

ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE O CONHECIMENTO, A ADESÃO E O SUCESSO NA TERAPIA DE DIABETES *MELLITUS* NO MUNICÍPIO DE MATOZINHOS - MG

Fabiana de Fátima da Silva*

Fernando Corrêa de Souza**

RESUMO

O diabetes mellitus é uma doença crônica caracterizada pelo aumento da concentração de glicose no sangue, acomete uma grande parcela da população e gera uma grande demanda para os sistemas de saúde. Esse estudo descritivo teve como objetivos investigar a relação entre o conhecimento e a adesão ao tratamento de diabetes mellitus, e como essa relação pode impactar no sucesso da terapia, partindo da hipótese de que o sucesso da terapia medicamentosa para controle de diabetes mellitus (DM) depende do conhecimento do paciente sobre a doença e a necessidade de terapia. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário semiestruturado aplicado a 35 clientes de um laboratório de análises clínicas privado no município de Matozinhos - MG no mês de outubro de 2016. Os dados coletados mostraram que tanto a variável sexo, como as variáveis idade e escolaridade não tiveram influência no conhecimento, adesão e resultado da terapia. Foi realizada uma pesquisa sobre a dosagem da hemoglobina glicada da população estudada, e como resultado, 68% desta população apresentou dosagem de hemoglobina glicada igual ou superior a 7 %, o que indica um controle glicêmico inadequado. Como conclusão observou-se que o conhecimento do paciente portador de DM sobre a doença e o tratamento apresenta uma fraca correlação com a adesão e o sucesso da terapia.

Palavras-chave: Diabetes *mellitus*. Adesão ao tratamento. Hemoglobina glicada.

ABSTRACT

The diabetes mellitus is a chronic disease characterised by increased concentrations of blood glucose, it affects a large portion of the population and generates big demand for health systems. This descriptive study aimed to investigate the relationship between the knowledge and the adherence to the treatment of diabetes mellitus and with this relationship impacts therapeutic success, assuming that hypothesis of drug therapy success to control diabetes mellitus depends on patients' knowledge about the disease and the need of treatment and lifestyle changes. Data collection was realized of semi-structured interviews, made up of 35 customers of a clinical analysis laboratory in Matozinhos, a city in Minas Gerais, a state from Brazil, in October 2016. The collected data showed that gender, age and education level did not influence in knowledge, adherence and results treatment. The glycated hemoglobin of 68 percent of the studied population were equal or above 7 percent, indicating an inappropriate glycemic control. As a conclusion was observed that the diabetes mellitus patients' knowledge about the disease and treatment present a low correlation with the adherence and therapy success.

Keywords: Diabetes *mellitus*. Adherence to the treatment. Glycated hemoglobin.

*Graduanda do curso de Farmácia, Faculdade Ciências da Vida, Sete Lagoas, MG, Brasil.
fahsilva@hotmail.com

**Graduado em Farmácia e especializado em Análises Clínicas, UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.
fcorreasouza@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas foi observado um aumento relevante no número de casos de doenças crônicas não contagiosas, nessa classe de doenças se encontra inserido o diabetes *mellitus* (DM). No Brasil, atualmente, essas doenças são responsáveis por um grande número de óbitos e representam questão desafiadora para o sistema de saúde, sendo o DM a sexta causa em frequência de internações hospitalares (REMONDI *et al.*, 2012, SOARES *et al.* 2014). Espera-se que nos próximos 20 anos, em todo o mundo, 300 milhões de pessoas apresentem DM (MAZZINI *et al.*, 2013).

Doença crônica cujas origens são variadas, o DM é caracterizado pela presença de elevação da glicose sanguínea (hiperglicemia) e manutenção dessa elevação, se dá devido à falta de insulina ou pelo impedimento da mesma em exercer sua função; normalmente se encontra acompanhada de alterações no perfil lipídico, elevação da pressão arterial e obesidade abdominal (CARVALHO *et al.*, 2012). O DM está relacionado a complicações micro e macrovasculares que acarretam elevada morbidade e mortalidade e precisa ser continuamente cuidado, a fim de se evitarem complicações agudas e crônicas (SOUZA *et al.*, 2012).

Segundo recomendação da Sociedade Brasileira de Diabetes, essa doença é classificada atualmente em quatro classes baseadas em sua etiologia. O DM1, que representa 5 a 10% dos casos, é originado pela carência de insulina devido à destruição de células do pâncreas responsáveis por sua síntese, situação que pode ser decorrente de processos autoimunes ou de causas desconhecidas. O DM2 corresponde a cerca de 90 a 95 % das ocorrências de diabetes, ocorre devido a defeitos na síntese e ação da insulina e está associado aos maus costumes de vida. A classe DM gestacional se refere a qualquer intolerância à glicose diagnosticada ou iniciada no período gestacional que pode ser associada tanto a queda da função das células beta como a resistência a insulina. As formas menos comuns de DM cujas causas podem ser identificadas pertencem à classe dos outros tipos específicos de DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DM, 2015, MAZZINI *et al.*, 2013).

