCAS.
IMPLANTAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE ADESÃO AO TRATAMENTO EM UMA POPULAÇÃO DE
PACIENTES DIABÉTICOS / LUCAS PEREIRA. – 2018.
33 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de
Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2018.
Orientação: Profa. Ma. MARIA LUDIMILA ARRUDA FROTA ROCHA.

1. DIABETES MELLITUS. 2. COOPERAÇÃO E ADESÃO AO TRATAMENTO. 3. ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE. I. Título.

CDD 362.1

LUCCAS DO NASCIMENTO PEREIRA

**IMPLANTAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE ADESÃO AO TRATAMENTO EM
UMA POPULAÇÃO DE PACIENTES DIABÉTICOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Profa. Me. Maria Ludimila Arruda Frota Rocha (orientadora)
Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Andréa Carvalho Araújo Moreira
Universidade Estadual Vale do Acaraú

Profa. Me. Kesia Marques Moraes
Centro Universitário INTA - UNINTA

RESUMO

Introdução: A adesão, de acordo com a definição da OMS (WHO, 2002), consiste na medida em que o comportamento de um indivíduo corresponde às recomendações fornecidas pela equipe de saúde. **Objetivo:** Promover o aumento da adesão ao tratamento em pacientes diabéticos atendidos na Unidade Básica de Saúde Buirá, em Viçosa de Ceará. **Metodologia:** Foi realizada, de março a maio de 2018, uma intervenção com 26 pacientes da UBS Buirá que se compôs de reuniões semanais, coletivas e individuais, buscando abordar os principais fatores relacionados à má adesão terapêutica, bem como a fornecer conhecimento sobre a doença e suas complicações. Além disso, foi realizada aplicação de um questionário no primeiro encontro visando quantificar a má adesão ao tratamento, e no último encontro os pacientes avaliaram a intervenção através de uma escala. **Resultados:** Avaliando-se o questionário Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), observa-se que a adesão ao tratamento pode ser considerada baixa, além disso, diversos outros fatores foram apontados como influenciadores desse processo, interferindo na qualidade do tratamento. Por fim, foi realizada uma avaliação da intervenção por parte dos pacientes, através de uma nota de 0 a 10, a média geral obtida nessa avaliação foi de 7,8, representando um resultado satisfatório, já que obteve mais de 50% de aprovação se considerada que a nota obtida é maior que 5, mas que não representa a certeza que a intervenção resultará na melhora da terapêutica desses pacientes. **Conclusão:** Conclui-se, portanto, que a intervenção obteve avaliação relativamente favorável, mas que, entretanto, resultados expressivos provavelmente só serão observados com uma abordagem contínua desses pacientes.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Cooperação e Adesão ao Tratamento. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Adherence, according to the WHO definition (WHO, 2002), consists in the extent to which the behavior of an individual corresponds to the recommendations provided by the health team. **Objective:** To promote increased adherence to treatment in diabetic patients treated at the Buira Health Basic Unit, in Viçosa do Ceará. **Methodology:** An intervention was performed with 26 patients from UBS Buira, who were composed of weekly, collective and individual meetings, seeking to address the main factors related to poor therapeutic adherence, as well as to provide knowledge about the disease and its complications. In addition, a questionnaire was applied at the first meeting to quantify the poor adherence to the treatment, and at the last meeting the patients evaluated the intervention through a scale. **Results:** Evaluating the MAT questions, it can be observed that adherence to the treatment can be considered low; in addition, several other factors were identified as influencers of this process, interfering in the quality of the treatment. Finally, an evaluation of the intervention was performed by the patients through a score from 0 to 10, the overall mean obtained in this evaluation was 7.8, representing a satisfactory result, since it obtained more than 50% approval if considered that the obtained score is higher than 5, but that does not represent the certainty that the intervention will result in the improvement of the therapeutics of these patients. **Conclusion:** It was concluded, therefore, that the intervention obtained a relatively favorable evaluation, but that, however, expressive results probably will only be observed with a continuous approach of these patients.

Keywords: Diabetes Mellitus. Treatment Adherence and Compliance. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	PROBLEMA.....	7
3	JUSTIFICATIVA.....	8
4	OBJETIVOS.....	9
4.1	OBJETIVO GERAL.....	9
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	9
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	10
5.1	O DIABETES MELLITUS.....	10
5.2	CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO.....	11
5.3	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO.....	11
5.4	DESAFIOS NA ADESÃO AO TRATAMENTO.....	13
6	METODOLOGIA.....	16
6.1	AMOSTRAGEM.....	16
6.2	INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	16
6.3	DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	17
6.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	18
7	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	19
8	CRONOGRAMA.....	24
9	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	25
10	CONCLUSÃO	26
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
	APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	29
	ANEXO A- Medidas de Adesão aos Tratamentos(MAT)	31

1 INTRODUÇÃO

Estima-se que a população mundial com diabetes seja de aproximadamente 387.000.000 e que alcance 471.000.000 em 2035. 80% desse total vive em países em desenvolvimento, onde há maior intensidade da epidemia e há crescente proporção de pessoas acometidas em grupos etários mais jovens (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2014).

A cronicidade da doença, a gravidade de suas complicações e os meios necessários para controlá-las tornam o Diabetes *Mellitus* (DM) uma doença muito onerosa não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, mas também para o sistema de saúde (WHO, 2002).

O DM é conhecido como um dos principais problemas de saúde pública a serem enfrentados na prática da Atenção Primária. Não somente por se tratar de um dos principais fatores de risco para desfechos cardiovasculares e determinantes de prejuízo em qualidade de vida, mas também por representar uma doença de difícil aceitação por parte de seus portadores, que em muitos casos não compreendem, não priorizam ou não aderem ao tratamento.

