

Samara Eliane Rabelo Suplici

**ADESÃO AO TRATAMENTO ENTRE PESSOAS COM
DIABETES MELLITUS E A QUALIDADE DO CUIDADO NA
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Tese de doutorado submetida ao
Programa de Pós-graduação em
Enfermagem da Universidade Federal
de Santa Catarina – Área de
Concentração: Filosofia e Cuidado em
Enfermagem e Saúde, como requisito
para obtenção do Título de Doutora em
Enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Betina Hörner
Schlindwein Meirelles

Florianópolis

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Suplici, Samara Eliane Rabelo

Adesão ao tratamento entre pessoas com diabetes mellitus e a qualidade do cuidado na atenção básica de saúde / Samara Eliane Rabelo Suplici ; orientador, Betina Hörner Schindwein Meirelles, 2017.

375 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Diabetes Mellitus. 3. Adesão do paciente. 4. Atenção Básica de Saúde. I. Meirelles, Betina Hörner Schindwein. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

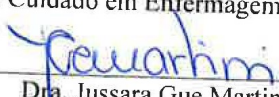
SAMARA ELIANE RABELO SUPLICI

**ADESÃO AO TRATAMENTO ENTRE PESSOAS COM
DIABETES MELLITUS E A QUALIDADE DO CUIDADO NA
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**


Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:


DOUTOR EM ENFERMAGEM

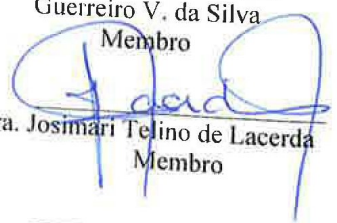
e aprovada em sua versão final em 08 de dezembro de 2017, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: Filosofia e Cuidado em Enfermagem e Saúde.

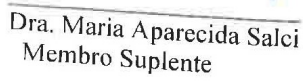

Dra. Jussara Gue Martini
Coordenadora do Programa


Banca Examinadora:

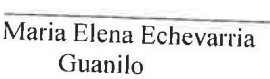

Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles
Presidente


Dra. Denise Maria
Guerreiro V. da Silva
Membro


Dra. Josimari Telino de Lacerda
Membro


Dra. Maria Aparecida Salci
Membro Suplente


Dra. Maria da Fatima
Mantovani
Membro por videoconferência


Dra. Maria Elena Echevarria
Guanilo
Membro Suplente

Dedico este trabalho a todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família, por fazerem parte desse importante movimento do Sistema Único de Saúde brasileiro, que tem produzido resultados positivos na saúde das pessoas por eles assistida.

AGRADECIMENTOS

“Por vezes, sentimos que aquilo que fazemos não é senão, uma gota de água no mar. Mas, o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”
(Madre Tereza de Calcutá)

À minha família: Lucio, Laura e Arthur, por terem me dado um apoio fundamental para que eu concluísse esse trabalho. Vocês serão sempre a parte mais importante da minha vida!

Aos meus pais, Vera e José, à minha irmã Simone e aos meus sobrinhos, Lorenzo e Vitório, que mesmo de longe me incentivaram e, muitas vezes vieram de Minas para me ajudar durante esse processo.

Às minhas amigas: Ana Hoffmann, Maria Catarina da Rosa, Cladis Moraes, Deise Aquino, Maria Lígia Bellaguarda, Maristela Azevedo, Maritê Argenta, Tereza Gaio, Terezinha Honório e Valdete Preve por terem sido muito mais que colegas de trabalho. A cada uma de vocês eu tenho um gratidão especial!

À minha orientadora, Betina Hörner Schindwein Meirelles por me acolher e mostrar, com experiência e leveza, o melhor caminho para a conclusão deste trabalho.

À Profa. Denise Guerreiro Vieira da Silva, por ter me proporcionado tanto aprendizado ao longo da nossa convivência no Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica e por suas contribuições que ocorreram durante todo o processo de construção deste trabalho.

À Profa. Dra. Josimari Telino Lacerda pelas valiosas contribuições no exame de qualificação do projeto que originou essa tese.

À Profa. Dra. Maria Elena Echevarría Guanilo por contribuir nas bancas de qualificação do projeto e de defesa da tese.

Às Profas. Dra. Maria Aparecida Salci e Dra. Maria de Fátima

contribuído para melhorar esse trabalho.

À Profa. Msc. Ana Cristina Hoffmann, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro Universitário Estácio de Sá, por ter me concedido a licença do meu trabalho como docente, sem a qual eu não teria conseguido finalizar esse trabalho.