Devido às complicações causadas pela DM, a mortalidade e a morbidade dos diabéticos são de duas a três vezes maiores que as apresentadas por não diabéticos (CHAVES *et al.*, 2013). As amputações de membros inferiores não decorrentes de trauma, doença renal

crônica e cegueira irreversível têm como motivação mais comum o DM. Além disso, as probabilidades de desenvolver doença vascular periférica, doença cardiovascular e acidente vascular cerebral são de duas a quatro vezes maiores para um adulto com DM (SOUZA *et al.*, 2012).

Adiar o surgimento da doença, conservando a função das células beta pancreáticas, e precaver ou adiar complicações são objetivos da prevenção da diabetes (SOUZA *et al.*, 2012). Em 2011, a Sociedade Brasileira De DM (SBD) fez uma revisão das metas para o tratamento do DM e estabeleceu como novas metas os seguintes valores de referência: glicemia de jejum menor que 100mg/dL, glicemia pós-prandial menor que 140mg/dL e hemoglobina glicada (HbA1c ou A1c) inferior a 7% para adultos (DIEHL, 2013). De acordo com as diretrizes 2015-2016 da SBD, o alvo de HbA1c sugerido é < 7%, mas em determinados casos o alvo pode chegar a < 6,5% quando episódios de hipoglicemia não ocorrerem com frequência e essa dosagem menor não oferecer risco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DM, 2015).

O doseamento da hemoglobina A1c passou a ocupar um importante papel no controle glicêmico por refletir a dosagem de glicose média no sangue por um período de tempo prolongado e apresentar possibilidade de prever complicações do DM (ALENCAR *et al.*, 2012). O fato da A1c não depender de picos na concentração da glicose no sangue viabiliza sua utilização no controle do DM e também do pré-diabetes, além da sua utilização no diagnóstico de DM de forma a complementar a glicemia jejum. Pesquisas mostraram relação dos níveis de glicemia e de A1c com problemas cardiovasculares em portadores de diabetes e pré-diabetes (BETTEGA *et al.*, 2013).

Hemoglobina glicada é a denominação atribuída a um conjunto de substâncias resultantes da interação entre um açúcar (a glicose) e a hemoglobina A (HbA). A fração A1c é a mais importante desse conjunto, e nessa fração existe um resquício de glicose conjugado ao grupamento amino terminal. A hemoglobina fica submetida a uma concentração de glicose muito próxima à concentração plasmática e, dessa forma, a intensidade da glicação depende da concentração plasmática de glicose, e a concentração de hemoglobina glicada é correspondente à média da glicemia. Considerando o fato de as hemácias permanecerem na corrente sanguínea por cerca de 120 dias, é possível avaliar o controle da glicemia pelo período correspondido entre 60 a 90 dias antecedentes à coleta de sangue (COSTA *et al.*, 2014).

Para prevenção e tratamento do DM2 vem sendo analisados os seguintes fatores: perda de peso, prática de atividades físicas e terapia medicamentosa (SOUZA *et al.*, 2012). Os medicamentos são empregados, normalmente, quando a adequação da dieta e os exercícios físicos são insuficientes para controlar os níveis glicêmicos. A terapia farmacológica de diabetes é constituída de fármacos como a insulina e os hipoglicemiantes administrados por via oral, mais comumente são utilizados os das classes das sulfoniluréias e das biguanidas (SANTOS *et al.*, 2012).

A metformina, da classe das biguanidas, é o fármaco de primeira escolha, segundo a preconização da maioria das diretrizes. Como segunda escolha e associado à metformina estão os hipoglicemiantes das classes das sulfoniluréias, das glitazonas, os agonistas do receptor GLP-1, a insulina basal e os inibidores DPP-4. Segurança e eficácia estão entre os critérios para escolha do segundo fármaco, posterior à administração da metformina. Se ainda assim os objetivos não forem alcançados existe a possibilidade de uma associação tripla desses fármacos e aplicação de múltiplas doses de insulina (DUARTE, 2013).

A adesão ao tratamento pode ser explicada como a concordância entre a conduta do paciente e a orientação médica no que tange práticas como administração do medicamento, cumprimento de dietas e admissão de hábitos que visem promover a saúde (VILLAS BOAS *et al.*, 2014). Alterações no modo de vida através da compreensão e observância das orientações a respeito dos hábitos alimentares e da prática de atividades físicas, além do cuidado constante por parte dos sujeitos da terapia medicamentosa prescrita, são requisitos necessários para adesão ao tratamento do DM (MENDES *et al.* 2014).