A adesão, de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), consiste na medida em que o comportamento de um indivíduo corresponde às recomendações fornecidas pela equipe de saúde.

Constituem fatores envolvidos na adesão: acessibilidade e disponibilidade do medicamento nos serviços, dados sociodemográficos do usuário, aceitabilidade do medicamento, sensação de perda de controle sobre o seu próprio corpo (MANN, 2009), atitudes familiares e de amigos, isolamento social, relação entre o usuário e o profissional de saúde, esquema terapêutico, cronicidade ausência de sintoma, tempo de diagnóstico, conhecimento e compreensão da doença e do tratamento (BROADBENT, 2011).

A doença representa um desafio para a equipe de Estratégia de Saúde da Família, uma vez que torna necessária a elaboração de estratégias que favoreçam a adesão ao tratamento e que minimizem o impacto desta doença na qualidade de vida da população atendida.

2 PROBLEMA

Existe alta prevalência de níveis glicêmicos anormalmente elevados e alta incidência de desfechos cardiovasculares e de complicações crônicas do DM na população atendida. A principal agente motivadora é a baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso (GUSMAI, 2015).

A origem deste problema é multifatorial e abrange aspectos intrínsecos do paciente enquanto indivíduo; dos profissionais de saúde, enquanto equipe e do meio, enquanto contexto em que a situação está inserida (BROADBENT, 2011).

A aproximação entre a equipe de Estratégia de Saúde da Família e a população diabética atendida favorece o fornecimento de informações acessíveis à população e viabiliza o plano terapêutico (FARIA, 2014).

Dentro deste panorama, e tendo em vista que os momentos de consulta médica / consulta de enfermagem não são suficientes para sanar o problema, como promover o aumento da adesão ao tratamento na população diabética atendida?

3 JUSTIFICATIVA

De acordo com a OMS, o termo *diabetes mellitus* é um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, determinado por hiperglicemia e anormalidades no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da liberação e/ou da ação da insulina (WHO, 1999).

A população de diabéticos no mundo vem crescendo devido ao crescimento e ao envelhecimento da população, ao modelo de vida predominantemente urbano, que favorece aumento da prevalência da obesidade e do sedentarismo e devido ao aumento da expectativa de vida da população portadora da doença (WHO, 2002). No campo de estudo da pesquisa, a intervenção ocorreu em um ambiente rural, porém o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência da obesidade e do sedentarismo, também são detectáveis em nosso campo de intervenção.

No Brasil, dados obtidos pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas por Inquérito telefônico (Vigitel), de 2011 (BRASIL, 2011), apontaram aumento da prevalência de DM autorreferida na população acima de 18 anos de 5,3% para 5,6, entre 2006 e 2011. De acordo com o gênero, as mulheres apresentaram prevalência de 6% de DM autorreferida, enquanto a prevalência entre os homens é de 5,2%. O inquérito também apontou que a prevalência da doença é inversamente proporcional à taxa de escolaridade e diretamente proporcional à idade.

As morbidades associadas ao DM são, naturalmente, resultado da cronicidade da doença em associação com o mau controle glicêmico (MARTIN, 2012). Tais morbidades determinam um prejuízo importante à qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias, além de serem responsáveis pelo papel do DM como importante preditor de mortalidade.

De acordo com dados brasileiros de 2011 (BRASIL, 2011), as taxas de mortalidade por DM (por 100.000 habitantes) são de 33,7 para a população geral, 27,2 nos homens e 32,9 nas mulheres, com um acentuado aumento com a progressão da idade.

Assim, percebe-se o tratamento adequado dessa comorbidade é fundamental, visto a sua elevada prevalência bem como a gama de complicações que podem ser geradas com o não controle adequada do DM, trazendo, dessa forma, inúmeros benefícios para essa população, visto que a má adesão terapêutica é um entrave no tratamento o qual está presente nessa população.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Implementar estratégias que contribuam para aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes diabéticos atendidos na Unidade Básica de Saúde Buirá, em Viçosa do Ceará.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Fornecer suporte individualizado, levando em consideração os contextos cultural, psicológico, econômico e sociodemográfico;

Orientar o tratamento não-medicamentoso, através de estratégias de autocuidado e de responsabilização dos pacientes;

Conscientizar acerca da importância da adesão ao tratamento e os malefícios que essa não adesão pode acarretar;

Empregar práticas educacionais/lúdicas que favoreçam o entendimento e a administração do tratamento medicamentoso nestes pacientes.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 O DIABETES MELLITUS

O diabetes mellitus (DM) consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo. Atinge proporções epidêmicas, com estimativa de 415 milhões de portadores de DM mundialmente. A hiperglicemia persistente está associada a complicações crônicas micro e macrovasculares, aumento de morbidade, redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade (SBD, 2017).

“O DM é uma condição crônica capaz de ocasionar complicações irreversíveis que comprometem as atividades produtivas e a qualidade de vida das pessoas” (FERNANDES, 2016). É uma comorbidade que representa um problema de saúde pública devido ao aumento de sua incidência e prevalência. Por ser uma doença crônica que exige acompanhamento a longo prazo e cuidado individual para prevenção de complicações, o DM está associado a elevados custos econômicos e sociais para indivíduos, famílias e para a sociedade (GUSMAI, 2015). Vemos, portanto, a importância dessa comorbidade que se expande cada vez mais em número e em importância no nosso meio.

“Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 347 milhões de pessoas no mundo têm diabetes, sendo que 80% das mortes por essa doença ocorrem em países de baixa ou média renda, como o Brasil” (GUSMAI, 2015). Ou seja, trata-se de uma parcela importante da população a que está acometida por essa doença.

Devido ao processo de envelhecimento, há o surgimento de doenças crônicas incapacitantes que passaram a ganhar uma maior evidência no cenário da saúde. Entre elas destaca-se o diabetes *mellitus*, que é uma das doenças crônicas mais comuns entre os idosos (SILVA, 2016). Esses, por se tratarem de uma população de risco, merecem atenção especial.

“A Organização Mundial da Saúde (OMS), prevê que, em 2030, o Brasil tenha uma população de aproximadamente 11,3 milhões de diabéticos (SILVA, 2016).

Alguns fatores como estilo de vida, obesidade, hábitos alimentares e fatores genéticos são determinantes para a incidência da DM, por isso são necessários cuidados e atenção redobrada para minimizar seus efeitos danosos e oferecer uma qualidade de vida adequada para a população (SILVA, 2016).

Dessa forma, medidas como a proposta são fundamentais para melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento, visto que esse é um problema presente e de relevância na área da saúde.

5.2 CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO

A classificação do DM tem sido baseada em sua etiologia, de acordo com a SBD (2017), em tipo 1 e 2, o DM1 é uma doença autoimune, poligênica, decorrente de destruição das células β pancreáticas, enquanto o DM2 corresponde a 90 a 95% de todos os casos de DM, possui etiologia complexa e multifatorial, envolvendo componentes genético e ambiental.

A confirmação do diagnóstico de DM requer repetição dos exames alterados, idealmente o mesmo exame alterado em segunda amostra de sangue, na ausência de sintomas inequívocos de hiperglicemia. Pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia, tais como poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento, devem ser submetidos à dosagem de glicemia ao acaso e independente do jejum, não havendo necessidade de confirmação por meio de segunda dosagem caso se verifique glicemia aleatória ≥ 200 mg/dL (SBD, 2017).

E fundamental que esse diagnóstico seja realizado antes que complicações mais sérias passem a acometer o paciente, a fim de que o tratamento instituído seja mais eficaz e o paciente possa ter o máximo de qualidade de vida.

O diabetes mellitus representa um problema de saúde em todo o mundo em função dos índices elevados de morbimortalidade, que são decorrentes do aumento do sedentarismo, de uma alimentação inadequada, da obesidade e do envelhecimento da população (MACEDO, 2017).

5.3 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO

Um seguimento correto do tratamento farmacológico para o controle da DM pode evitar o surgimento de complicações relacionadas à doença. Quando a DM não é tratada adequadamente, os sintomas podem se agravar e, portanto, contribuir para a manifestação de outras doenças, como problemas cardíacos e visuais, acidente vascular cerebral, insuficiência renal, lesões de difícil cicatrização, entre outras. A fidelidade ao tratamento é fundamental para o controle dos efeitos da DM (SILVA, 2016).

Esse seguimento é, na quase totalidade dos casos, realidade no âmbito da saúde básica, sendo, portanto, essencial que as medidas propostas para melhorar a adesão ao tratamento sejam realizadas nesse meio.

“A Organização Mundial da Saúde estima que, no mundo, metade de todos os medicamentos são inadequadamente prescritos, dispensados ou vendidos e que metade dos pacientes não os tomem corretamente” (MENDES, 2014). Um dado que nos mostra o quão relevante é a falta de adesão no que tange à qualidade do tratamento, sendo a primeira altamente prejudicial à segunda.

“O tratamento medicamentoso do DM é complexo e pode envolver diferentes fármacos com múltiplas dosagens, bem como aplicações diárias de insulina exógena (GOMES-VILLAS BOAS, 2014a). Assim, explicar claramente como se dá a administração das medicações é fundamental para que não haja erros, os quais prejudicariam o tratamento e afetariam a sua qualidade. “Uma das formas de colaborar para o controle do diabetes e por meio da educação em saúde para a mudança de comportamento. Nesse contexto, práticas educativas vêm sendo divulgadas em diversos estudos” (MACEDO, 2017).

O cuidado nutricional em DM, a modalidade inicial de tratamento optada para aqueles com a doença compensada, é uma das partes mais desafiadoras do tratamento e das estratégias de mudança do estilo de vida. A relevância da terapia nutricional no tratamento do DM tem sido enfatizada desde a sua descoberta, bem como o seu papel desafiador na prevenção, no gerenciamento da doença e na prevenção do desenvolvimento das complicações decorrentes (SBD, 2017). Uma nutrição adequada é fundamental não só na DM, como em todas as doenças e para a própria manutenção da saúde do indivíduo, sendo imprescindível um adequado aconselhamento nutricional do paciente.

Além do aconselhamento nutricional, a terapia medicamentosa é de elevada importância para o controle dessa comorbidade. A terapia medicamentosa, assim como descrito na última diretriz da SBD (2017), depende fundamentalmente se o paciente possui DM tipo 1 ou 2. Em síntese, no primeiro caso, o controle é realizado através da insulinoterapia, enquanto que no segundo caso, os Antidiabéticos orais (ADO) assumem o controle da doença, existe uma diversidade de classes entre esses, a qual é escolhido de acordo com a individualização do caso que está sendo manejado.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) recomenda que o plano alimentar seja individualizado e de acordo com as necessidades calóricas diárias, atividade física e terapêutica medicamentosa de cada paciente. Além das recomendações quantitativas, a alimentação diária deve ser fracionada em seis refeições, compreendendo três refeições principais e três lanches intermediários. As recomendações nutricionais para as pessoas com diabetes devem ser focadas nas necessidades individuais, levando-se em consideração a etapa do ciclo vital, o diagnóstico nutricional, os hábitos alimentares, o sistema de crenças e os valores socioculturais, bem como o perfil metabólico e o uso de medicamentos. Além disso, devem ser consistentes com os padrões definidos para a população geral (ZANETTI, 2015).