Ao Conselho Nacional de desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por ter me concedido dois anos de Bolsa de Doutorado, fundamentais para que eu pudesse ter dedicação exclusiva a este trabalho.

Às colegas do NUCRON – Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica, em especial, Veridiana Costa e Júlia Boell, por terem iluminado muitas dúvidas no decorrer do processo de construção deste trabalho.

À Enf. Dra. Sabrina da Silva de Souza pela grande ajuda no processo de coleta de dados.

Aos profissionais das equipes da Estratégia da Saúde da Família do município de São José, em especial às enfermeiras Scheila Monteiro Evaristo e Alini Filippus da Silveira, que muito contribuíram para minha inserção no campo de coleta de dados.

Aos Agentes Comunitários de Saúde das Unidades Básicas de Saúde do município de São José: Sede, Forquilha, Zanelato e Ipiranga, por terem disponibilizado parte de seu tempo me ajudando na localização dos participantes da pesquisa.

A todas as pessoas que aceitaram participar desta pesquisa.

À Geovana Pflieger por ter me ajudado na coleta de dados da etapa quantitativa do trabalho.

Às colegas Priscila Juceli Romanoski e Luana Marques da Silva por terem me ajudado nas transcrições das entrevistas da etapa qualitativa do trabalho.

À Carolina Kahl pelo empenho em me ajudar na formatação

À Enaiane Menezes pela consultoria estatística.

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina pela oportunidade de crescimento acadêmico.

À Ilma Martins pela dedicação à minha casa enquanto eu me dedicava a este trabalho.

Conhecer não é chegar a uma verdade absolutamente certa, mas dialogar com a incerteza.

SUPLICI, Samara Eliane Rabelo. **Adesão ao tratamento entre pessoas com Diabetes Mellitus e a qualidade do cuidado na Atenção Básica De Saúde.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2017. 374 p.

RESUMO

A complexidade dos fatores relacionados à adesão ao tratamento entre pessoas com Diabetes mellitus exige uma ótica multidimensional. **Objetivos:** Analisar os fatores relacionados à qualidade do cuidado na Atenção Básica de Saúde associados à adesão ao tratamento entre pessoas com Diabetes mellitus do tipo 2; e Compreender o significado da adesão ao tratamento entre pessoas com Diabetes mellitus do tipo 2 no contexto da Atenção Básica de Saúde. **Método:** estudo de método misto, do tipo sequencial explanatório, sendo um estudo quantitativo transversal com 329 participantes, e uma investigação qualitativa com 31 participantes utilizando a Teoria Fundamentada nos Dados, realizado em quatro Unidades Básicas de Saúde de um município de médio porte do sul do Brasil. Os dados quantitativos foram coletados através de instrumento estruturado com variáveis sociodemográficas e clínicas e um Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes. Utilizaram-se, ainda, dados secundários do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção. A análise dos dados quantitativos utilizou o pacote estatístico SPSS^(R), com cálculo de médias e desvios-padrão. Para comparar a adesão com a qualidade do cuidado foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. A adesão ao tratamento foi ainda, categorizada em mais desejável e menos desejável e calculadas à razão de chance (OR) de adesão desejável, através de regressão logística binária. Os dados qualitativos foram obtidos a partir de observação e entrevistas e analisados mediante codificação inicial, seletiva e focalizada. **Resultados:** Evidenciou-se na etapa quantitativa uma predominância de mulheres, aposentadas, com um a cinco anos de estudo, renda familiar de um a três salários mínimos, Hipertensão Arterial como comorbidade, que utilizam apenas a Atenção Básica para os cuidados de saúde. As variáveis sociodemográficas e clínicas associadas à adesão foram: sexo, idade, presença de comorbidades e estar trabalhando. Verificaram-se baixas prevalências de adesão a uma alimentação saudável, à prática regular de atividade física e ao

saudável, ao automonitoramento glicêmico e ao uso da medicação foram encontradas entre as pessoas com Diabetes atendidas por equipes melhores avaliadas no que se refere a: equipamentos, materiais e insumos, organização da agenda, coordenação do cuidado e acolhimento à demanda espontânea. Na etapa qualitativa, evidenciaram-se cinco categorias: descobrindo a doença e iniciando o tratamento; encontrando as dificuldades para seguir o tratamento; buscando estratégias de adesão ao tratamento; valorizando os aspectos facilitadores do tratamento; e transformando o tratamento em rotina diária, que explicaram alguns dos resultados quantitativos encontrados. **Discussão:** O melhor desempenho das equipes em consonância com os princípios da Atenção Básica de Saúde resulta em melhoria da adesão das pessoas com Diabetes ao tratamento. A adesão às várias dimensões do tratamento envolve a superação de dificuldades, valorização de aspectos facilitadores do tratamento até que a pessoa com diabetes incorpore o tratamento numa rotina diária. **Conclusão:** a adesão ao tratamento entre pessoas com diabetes mellitus do tipo 2 é um fenômeno complexo e multidimensional no qual estão envolvidos relações/interações/associações complexas entre os fatores individuais, sociais e relacionados ao sistema de saúde.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Adesão do paciente. Atenção Básica de Saúde