O maior tempo de doença, o uso de insulina e o mau controle glicêmico, segundo estudos anteriores, são fatores que se associam com a adesão insuficiente ao tratamento farmacológico do DM. No que tange ao tempo de doença, a adesão é inferior entre os pacientes que foram diagnosticados a mais de cinco anos. Considerando o mau controle glicêmico, estudos revelam que a ocorrência de não adesão foi maior entre pacientes com valores de HbA1c acima dos 7% recomendados, o que também se observa entre aqueles com a dosagem de glicemia não controlada (VILLAS BOAS *et al.*, 2014).

A redução da melhoria clínica e controle glicêmico são causados principalmente pela adesão insuficiente ao tratamento, acarretando agravos de saúde e impossibilitando a garantia de condição adequada de vida. Na adesão ao tratamento de DM estão inclusos tanto a manutenção incessante do tratamento farmacológico quanto o ajuste dos hábitos de vida a

partir da obediência às orientações a respeito dos hábitos alimentares e prática de exercícios físicos (MENDES *et al.*, 2014). Existe a necessidade de buscar estratégias de intervenções para amenizar essa situação. São vários os fatores envolvidos na adesão, e entre eles podem ser citados a acessibilidade ao medicamento, a aceitabilidade do medicamento, o esquema terapêutico, a assimilação da doença e do tratamento (FARIA *et al.*, 2014).

Estudo realizado em Minas Gerais, com pacientes de 17 instituições públicas de saúde atestou que assimilar os motivos dessa adesão insuficiente ao tratamento do DM na rede pública permite a reorganização das ações de saúde, o que torna possível a superação dos obstáculos ao cumprimento das metas estabelecidas. Através dessa compreensão poderão ser criados caminhos que possibilitem a melhoria da saúde dos indivíduos. A adesão ao tratamento pode ser vista também como um indicador, em conjunto com outros fatores, para avaliar a efetividade da atenção em diabetes (FARIA *et al.*, 2014).

Para controle do diabetes é imprescindível que o paciente realize o autocuidado, que pode ser explicado aqui como a ação dos sujeitos, em seu próprio favor para promoção da saúde e conforto. Para que seja realizado esse autocuidado é necessário que sejam realizadas mudanças de hábitos que, conforme esperado, se somando a obediência das orientações e prescrições, estabilizarão a doença (MARQUES *et al.*, 2012). A educação do indivíduo com diabetes e a mudança dos hábitos de vida devem ser realizadas ao longo de todo o percurso da doença (DUARTE, 2013).

O desenvolvimento do autocuidado é fomentado pela educação; dessa forma, as práticas voltadas para educação são importantes no processo de atenção ao paciente, segundo o conceito da integralidade. Segundo a Associação Americana de Diabetes, os portadores de diabetes, em sua totalidade, deveriam ser orientados para a fim de se capacitarem para realizar o autocuidado. É preciso que a responsabilidade da educação do paciente portador de DM seja assumida por todos os profissionais com os quais esse paciente mantenha contato (GRILLO *et al.*, 2013).

O presente estudo é justificado pela alta incidência e relevância do DM na atualidade. Considerando a elevada morbimortalidade dos diabéticos, em comparação com os indivíduos que não são portadores de DM, é necessário que seja realizada a averiguação das circunstâncias que envolvem tal situação, para que seja possível fazer intervenções que levem ao sucesso da terapia.

Este estudo tem por objetivo a investigação da relação entre o conhecimento, a adesão ao tratamento de DM e como essa relação impacta o sucesso da terapia, partindo da hipótese de que o sucesso da terapia medicamentosa para controle de DM depende da compreensão do paciente a respeito da doença e também da necessidade de terapia. A partir disso, é apresentado o seguinte problema: como o conhecimento do paciente portador de DM acerca do diabetes e da terapia interfere na adesão e no sucesso dessa terapia?

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com análise quantitativa de dados. A pesquisa foi realizada na cidade de Matozinhos/MG, com clientes de um tradicional laboratório de análises clínicas da rede privada. A população estudada foi formada por clientes do laboratório portadores de diabetes *mellitus* e que realizaram dosagens rotineiras de hemoglobina A1c como forma de acompanhamento da terapia.

Foram incluídos na população de estudo, pacientes portadores de diabetes sem distinção do tipo de DM que apresentam e com histórico de resultados de hemoglobina glicada constante no sistema de automação do laboratório. Todos assinaram um termo de consentimento após serem informados sobre a pesquisa e sanarem suas dúvidas. Os clientes com idade inferior a 18 anos e aqueles que são cuidados por terceiros não foram incluídos na pesquisa.