Sendo assim, vemos que o tratamento do DM é multimodal, sendo fundamental que esse seja realizado de forma adequada em todas as suas vertentes, seja na terapia medicamentosa ou na não medicamentosa, visto que essas caminham juntas no controle da doença.

5.4 DESAFIOS NA ADESÃO AO TRATAMENTO

A adesão ao tratamento tem como definição a extensão na qual o comportamento da pessoa coincide com a orientação médica ao uso da medicação, ao seguimento de dietas, a mudanças no estilo de vida ou a adoção de comportamentos protetores de saúde (GOMES-VILLAS BOAS, 2014b). Sendo de responsabilidade da equipe de saúde a constante orientação acerca de sua importância.

“A adesão não se refere simplesmente ao ato de tomar os medicamentos, mas, também, à forma como a pessoa maneja o seu tratamento em relação à dose, horário, frequência e duração” (GOMES-VILLAS BOAS, 2014a). Assim, a adequada orientação no momento da prescrição da medicação, explicando claramente a posologia e forma de administração, é de fundamental importância para que o incorreto manejo dessa não prejudique a qualidade do tratamento.

As taxas de adesão, em geral, variam de 31 a 98%, e há evidências de que quanto mais complexo o regime terapêutico menor a adesão. Desse modo, a literatura tem mostrado que a adesão ao uso da insulina é menor do que a adesão ao uso de antidiabéticos orais (ADOs), com taxas entre 36 e 80% e de 46,4 a 86%, respectivamente. Isso também sugere que os comportamentos de adesão podem não possuir relação entre si, ou seja, as pessoas podem aderir a um aspecto do tratamento, mas não aderir a outro (GOMES-VILLAS BOAS, 2014a).

Principalmente no âmbito da saúde básica, na qual o tratamento do paciente é realizado de maneira global e longitudinal, o questionamento no momento das consultas de como está se dando a realização do tratamento e questionando os motivos para a não adesão ao tratamento é fundamental para que esses possam ser trabalhados e contornados.

Diversos estudos discutem a baixa adesão as atividades de autocuidado com o diabetes, descrevendo possíveis fatores responsáveis pela ascensão dessa problemática. Fatores de ordem pessoal, socioeconômica e cultural, além de aspectos relativos a doença, ao tratamento, ao sistema de saúde e a equipe multiprofissional podem influenciar o autogerenciamento dos cuidados (NETA, 2015).

O DM, além disso, pode significar uma mudança nos padrões de comportamento diário que, muitas vezes, implicam em dificuldades para aderir ao autocuidado no contexto da prática de atividade física, seguimento de um plano alimentar saudável e administração das medicações (FERNANDES, 2016). É fundamental o constante aconselhamento quanto a uma alimentação saudável, bem como quanto à prática de exercícios físicos, sendo importante o encaminhamento para o serviço de nutrição quando necessário.

No contexto das doenças crônicas, em que as pessoas e seus familiares são responsáveis pela maior parte dos cuidados, a adesão deve ser vista como uma

atividade conjunta, na qual a pessoa não somente obedece às orientações médicas, mas entende, concorda e adota o regime prescrito (GOMES-VILLAS BOAS, 2014a).

Assim, principalmente no caso de pacientes idosos e naqueles com menor esclarecimento, o ideal é sempre o acompanhamento por algum familiar, devendo-se sempre se certificar que esse encontra-se esclarecido sobre como se dá o tratamento do paciente.

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 (FARIA, 2014).

Alguns desses fatores, como a falta do medicamento no sistema não é possível de serem trabalhados pela equipe de saúde, entretanto, aqueles que são modificáveis devem ser sempre trabalhados a fim de se contornar a situação.

Além disso, é apontado pela literatura que as condições físicas e emocionais em que o indivíduo com DM está inserido surgem como importantes fatores na determinação do seu comportamento referente à adesão ao tratamento. Como exemplo, pode-se afirmar que o aumento excessivo do estresse no cotidiano do indivíduo com DM, bem como os fatores interpessoais e ambientais, interferem negativamente no seu comportamento referente à adesão ao tratamento (GUSMAI, 2015). Dessa forma, o encaminhamento para o setor de psicologia deve ser realizado se for observada essa necessidade.

A adesão ao tratamento do DM inclui tanto a manutenção contínua pelos indivíduos do tratamento medicamentoso prescrito quanto a mudança do estilo de vida (MEV) a partir da obediência consciente às condutas orientadas quanto aos hábitos de dieta e atividade física. A baixa adesão ao tratamento é uma das principais causas de redução do benefício clínico e controle do DM, levando a complicações de saúde e psicossociais e redução da qualidade de vida (MENDES, 2014).

Por isso, é importante que o médico sempre procure conscientizar seu paciente acerca dos malefícios que a não adesão ao tratamento pode acarretar ao controle de sua doença, culminando em complicações à longo prazo.