SUPLICI, Samara Eliane Rabelo. **Adherence to treatment of people with Diabetes Mellitus e a and quality of care in primary health care.** PhD in Nursing Doctorate Dissertation. Graduate Nursing Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, Brazil, 2017. 374 p.

ABSTRACT

Given the complexity of factors associated to treatment compliance, it must be reviewed in multiple dimensions. **Objective:** To review the factors related to quality of care in the Basic Health Care System pertaining to treatment compliance among type 2 diabetes mellitus patients; and To understand the meaning of treatment compliance among type 2 diabetes mellitus patients within the context of Basic Health Care System. **Method:** a cross-sectional quantitative study with mixed sequential explanatory design that included 329 participants, and a qualitative study that used the Grounded Theory on 31 participants. The study was undertaken in four Basic Health Care units in a medium-sized city in southern Brazil. The qualitative data were collected using a structured instrument with sociodemographic and clinical variables and a validated version of the Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire. Secondary data from the *Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção* [Improved Access and Care Quality Program] were used to evaluate the quality of Basic Health Care provided. The data were analyzed using the SPSS^(R) statistical software. Treatment compliance items were calculated as means and standard deviations in the descriptive analysis. The Kruskal-Wallis test was used to compare treatment compliance to the quality of care variables. Treatment compliance items were also classified as more and less desirable. Binary logistic regression was used to check the desirable compliance odds ratio (OR). Qualitative data were obtained from observation and interviews. Initial, selective and focused coding was used to analyze the data. **Results:** the patients were predominantly retired women, with one to five years of schooling and family income ranging from one to three minimum wages. Arterial Hypertension was the primary comorbidity. Their care was provided exclusively by the Basic Health Care system. The following sociodemographic and clinical variables were used in the quantitative stage: sex, age, comorbidities and active working life. Low means and low compliance rates to healthy eating, regular exercising and self-monitoring of blood glucose were

desirable healthy diet, monitoring of blood glucose and drug use were observed among diabetes patients cared for by better qualified healthcare teams. The best compliance was observed among diabetes patients cared for by teams with the best equipment, materials and inputs, better organized schedules, better care coordination and who provided care as required. Five categories were used in the qualitative stage: being diagnosed and starting treatment; facing difficulties to comply with the treatment; seeking treatment compliance strategies; valuing aspects that facilitate treatment; and making treatment a daily routine. These categories explained some of the qualitative results found. **Discussion:** Better compliance with important parts of the treatment can be achieved if the teams perform in accordance with the Basic Health Care principles. It was clear that compliance with the several dimensions of treatment involves overcoming difficulties, valuing aspects that facilitate treatment in the scope of the individual, social and healthcare systems until the DM2 patient can make treatment a daily routine. **Conclusion:** treatment compliance among type 2 diabetes mellitus is a complex multiple dimension phenomenon that includes multiple, complex and paradoxical relationships/interactions/associations among individual, social and healthcare system factors.

Keywords: Diabetes Mellitus. Patient Compliance. Primary Health Care

SUPLICI, Samara Eliane Rabelo. **Adherencia para el tratamiento de las personas con Diabetes Mellitus y la calidad del cuidado en la Atención Básica de Salud.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2017. 374 p.