A coleta de dados foi feita no mês de outubro do ano 2016 no próprio laboratório e em visitas domiciliares. Os dados foram coletados através de um questionário semiestruturado no qual foram solicitados primeiramente informações sobre o sexo, idade e escolaridade do participante. No tocante ao DM, o questionário foi elaborado com oito questões de múltipla escolha e duas questões abertas, sendo dividido em três partes: conhecimento sobre a doença, adesão e resultado da terapia.

Na primeira parte constaram cinco questões que visavam verificar o conhecimento dos participantes acerca da doença. Os participantes responderam se sabiam o que é DM e qual sua principal característica. Além disso, foi questionado o conhecimento sobre os alimentos que devem ser evitados para um controle glicêmico adequado e sobre uma das causas comuns do resultado elevado da dosagem de glicemia: a falta de jejum. O último

questionamento foi se o participante considerava que foi suficientemente esclarecido sobre a doença pelos profissionais da área de saúde.

A segunda parte do questionário foi composta por cinco questões que tiveram como objetivo a avaliação da adesão ao tratamento. O participante foi questionado sobre o nome e a dosagem da medicação utilizada, sobre o cumprimento das orientações médicas a respeito da medicação, da dieta e da realização de exames clínicos. Foi questionado ainda se o participante foi orientado a mudar seus hábitos alimentares e sobre os riscos de não seguir corretamente o tratamento.

A terceira parte, relacionada ao resultado da terapia, foi destinada á pesquisadora. Para avaliar o resultado da terapia foi utilizado como critério o resultado de hemoglobina glicada. Seguida da aplicação do questionário ao participante foi realizada a pesquisa da última dosagem de hemoglobina glicada. Essa dosagem foi obtida através de uma consulta realizada no sistema de automação do laboratório a partir do nome completo do paciente.

Nenhum questionário foi assinado, sendo necessário o preenchimento com resultado do exame clínico imediatamente após o participante ter respondido o questionário. Após esse preenchimento todos os questionários foram colocados juntos aleatoriamente de forma que não houvesse associações dos indivíduos aos questionários. Em concordância com a Resolução CNS nº 466/12 e complementares as informações foram tratadas com confidencialidade e sigilo.

A armazenagem dos dados foi feita em tabela para posterior análise utilizando o programa *Microsoft Excel*®2007. No processo de análise foram construídos gráficos e tabelas para auxiliar na visualização e expressão dos dados coletados. Foi feito o cálculo do número de respostas satisfatórias dos entrevistados em relação ao conhecimento sobre a doença e sobre a adesão à terapia. A partir disso, foi empregado o teste T de Student, utilizando significância estatística de 0,05, para verificar a influência das variáveis sexo, idade e escolaridade sobre as dosagens de hemoglobina glicada e também sobre o número de respostas consideradas satisfatórias em relação ao conhecimento sobre a doença e a adesão ao tratamento. A análise da correlação entre a hemoglobina glicada e o conhecimento e a adesão à terapia foi efetuada por intermédio do coeficiente da correlação de Spearman. Através desse mesmo coeficiente foi realizada a verificação da relação entre o conhecimento e a adesão à terapia.

As respostas consideradas satisfatórias sobre o conhecimento da doença foram: sim, para a questão “Você sabe o que é DM?”; elevação da glicemia, para a questão “O DM é uma doença caracterizada por:”; massas, para a questão “Para manter a glicemia sob controle o paciente deve evitar consumir:”; não está em jejum, para a questão “A dosagem de glicose pode estar elevada quando o diabético:”; sim, para a questão “Considera que foi suficientemente esclarecido sobre a doença pelos profissionais da área de saúde?”.

As respostas julgadas satisfatórias sobre adesão à terapia foram: medicamento usualmente prescrito para terapia do diabetes, para o seguinte questionamento: “Qual medicamento(s) você utiliza para tratamento do DM?”. Dosagem correspondente da respectiva medicação, para a questão “Qual a dosagem?”; sim, para a questão “Você utiliza o(s) medicamento(s) todos os dias nos horários recomendados pelo médico?”; sim, para a questão “Você foi orientado a mudar os hábitos alimentares para controlar a glicemia?”; sim, para a questão “Fez as mudanças propostas na dieta?”; sim, para a questão “Você faz os exames clínicos sempre que o médico solicita”; sim, para a questão “Você foi orientado sobre os riscos de não seguir o tratamento corretamente”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram estudados 35 participantes entre 25 e 84 anos de idade, dos quais 68,6% (n=24) são do sexo feminino e os outros 31,4% (n=11) do masculino. Quanto à escolaridade, a maioria dos entrevistados, 45,7% (n=16) afirmou ter o ensino fundamental incompleto, 17,1% (n=6) o ensino fundamental completo, 14,3% (n=5) o ensino médio, o ensino superior foi cursado por 11,4% (n=4) dos entrevistados.