“Investigar a adesão é uma tarefa complexa, tendo em vista que a relação entre as variáveis envolvidas no fenômeno ainda não está bem estabelecida” (ZANETTI, 2015). “Referente ao tratamento medicamentoso, a porcentagem de pessoas em falência para usar a medicação conforme a prescrição médica varia de 7% a 64%” (GOMES-VILLAS BOAS, 2014b). Essa variação demonstra a diversidade da população portadora dessa comorbidade,

sendo, portanto, de fundamental importância que a adesão ao tratamento seja sempre pesquisada.

“Entre as pessoas com DM, especialmente com o tipo 2 da doença, a adesão ao tratamento medicamentoso tende a ser baixa devido ao seu caráter assintomático, levando a crença de que a medicação não é necessária” (GOMES-VILLAS BOAS, 2014b). Ai entra mais uma vez a orientação de que apesar de muitas vezes assintomática, o DM é um patologia que pode acarretar sérias complicações para o indivíduo.

“Outros fatores que parecem se associar com a baixa adesão ao tratamento medicamentoso do DM são: maior tempo de doença, o uso de insulina como tratamento medicamentoso e o mau controle glicêmico” (GOMES-VILLAS BOAS, 2014b).

“No controle do DM, a falta de adesão ao tratamento é um desafio frequentemente enfrentado na prática clínica pelos profissionais das instituições de saúde. Assim, impõe-se buscar estratégias de intervenções que visem minimizar essa situação na atenção em diabetes” (FARIA, 2014). Pesquisar a má adesão, bem como os motivos que levam a isso e procurar trabalhá-los são os primeiros passos para se combater esse entrave.

No Brasil, os estudos que objetivaram avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso do DM e de outras doenças crônicas utilizaram o questionário Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), instrumento acessível e de fácil aplicação. Entretanto, como esse questionário não foi desenvolvido excepcionalmente para pessoas com DM, não contempla, de forma distinta, a diferenciação entre os determinados medicamentos usados no controle dessa comorbidade. Também não foram identificados na literatura instrumentos que avaliassem distintamente esses dois aspectos do tratamento (GOMES-VILLAS BOAS, 2014a). O uso dessa ferramenta objetiva identificar de forma mais sistemática a não adesão ao tratamento, por isso, nesse trabalho, optou-se por sua utilização.

6 METODOLOGIA

O presente projeto de pesquisa faz parte da elaboração da Tese de Conclusão de Curso, referente ao Curso de Especialização, Pesquisa e Inovação em Saúde da Família, organizado pela Universidade Federal do Ceará.

A pesquisa-ação foi realizada durante os meses de março, abril e maio de 2018, no mês de fevereiro foi desenhado como seria realizada e como se daria a intervenção, bem como seria iniciado o contato com os pacientes portadores de DM da Unidade Básica de Saúde (UBS) Buira.

A sua realização se deu na própria UBS Buira, a qual é localizada na zona rural da cidade de Viçosa do Ceará, no estado do Ceará.

6.1 AMOSTRAGEM

A amostra foi selecionada durante o mês de fevereiro de 2018, de maneira intencional, com todos os pacientes portadores de DM que eram atendidos pela Unidade na qual se deu a realização da intervenção. Os pacientes com a comorbidade citada foram contatados pela equipe de saúde da Unidade, incluindo o médico responsável, nesse contato foi realizada a descrição da atividade proposta e solicitada a participação do paciente na mesma.

Os critérios de inclusão obedecidos foram os seguintes: pacientes, independentes de sexo e idade, diabéticos e que fossem capazes de comparecer à Unidade uma vez na semana.

Por fim, aplicando os critérios descritos, foram selecionados 26 pacientes que participaram da intervenção proposta.

6.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado, o instrumento Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) (DELGADO, 2001) (ANEXO A), o qual já teve sua descrição realizada anteriormente nesse trabalho. Tal questionário, o qual se encontra em anexo, já é utilizado para quantificação da adesão ao tratamento pelo paciente, por isso se optou pela sua utilização.

Foi realizado a sua aplicação na primeira reunião que aconteceu na primeira semana do mês de março. A aplicação desse questionário visou quantificar a má adesão dos pacientes participantes da intervenção, para que assim, as reuniões e discussões fossem realizadas com um direcionamento mais eficaz.

Para os pacientes analfabetos, os quais ficariam impossibilitados de realizarem a leitura do questionário, essa foi realizada, em voz alta, pelo próprio médico ou por outro

membro da equipe, e a partir dessa leitura, o paciente escolhia a sua resposta e essa era registrada.

6.3 DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

A intervenção proposta se deu da seguinte forma. Foram realizados, com os pacientes selecionados, encontros semanais, os quais em cada semana eram realizados de uma maneira diferente:

1º semana de março: aplicação do MAT pela equipe da saúde, incluindo o médico responsável. Além disso, foram realizadas conversas individuais com os pacientes a fim desses apontarem outras justificativas para a não adesão à terapia. Esses dados serviram de base para as abordagens dos encontros posteriores.

Na 2º e 3º semanas desse mesmo mês, foram realizados encontros coletivos, visando esclarecimentos sobre a própria patologia e abordagem sobre os principais motivos que foram apontados como causadores da má adesão medicamentosa, explicitando maneira de contorna-los e sempre mostrando a importância de se realizar o tratamento da maneira como foi prescrito, visto a elevada morbidade dessa patologia. Foram usados materiais audiovisuais e ilustrativos a fim de se facilitar a compreensão da população.

Na 4º semana foi realizada uma abordagem individualizada, com o médico responsável, visto que muitas vezes fatores pessoais podem estar envolvidos na má adesão ou na má aceitação da doença por parte do paciente, o qual muitas vezes não se sente confortável em discutir sobre esses problemas em frente a outras pessoas. As consultas foram distribuídas ao longo da semana de acordo com a preferência do paciente e disponibilidade do médico.