RESUMÉN

La complejidad de los factores asociados a la adhesión requiere que ese fenómeno sea analizado bajo una óptica multidimensional. **Objetivos:** Analizar los factores relacionados con la calidad del cuidado en la Atención Básica de Salud asociados a la adhesión al tratamiento entre personas con Diabetes mellitus; y Comprender el significado de la adhesión al tratamiento entre personas con Diabetes mellitus en el contexto de la Atención Básica de Salud. **Método:** estudio de método mixto del tipo secuencial siendo un estudio cuantitativo transversal con 329 participantes, y una investigación cualitativa con 31 participantes, utilizando la Teoría Fundamentada en los Datos. El estudio fue realizado en cuatro Unidades Básicas de Salud de un municipio de mediano porte del sur de Brasil. Los datos cuantitativos fueron recolectados por medio de un instrumento estructurado con variables sociodemográficas y clínicas; y un Cuestionario de Actividades de Autocuidado con la Diabetes. Se utilizaron datos secundarios del Programa de Mejora del Acceso y de la calidad en la Atención. Los datos se analizaron en el paquete estadístico SPSS^(R). En el análisis descriptivo se calcularon como promedios y desviaciones estándar. Para comparar la adhesión al tratamiento con las variables de la calidad del cuidado se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis. Los elementos de la adhesión al tratamiento también se clasificaron en más deseable y menos deseable. Para verificar la razón de probabilidad (OR) de adhesión deseable, se utilizó regresión logística binaria. Los datos cualitativos fueron obtenidos a partir de observación y entrevistas y analizados mediante codificación inicial, selectiva y focalizada. **Resultados:** se encontró una predominancia de mujeres, con uno a cinco años de estudio y renta familiar de uno a tres salarios mínimos, teniendo Hipertensión Arterial como principal comorbilidad, que utilizan sólo la Atención Básica de Salud para su atención de salud. Se evidenció en la etapa cuantitativa que las variables sociodemográficas y clínicas asociadas a la adhesión fueron: sexo, edad, presencia de comorbilidades y estar trabajando. Se encontraron bajas prevalencias de adhesión a una alimentación saludable, la práctica regular de actividad física y el automonitoreamiento

cuidado de los pies se mostraron más deseables. Las mejores prevalencias de adhesión a la dieta, al automonitoreo glucémico y al uso de la medicación fueron encontradas entre las personas con diabetes atendidas por equipos mejor evaluados. En particular, una mejor adhesión fue encontrada entre las personas con Diabetes atendidas por equipos con mejores equipos, materiales e insumos, mejor organización de la agenda, mejor coordinación del cuidado y acogida a la demanda espontánea. En la etapa cualitativa se evidenció cinco categorías: descubriendo la enfermedad e iniciando el tratamiento; encontrando las dificultades para seguir el tratamiento; buscando estrategias de adhesión al tratamiento; valorizando los aspectos facilitadores del tratamiento; y transformando el tratamiento en rutina diaria. Estas categorías explicaron algunos de los resultados cuantitativos encontrados. **Discusión:** Un mejor desempeño de los equipos en consonancia con los principios de la Atención Básica de Salud pueden resultar en mejora de la adhesión de las personas con Diabetes. Se ha evidenciado que la adhesión a las diversas dimensiones del tratamiento implica la superación de dificultades, la valorización de aspectos facilitadores del tratamiento en los ámbitos individual, social y del sistema de salud. **Conclusión:** la adhesión al tratamiento entre personas con diabetes mellitus del tipo 2 es un fenómeno complejo y multidimensional en el que están involucradas relaciones/interacciones/asociaciones múltiples y complejas entre los factores individuales, sociales y relacionados al sistema de salud.

Palabras clave: Diabetes Mellitus. Cooperación del Paciente. Atención Primaria de Salud

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fluxograma.....	70
Figura 2 - Frequência de utilização dos instrumentos mais utilizados nos últimos cinco anos para avaliação da adesão ao tratamento em pessoas com DM2	73
Figura 3 - Formas de utilização do SDSCA nos estudos	74
Figura 4 - Número total de pessoas com Diabetes cadastradas no município de São José. 2015.....	144
Figura 5 - Cálculo de amostra do estudo, segundo Sestatnet	146
Figura 6 - Cálculo da amostra estratificada proporcional ao número de pessoas com DM cadastradas em cada equipe da ESF, São Jose, 2016	147
Figura 7- Codificação linha a linha com exemplos de códigos iniciais atribuídos. Atlas TI.....	164
Figura 8 - Grupos de codificação inicial que se transformaram nas categorias, a partir do <i>software</i> Atlas TI.....	165
Figura 9 – Exemplo do relatório gerado no <i>software</i> Atlas TI.....	166
Figura 10 - Exemplo de memorando.....	167
Figura 11 - Diagrama representativo da integração da articulação entre as categorias, as subcategorias e o fenômeno. São José, SC, Brasil, 2017.	238
Manuscrito 1	
Figura 1 - Diagrama representativo da articulação entre as dimensões do autocuidado entre pessoas com DM2, as categorias e o fenômeno. São José, SC, Brasil, 2016-2017.	334