Quanto ao conhecimento sobre a doença 71,4% (n=25) dos participantes afirmaram saber o que é DM; esse é o mesmo percentual dos que consideram ter sido devidamente orientados pelos profissionais da área de saúde sobre a doença. A maioria dos entrevistados relacionou a elevação da glicemia ao DM e 40% (n=14) dos diabéticos entrevistados não citaram a elevação da glicemia como principal característica do DM; 11% (n=4) declararam não saber a resposta e condições como a anemia e a queda da pressão arterial foram citadas pelos entrevistados (tabela 1).

Tabela1. Conhecimento dos participantes a respeito do DM

Questões e respostas	Frequência	Frequência relativa (%)
Sabe o que é DM?		
Sim	25	71%
Não	10	29%
Total	35	100,00%
O diabetes é uma doença que se caracteriza por:		
Elevação do colesterol	3	9%
Elevação da glicemia	21	60%
Queda da pressão arterial	3	9%
Anemia	2	6%
Elevação do colesterol e elevação da glicemia	1	3%
Elevação da glicemia, do colesterol e queda da pressão arterial	1	3%
Não souberam	4	11%
Total	35	100%
Para controlar a glicemia um paciente com DM deve evitar consumir:		
Saladas	4	11%
Frituras	3	9%
Massas	11	31%
Leite e derivados	1	3%
Frituras e massas	14	40%
Frituras, massas e leite e derivados	1	3%
Não souberam	1	3%
Total	35	100%
A dosagem de glicose pode estar elevada quando o diabético:		
Fica muito tempo sem comer	15	43%
Não está em jejum	13	37%
Fez uso da medicação antes de coletar o sangue	3	9%
Fica muito tempo sem comer ou não está em jejum	1	3%
Fica muito tempo sem comer ou fez uso da medicação antes de coletar o sangue	1	3%
Não souberam	2	6%
Total	35	100%
Foi suficientemente esclarecido sobre DM pelos profissionais de saúde?		
Sim	25	71%
Não	10	29%
Total		100,00%

Fonte: elaborado pela autora

O controle glicêmico é uma questão que gera muitas dúvidas. Apenas 37% (n=13) responderam que a não observância do período de jejum orientado poderia causar aumento da dosagem da glicose sanguínea. Os participantes demonstraram não ter conhecimento sobre

hipoglicemia, uma vez que 43% (n=15) dos entrevistados acreditam que ficar muito tempo sem comer pode causar elevação da dosagem de glicemia, associam o mal estar que sentem quando ficam por muito tempo sem se alimentar a elevação da glicemia e não à diminuição da glicemia causada por um período sem se alimentar maior que o recomendado.

Através da análise das questões referentes à adesão ao tratamento pode ser observado que 14% (n=5) não souberam informar a medicação utilizada para tratamento do DM, (n=16) não souberam informar a dosagem da medicação. O acompanhamento clínico é feito conforme orientação médica, segundo os dados coletados, por 89% (n=31) dos entrevistados (figura 1).

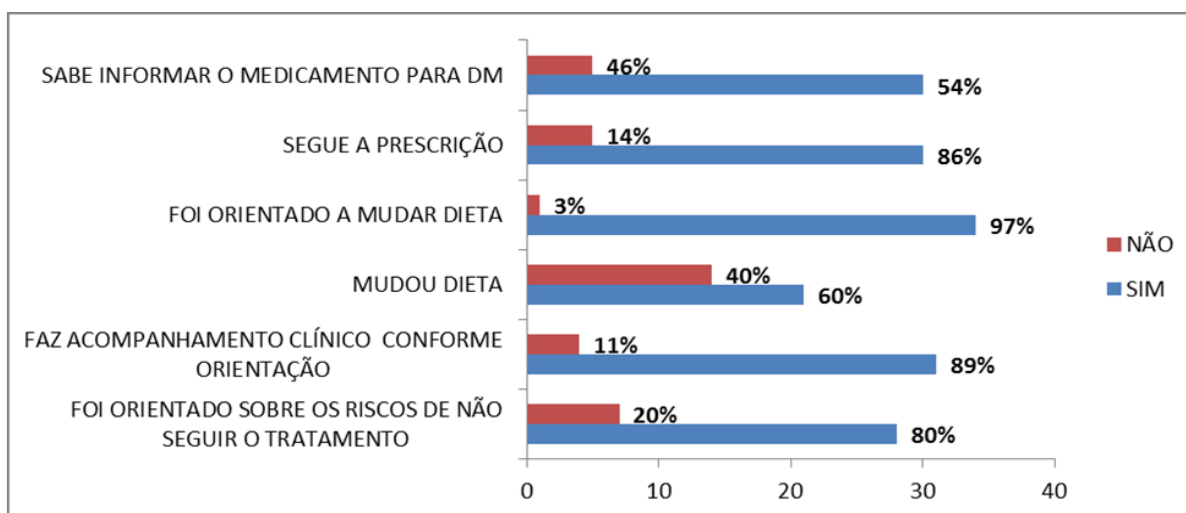


Figura 1. Adesão ao tratamento

Fonte: elaborada pela autora

É possível observar na figura 1 que apesar de 80% (n=28) dos participantes ter afirmado que foram orientados sobre os riscos de não seguir corretamente o tratamento e 97% (n=31) ter afirmado que foram orientados a realizar mudanças na dieta, 40% (n=14) declararam não ter feito as mudanças propostas na dieta e 14% (n=5) declararam não seguir a prescrição.