No mês de abril foram realizados 3 encontros coletivos nas 3 primeiras semanas e um individual na última, com o mesmo formato dos já descritos, e no mês de maio, 2 encontros coletivos nas duas primeiras semanas e o último encontro, individualizado, na terceira semana, no qual foi realizada pelo paciente uma avaliação do efeito da intervenção na sua adesão terapêutica, a qual correspondeu na solicitação de se avaliar a intervenção em uma escala de 0 a 10, onde zero representava que não houve mudança nenhuma na vida do paciente e 10 representando que a intervenção foi de extrema importância para melhorar a adesão do paciente à terapêutica e consequentemente, a qualidade do tratamento da comorbidade.

Os dados foram posteriormente organizados e analisados a fim de se observar se a intervenção proposta resultou em alguma mudança na adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes estudados.

6.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Durante o desenvolvimento da intervenção, foram respeitados os princípios básicos da bioética, descritos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, relacionados com as normas que regulamentam pesquisa envolvendo seres humanos. Como a intervenção envolveu abordagem direta com o paciente, tanto através de entrevista como pela aplicação de um questionário, foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)(APÊNDICE A), visando obter o consentimento do paciente em participar da pesquisa, bem como o esclarecimento acerca dos objetivos e desenvolvimento da intervenção. Desta forma, foram respeitados os princípios da autonomia, beneficência e não-maleficência. Ainda como princípios relevantes, destacam-se, conforme exigido, a justiça e a equidade.

Ademais, todos os riscos presentes na pesquisa – possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente – serão minimizados seguindo os pressupostos contidos na resolução 466/12 do CNS.

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados obtidos no primeiro encontro, referentes à aplicação do questionário MAT e dos demais fatores apontados como causadores da má adesão, estão expostos nas Tabelas 1 e 2 respectivamente.

Tabela 1 – Dados da aplicação do questionário MAT							
PERGUNTA	RESPOSTA (N de pacientes)						TOTAL
	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	0	1	9	11	3	2	26
Alguma vez foi descuidado com as horas da tomada dos medicamentos para a sua doença?	0	0	12	10	4	0	26
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?	0	3	5	12	5	1	26
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	0	0	0	4	2	20	26
Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	0	0	6	8	10	2	26
Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	0	4	6	8	4	4	26
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	0	5	6	5	6	4	26

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Com a análise dos dados da 1^o tabela, é notado que não houve nenhuma pergunta em que foi obtida a resposta sempre, sugerindo que não há falta de adesão ao tratamento entre os pacientes abordados que possa ser considerada grave. Por outro lado, de uma maneira geral, pode-se notar que há uma relativa baixa adesão desses indivíduos à terapêutica proposta.

Avaliando-se as questões do questionário MAT individualmente, observa-se, na primeira pergunta, que o esquecimento foi apontado como um fator relevante para a não tomada do medicamento, sendo respondido há o esquecimento frequentemente e por vezes por 77% dos pacientes. Da mesma forma em relação à segunda questão, o descuido com as horas da tomada do medicamento foi apontado como causador de forma “frequente” e “por vezes” por 84,6% dos pacientes. Esses resultados mostram a importância de se ter alguém, como algum familiar, por exemplo, auxiliando na terapêutica do portador de Diabetes Mellitus, a presença de uma outra pessoa, nem que seja apenas lembrando o indivíduo a tomar a sua medicação, já melhora a eficácia da terapêutica, visto que são fatores decisivos na má adesão.

Tais resultados são importantes, pois o DM é uma patologia de elevada morbidade cujo tratamento, se não realizado ou feito de forma inadequada, pode acarretar complicações irreversíveis ao paciente. Assim como dito por Mendes et al (2014), o medicamento pode constituir importante ferramenta terapêutica para o enfrentamento deste problema. No entanto, se utilizado de forma incorreta, pode também acarretar sérios riscos para a saúde e ocasionar, por conseguinte, desperdício de recursos.

Em relação ao terceiro questionamento, a respeito do ato de deixar de tomar a medicação por conta de o paciente ter a sensação de se sentir melhor, esse foi apontado como responsável pelo abandono da medicação por 65,4% dos pacientes como de forma frequente e por vezes. Quanto ao contrário, a respeito do paciente deixar de tomar a medicação por ter se sentido pior, cerca de 80% dos pacientes afirmaram que isso nunca ocorreu.

Quanto ao questionamento seguinte, sobre a tomada da medicação por conta própria quando o paciente se sente pior da doença, esse mostrou distribuição balanceada, com 53,85% apontando tal fato como realizado com frequência ou por vezes, contra 46,15% que afirmaram nunca ou raramente a realização desse.

Dando continuidade, cerca de 70% afirmaram que deixam os medicamentos acabarem quase sempre, com frequência ou por vezes, apontando tal fator como contributivo para a baixa adesão terapêutica.

Por fim, em relação ao último questionamento do questionário MAT, 61,5% apontaram outros motivos, que não a indicação médica, como responsáveis pela não tomada da medicação.