De acordo com as metas de tratamento para DM da Sociedade Brasileira de Diabetes, os adultos devem apresentar dosagem de hemoglobina glicada abaixo de 7% (DIEHL, 2013, SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015). Os resultados do exame de hemoglobina glicada dos participantes revelaram que apenas 32% (n=11) dos participantes apresentaram um bom controle do DM, 49% (n=17) apresentaram hemoglobina glicada maior

que 7% e 17% (n=6) apresentaram hemoglobina glicada maior que 10,0%. A hemoglobina glicada de 68% (n=24) da população estava igual ou superior a 7% (figura 2).

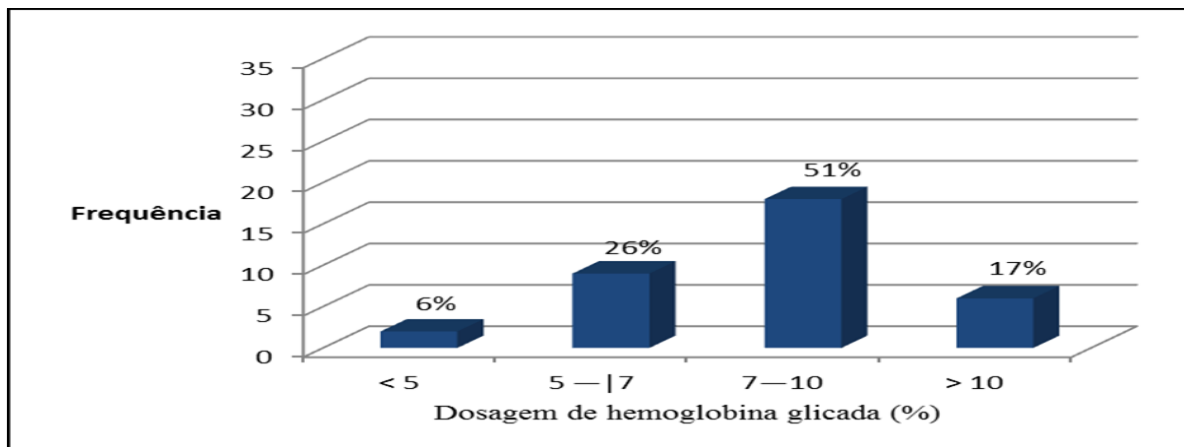


Figura 2. Resultados da última dosagem de hemoglobina glicada (%)

Fonte: elaborada pela autora

Através dos resultados do teste T de Student, pode-se inferir que as variáveis sexo, idade e escolaridade não demonstraram ter influência sobre o conhecimento, a adesão ou o sucesso da terapia (tabela 2). Utilizando o coeficiente de correlação de Spearman (rs) verificou-se que a correlação entre os resultados de hemoglobina glicada e o número de questões respondidas de forma satisfatória, tanto em relação ao conhecimento quanto em relação à adesão foram positivas e fracas (rs = 0,25 e rs = 0,29; respectivamente). O coeficiente de correlação encontrado entre o conhecimento sobre DM e a adesão ao tratamento (rs = 0,44) indica a existência de correlação moderada entre essas variáveis.

Tabela 2. Teste T de Student para as variáveis socioculturais

Variáveis	N Total	Conhecimento sobre DM	Adesão ao tratamento	Hb1Ac
	n(%)	p-value	p-value	p-value
Sexo				
Feminino	24(68,6)	0,48	0,33	0,66
Masculino	11(31,4)			
Idade				
< 60 anos	16(45,7)	0,34	0,93	0,24
> 60 anos	19(54,3)			
Escolaridade				
até 8 anos	22(62,9)	0,14	0,96	0,51
> 8 anos	13(37,1)			

Fonte: Elaborado pela autora

Dessa forma, a hipótese apresentada neste estudo não foi confirmada, na população estudada o conhecimento e a adesão apresentaram uma correlação fraca com o resultado da terapia. Apesar disso, considerando a população como um todo, os resultados mostraram que a maioria da população estudada apresenta conhecimento insatisfatório sobre a dieta e sobre o controle glicêmico, o que não condiz com a parcela da população de estudo que considerou ter sido devidamente orientada pelos profissionais de saúde.

O desconhecimento dos participantes sobre a doença, os medicamentos utilizados e as dosagens corroboram com a literatura pesquisada, sendo um fato preocupante, por mais que a maior parcela dos entrevistados tenha atestado utilizar os medicamentos conforme prescrição. Estudos demonstraram que é frequente a adesão insuficiente à terapia, o que a torna um desafio para o sucesso da terapia. Entre os vários fatores envolvidos na adesão está a compreensão do tratamento (FARIA *et al.*, 2014).

Apenas 32% dos participantes apresentaram HbA1c menor ou igual a 7%, semelhante a estudo recente realizado nas regiões Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul do Brasil no qual menos de 30% dos participantes apresentaram a dosagem de HbA1c inferior ao limite de 7%. Essa situação provavelmente é causada pela resistência dos pacientes em aderir às terapias não farmacológicas, o baixo êxito dos medicamentos disponíveis e a falta de adesão ao tratamento entre outros fatores, considerando que apenas metade dos pacientes com DM2 em uso de dois hipoglicemiantes administrados por via oral atingem a dosagem alvo de HbA1c (GRILLO *et al.*, 2013).

Pesquisa com participantes de um programa para hipertensos e diabéticos, realizada em Teresina (PI), mostra que mais da metade dos pacientes estudados desconhecia o nome do medicamento usado, 72,75% a dose administrada e 73,25% não sabiam até quando deveriam utilizá-los. Considerando o entendimento dos participantes sobre sua doença e implicações, a maior parte foi classificada como não aderente pelos pesquisadores (CARVALHO *et al.*, 2012). Essa situação difere da observada no presente estudo, onde 86% dos participantes souberam informar nome do medicamento usado e 54% souberam informar a dosagem do respectivo medicamento.

Estudo realizado em Belo Horizonte (MG) em que foi utilizado um teste de conhecimento da doença, com aplicação de questionário com 15 itens em que o próprio paciente responde sobre questões relacionadas ao DM, concluiu que o tempo que o usuário teve de contato com o programa de educação em saúde é diretamente proporcional à melhora

na prática do autocuidado (MAIA *et al.*, 2016). No presente estudo, grande parte dos participantes demonstrou desconhecimento sobre a doença. Em relação à terapia farmacológica, a maioria afirmou ter conhecimento e obediência às orientações médicas, o que deveria indicar aptidão para prática do autocuidado. Todavia, essa presumível aptidão para prática do autocuidado não se traduz em resultados, uma vez que apenas 32% dos participantes apresenta dosagem de HbA1c satisfatória.

CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que o conhecimento do paciente portador de DM acerca da doença e do tratamento possui uma correlação fraca com a adesão e o sucesso da terapia, apesar de a população estudada apresentar conhecimento insatisfatório e mau controle glicêmico. A relação entre o conhecimento e a adesão ao tratamento não foi devidamente esclarecida, uma vez que os dados coletados revelam um conhecimento insatisfatório sobre a doença, mas a utilização dos medicamentos de forma correta, adequação dos hábitos alimentares e cumprimento das orientações médicas pela maior parte dos participantes. O sucesso da terapia está de acordo com o conhecimento demonstrado pelos participantes, uma vez que os resultados dos exames revelam na maioria dos casos um mau controle glicêmico.

É possível que essa discordância se deva ao fato de alguns participantes ficarem intimidados em responder a um questionário de pesquisa relacionado a uma doença tão comum em um ambiente onde se encontram vários profissionais de saúde. Além disso, existem outros fatores que podem influenciar no sucesso da terapia e não foram considerados como, por exemplo, a genética de cada indivíduo, que não podemos mensurar. Essas foram limitações que podem ter interferido no resultado da pesquisa.

Devido ao observado no decorrer do estudo sobre o elevado e crescente número de ocorrências de DM, a demanda de recursos gerada para as organizações de saúde e a frequente ocorrência de insucesso da terapia, faz-se necessária a realização de mais estudos para que seja possível estabelecer meios de prevenção e tratamento efetivos e, dessa forma, diminuir os gastos com tratamento das complicações causadas pelo DM e assegurar a melhoria das condições de vida dos pacientes diabéticos.