Tabela 2 – Demais fatores que contribuem para a má adesão ao tratamento	
Fatores	Respostas (n de pacientes do total)
Aceitação do medicamento	9
Relação entre usuário e profissional de saúde	3
Esquema terapêutico complicado	11
Ausência de sintomas	15
Conhecimento e compreensão da doença e do tratamento	18
Depressão ocasionada pelo diagnóstico, falta de vontade de se tratar	9

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Os dados citados acima confirmam a abrangência e diversidade de fatores que dificultam uma terapêutica adequada e eficaz no que tange ao DM. O fato de uma quantidade relativamente importante de indivíduos terem apontado os questionamentos presentes no questionário como de acontecimentos frequente leva a conclusão de que a adesão ao tratamento prescrito não é a ideal. Assim como apontado por Silva et al (2016), um seguimento correto do tratamento farmacológico para o controle da DM pode evitar o surgimento de complicações relacionadas à doença. Quando a DM não é tratada adequadamente, os sintomas podem se agravar e, portanto, contribuir para a manifestação de outras doenças, como problemas cardíacos e visuais, acidente vascular cerebral, insuficiência renal, lesões de difícil cicatrização, entre outras. A fidelidade ao tratamento é fundamental para o controle dos efeitos da DM.

Por isso, torna-se medida importante o aumento da adesão terapêutica desses indivíduos, conscientizando-os sobre a importância do tratamento e os malefícios que a falta desse podem acarretar, e foi exatamente essa a abordagem realizada nos encontros da intervenção proposta.

No que se refere aos demais fatores que foram apontados pelos próprios pacientes como influenciadores na não tomada da medicação, pode-se notar na Tabela 2 que houve uma diversidade desses, a maioria tendo já sido descrita por Faria et al (2014) como já conhecidos por influenciar a má adesão ao tratamento em pacientes com DM.

Entre esses, destaca-se o esquema terapêutico complicado, a ausência de sintomas e o conhecimento e compreensão da doença e do tratamento, temas que foram discutidos, assim como os demais, e abordados nos encontros, a fim de esclarecer concepções errôneas que muitas vezes os pacientes apresentam, como a de que não há necessidade de se tomar o medicamento se não houver a presença de sintomas. Tal fator, assim como já apontado por Gomes-Villas Boas (2014b), é bastante comum entre pessoas que sofrem de doenças crônicas com pouco ou nenhum sintoma, as quais são mais propensas a não adesão, assim como a ausência de queixas físicas pode representar falta de motivação para o uso das medicações, o que não acontece com as doenças agudas e sintomáticas. Entre as pessoas com Diabetes Mellitus (DM), especialmente com o tipo 2 da doença, a adesão ao tratamento medicamentoso tende a ser baixa devido ao seu caráter assintomático, levando a crença de que a medicação não é necessária. Nos encontros coletivos e individuais realizados, tentou-se mudar essa concepção presente entre os pacientes.

Em relação aos outros fatores apontados na tabela 2, segundo Gomes-Villas Boas (2014b), a literatura tem evidenciado correlações negativas entre a complexidade do regime medicamentoso e a adesão ao tratamento. À medida que o número de medicamentos e/ou de doses aumenta, a adesão diminui. A frequência das doses parece ser um fator mais importante para a não adesão do que a quantidade de diferentes fármacos a serem tomados diariamente.

Ademais, procurou-se abordar todos esses fatores citados, tanto no questionário MAT, como os citados individualmente, visando sempre o fornecimento de conhecimento à população e a quebra de crenças errôneas que muitas vezes contribuem para falhas no tratamento prescrito.

Foram realizadas reuniões coletivas e individuais, no último encontro, foi proposto uma avaliação da intervenção por cada paciente participante presente, tendo sido, portanto, realizada com os 26, já que todos compareceram ao último encontro. Nessa reunião foi solicitado que cada um avaliasse a intervenção realizada numa escala de 0 a 10, onde zero representava que não houve mudança nenhuma na vida do paciente e 10 representando que a intervenção foi de extrema importância para melhorar a adesão do paciente à terapêutica e consequentemente, a qualidade do tratamento da comorbidade. Optou-se pela realização desse tipo de avaliação pois não se encontrou outra forma de avaliar a intervenção, visto que essa foi realizada num período de apenas 2 meses e meio e, portanto, resultados palpáveis na própria adesão ou nos níveis da doença provavelmente não se positivariam nesse curto período de tempo.

Ademais, a média obtida foi de 7,8, representando um resultado satisfatório, já que obteve mais de 50% de aprovação se considerada que a nota obtida é maior que 5, mas que não representa a certeza que a intervenção resultará na melhora da terapêutica desses pacientes, e mesmo que se resulte, o que garante o tempo em que esse resultado se sustentará?

O que se observa, diante de pacientes que apresentam os mais diversos fatores que contribuem para que o tratamento de uma comorbidade tão importante não seja realizado da maneira adequada, é que é necessária a abordagem contínua desses, pois só assim poderia se observar se essa abordagem está gerando resultados e a partir desses resultados, positivos e negativos, ela ia se moldando e melhorando cada vez mais. Dessa forma, a má adesão ao tratamento, que é algo bastante comum, assim como foi observado, teria grandes chances de ser eficazmente contornada.

8 CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES					
Atividades	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Seleção dos pacientes que obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão descritos para a participação na pesquisa	X				
1º aplicação do MAT		X			
Realização das reuniões individuais e coletivas		X	X	X	
2º aplicação do MAT				X	
Análise dos resultados		X	X	X	
Escrita do Trabalho	X	X	X	X	
Apresentação do trabalho					X

9 RECURSOS NECESSÁRIOS

Recurso	Valor Investido pelo responsável da intervenção
Banner	160,00
Panfletos e folders	150,00
Papel	12,00
Caneta	8,00
Impressões	15,00
TOTAL	345,00

10 CONCLUSÃO

Percebeu-se, a partir da aplicação do questionário MAT, que há uma relativa baixa adesão ao tratamento entre os pacientes que participaram da intervenção, tornando importante a elaboração de medidas que influenciem positivamente na adesão terapêutica desses pacientes.