REFERÊNCIAS

1. ALENCAR, Ana Maria Parente Garcia. *et al. Avaliação de resultados em um serviço de atenção secundária para pacientes com Diabetes mellitus*. Acta Paul Enfermagem, n25, p 614-618, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400021. Acesso em: abr. 2017.
2. BETTEGA, Marcelo. *et al. A hemoglobina glicada é preditora de extensão e gravidade anatômica da doença coronariana*. Revista Brasileira de Cardiologia, v.26, n.2, p.120-126, 2013. Disponível em <http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/RBC-02-art-2013.0103.pdf>. Acesso em: mai. 2017.
3. CARVALHO, André Luís Menezes. *et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI)*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, n.17, p.1885-1892, 2012. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700028>. Acesso em: abr. 2016.
4. CARVALHO, Fernanda Sanches. *et al. Importância da orientação nutricional e do teor de fibras da dieta no controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2 sob intervenção educacional intensiva*. Arquivo Brasileiro Endocrinologia e Metabologia. n.56, p.110-119, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abem/v56n2/04.pdf>. Acesso em: Mai. 2016.
5. CHAVES, Miriam de Oliveira. *et al. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem*. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, n.66, p.215-22, 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200010. Acesso em: Mai. 2016.
6. COSTA, Fernando Augusto Alves da. *et al. Identificação de Diabetes Mellitus 2 em Cardiopatas com Provável Resistência Insulínica através da Hemoglobina Glicada*. Revista Brasileira de Cardiologia, São Paulo. n.27,p.260-266, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009002000001. Acesso em: Set. 2016.
7. COSTA, Karen Sarmiento. *et al. Fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Brasil: resultados de inquérito telefônico nas capitais brasileiras e no Distrito Federal*, 2011. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro. n.32, 2016. Disponível em http://www.scielosp.org/article_plus.php?pid=S0102311X2016000200703&tlng=pt&lng=en. Acesso em ago. 2016.
8. DIEHL, Leandro Arthur. *Diabetes: hora de rever as metas?* Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia. n.57,p. 545-549, 2013. Disponível em http://www.Scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-2730201300070000. Acesso em: Mai. 2016.
9. DUARTE, Rui. *Antidiabéticos orais. Como começar e combinar sem risco cardiovascular*. Revista Portuguesa de Cardiologia, p.15-23, 2013. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S087025511370043X>. Acesso em: Ago.2016.

10. FARIA, Heloísa Turcatto Gimenes. *et al. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo*. Revista da Escola de Enfermagem USP, n.47, p.348-54, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/11.pdf>. Acesso em: Mai. 2016.
11. GRILLO, Maria de Fátima Ferreira. *et al. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes*. Revista da Associação Médica Brasileira. n.59, p.400–405, 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000400021. Acesso em: Abr. 2016.
12. MAIA, Mariana Almeida. *et al. Associação do tempo de contato no programa educativo em diabetes mellitus no conhecimento e habilidades de autocuidado*. Revista da Escola de Enfermagem, USP. n.50, p.59-65, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt_0080-6234-reeusp-50-01-0059.pdf. Acesso em: Abr. 2016.
13. MARQUES, Marília Braga. *et al. Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado*. Revista da Escola de Enfermagem USP n.47, p.415-20, 2013. Disponível em www.scielo.br/reeusp. Acesso em: Ago. 2016.
14. MAZZINI, Maria Cristina Ritter. *et al. Rastreamento do risco de desenvolvimento de diabetes mellitus em pais de estudantes de uma escola privada na cidade de Jundiaí, São Paulo*. Revista da Associação Médica Brasileira, n.59, p.136-142, 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009002000001. Acesso em: Ago. 2016.
15. MENDES, Luiz Villarinho Pereira. *et al. Uso racional de medicamentos entre indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão arterial no município do Rio de Janeiro, Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva. n.19, p.1673-1684, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601673. Acesso em: Abr. 2016.
16. REMONDI, Felipe Assan. *et al. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.30, p.126-136, Jan. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0102-311X&lng=em. Acesso em: Ago. 2016.
17. SANTOS, M.M. *et al. Uso empírico de plantas medicinais para tratamento de diabetes*. Revista Brasileira de Plantas Mediciniais, Botucatu, n.2, p.327-334, 2012. Disponível em www.scielo.br/pdf/rbpm/v14n2/12.pdf. Acesso em: Jul. 2016.
18. SOARES, Daniela Arruda. *et al. Adesão ao tratamento da hipertensão e do diabetes: compreensão de elementos intervenientes segundo usuários de um serviço de atenção primária a saúde*. Revista de APS; n.17, 2014. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/>

wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&expSearch= 737672&indexSearch=ID. Acesso em: Ago.2016

19. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, *Diretrizes 2015-2016*. Brasil, 2015. Disponível em www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015/1016. Acesso em: Set. 2016.

20. SOUZA, Camila Furtado de. *et al. Pré-diabetes: diagnóstico, avaliação de complicações crônicas e tratamento*. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia. n.56, p. 275-284, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abem/v56n5/a01v56n5.pdf>. Acesso em: Mai. 2016.

21. VILLAS BOAS, Lilian Cristiane Gomes. *et al. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso*. Revista Brasileira de Enfermagem. n.67, p.268-273, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200268. Acesso em: Mai. 2016.