As reuniões procuraram abordar sempre os aspectos apontados no primeiro encontro como influenciadores da má adesão, a fim de conscientiza-los, bem como fornecer conhecimento sobre a doença e suas complicações. No final da intervenção, todos os pacientes envolvidos realizaram uma avaliação através de uma pontuação de 0 a 10, a qual obteve uma média geral de 7,8, resultado relativamente positivo, mas que pode se tornar melhor se for realizada uma intervenção com essa finalidade de maneira contínua.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Vigitel-Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. Brasília, 2012.
- BROADBENT, E., DONKIN, L., STROH, J. C. Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet and exercise in diabetic patients. **Diabetes Care**. 2011; 34(2):338-40.
- DELGADO, F. G.; LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 2001, 2 (2), 81-100.
- FARIA, H. T. G. Adesão ao tratamento em diabetes *mellitus* em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**. 2014; 48(2):257-63
- FERNANDES, B. S. M. Construção, validação e adequação cultural do protocolo *COMPASSO*: Adesão ao autocuidado em diabetes. **Acta Paul Enferm**. 2016; 29(4):421-9.
- GOMES-VILLAS BOAS, L. C. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus: validação de instrumentos para antidiabéticos orais e insulina. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** jan.-fev. 22(1); 2014a.
- GOMES-VILLAS BOAS, L. C. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. **Rev Bras Enferm**. 2014 mar-abr; 67(2): 268-73b.
- GUSMAI, L. F. A influência da qualidade de vida na adesão ao tratamento do paciente diabético: revisão sistemática. **Rev Esc Enferm USP** · 2015; 49(5):839-846.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Brussels: International Diabetes Federation, 2014. **IDF Diabetes Atlas** [Internet]. 6ª ed. Disponível em <<http://www.idf.org/diabetesatlas>>. Acesso em 19/01/2014.
- MACEDO, M. M. L. Adesão e empoderamento de usuários com diabetes mellitus para práticas de autocuidado: ensaio clínico randomizado. **Rev Esc Enferm USP** · 2017;51:e03278.
- MANN, D. M., PONIEMAN, D., LEVENTHAL, H., HALM, E. A. Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medications belief. **J Behav Med**. 2009;32(3):278-84.
- MARTIN, I. S., BERALDO, A. A., PASSERI, S. M., FREITAS, M. C. F., PACE, A. E. Causas referidas para o desenvolvimento de úlceras em pés de pessoas com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm**. [Internet]. 2012; 25(2):218-24. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a10v25n2.pdf>>. Acesso em 8 abril 2015.
- MENDES, L. V. P. Uso racional de medicamentos entre indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão arterial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(6):1673-1684, 2014.

NETA, D. S. R. Adesão das pessoas com diabetes *mellitus* ao autocuidado com os pés. **Rev Bras Enferm.** 2015 jan-fev;68(1):111-6.

SILVA, A. B. Prevalência de diabetes *mellitus* e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS. **Cad. Saúde Colet.**, 2016, Rio de Janeiro, 24 (3): 308-316.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018.** São Paulo: Editora Clannad, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: **WHO** 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: **WHO**, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diabetes: the cost of diabetes. **WHO fact sheet.** 2002 sep, n. 236.

ZANETTI, M. L. Adesão às recomendações nutricionais e variáveis sociodemográficas em pacientes com diabetes mellitus. **Rev Esc Enferm USP.** 2015; 49(4):619-625

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a) Esta pesquisa é sobre IMPLANTAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE ADESÃO AO TRATAMENTO EM UMA POPULAÇÃO DE PACIENTES DIABÉTICOS e está sendo desenvolvida por LUCAS DO NASCIMENTO PEREIRA, médico responsável pela UBS Buira, a qual é localizada na zona rural da cidade de Viçosa do Ceará, sob a orientação do(a) Profa Me. Maria Ludimila Arruda Frota Rocha. O principal objetivo do estudo é promover o aumento da adesão ao tratamento em pacientes diabéticos atendidos na UBS Buira. A finalidade deste trabalho é contribuir para melhorar a adesão de pacientes portadores de Diabetes Mellitus ao tratamento prescrito. Solicitamos a sua colaboração para a presença nas reuniões que serão realizadas, bem como para responder um questionário visando avaliar como é sua adesão a terapia prescrita.

Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Unidade de saúde.

O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins. Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Viçosa do Ceará , ____ de _____ de _____



Impressão dactiloscópica

Assinatura do participante ou responsável legal

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o responsável pela intervenção, LUCAS DO NASCIMENTO PEREIRA. Telefone: (85) 99766-3429.

ANEXO A – Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?
 - Sempre
 - Quase sempre
 - Com frequência
 - Por vezes
 - Raramente
 - Nunca

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da tomada dos medicamentos para a sua doença?
 - Sempre
 - Quase sempre
 - Com frequência
 - Por vezes
 - Raramente
 - Nunca

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?
 - Sempre
 - Quase sempre
 - Com frequência
 - Por vezes
 - Raramente
 - Nunca

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?
 - Sempre
 - Quase sempre
 - Com frequência
 - Por vezes
 - Raramente
 - Nunca

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?
 - Sempre
 - Quase sempre
 - Com frequência
 - Por vezes
 - Raramente
 - Nunca

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

- Sempre
- Quase sempre
- Com frequência
- Por vezes
- Raramente
- Nunca

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

- Sempre
- Quase sempre
- Com frequência
- Por vezes
- Raramente
- Nunca