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégias de busca segundo as bases de dados	67
Quadro 2 - Principais características dos instrumentos mais utilizados nos últimos cinco anos para avaliação da adesão ao tratamento em pessoas com DM2.....	72
Quadro 3 - Dimensões e subdimensões para avaliação externa	110
Quadro 4 - Tipologias de métodos mistos.....	137
Quadro 5 - Número total de pessoas com DM cadastradas por UBS, no município de São José, 2015	141
Quadro 6 - Distribuição das Equipes de ESF por UBS, por Distrito e Desempenho geral segundo a avaliação do segundo ciclo do PMAQ. São José, 2016.....	143
Quadro 7 – Grupo amostral 1: Pessoas com DM2 que aderem ao tratamento. São José, 2017.....	158
Quadro 8 - Grupo amostral 2: pessoas com DM2 que não aderem ao tratamento. São José, 2017.....	159
Quadro 9 - Grupo amostral 3: profissionais de saúde da ESF que atendem as pessoas com DM2.....	160
Quadro 10 - Síntese dos aspectos metodológicos do estudo	168
Quadro 11 – Manuscritos elaborados a partir dos resultados da tese	171
Quadro 12 - Categorias e subcategorias	186
Manuscrito 1	
Quadro 1 - Divisão dos participantes do estudo entre as equipes da ESF. São José, SC, Brasil, 2017	279
Manuscrito 2	
Quadro 1 - Desempenho das equipes da ESF participantes do estudo e frequência absoluta e relativa de participantes por equipe.	314
Quadro 2 - Categorias e subcategorias do fenômeno “Enfrentando a complexidade do tratamento do diabetes mellitus e buscando a adesão” que explicam os resultados da primeira etapa deste estudo. São José, SC, Brasil, 2017	323

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de participantes da pesquisa por equipe de ESF	25
Tabela 2 - Características sociodemográficas das pessoas com DM2 participantes do estudo. São José, SC, Brasil, 2017.....	172
Tabela 3 - Características Clínicas das pessoas com DM2 participantes do estudo. São José, SC, Brasil, 2017.....	173
Tabela 4 - Tipos de serviços utilizados na UBS pelas pessoas com DM2 participantes do estudo. São José, SC, Brasil, 2017.....	174
Tabela 5 - Frequência de pessoas com DM2 que utilizam outros serviços de saúde particulares ou convênio além da UBS. São José, SC, Brasil, 2017.....	175
Tabela 6 - Comparação da adesão ao tratamento com o tempo de doença entre as pessoas com DM2 participantes do estudo. São José, SC, Brasil, 2017.....	175
Tabela 7 - Comparação da adesão ao tratamento com o tipo de tratamento entre as pessoas com DM2 participantes do estudo. São José, SC, Brasil, 2017.....	177
Tabela 8 - Comparação da adesão ao tratamento das pessoas com DM2 com o desempenho geral no PMAQ das Equipes da ESF. São José, SC, Brasil, 2017.....	179
Tabela 9 - Comparação da adesão ao tratamento das pessoas com DM2 com o desempenho geral no PMAQ das Equipes da ESF. São José, SC, Brasil, 2017.....	181

Manuscrito 1

Tabela 1- Desempenho das Equipes de ESF participantes do estudo, frequência absoluta e relativa de participantes por equipe.....	246
Tabela 2 - Características sociodemográficas das pessoas com DM2 participantes do estudo. São José, SC, Brasil, 2017.....	250
Tabela 3 - Comparação da adesão ao tratamento com o tempo de doença entre as pessoas com DM2 participantes do estudo. São José, SC, Brasil, 2017.....	251
Tabela 4 - Comparação da adesão ao tratamento das pessoas com DM2 com o desempenho geral no PMAQ das Equipes da ESF. São José, SC, Brasil, 2017.....	253
Tabela 5 - Comparação da Adesão ao tratamento das pessoas com DM2 com Coordenação do cuidado, Rede de atenção e resolutividade das UBS. São José, SC, Brasil, 2017.....	254

Tabela 6 - Comparação da adesão ao tratamento das pessoas com DM2 com Organização da Agenda das Equipes de Atenção Básica. São José, SC, Brasil, 2017.	256
Tabela 7 - Comparação da adesão ao tratamento das pessoas com DM2 com a qualidade dos equipamentos, materiais, insumos e impressos na UBS. São José, SC, Brasil, 2017.	257
Manuscrito 2	

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa dos desfechos categorizados. São José, SC, Brasil, 2017.....	2844
Tabela 2 - Variáveis sociodemográficas, clínicas e do acesso e qualidade da atenção que considera os processos de trabalho na ABS associadas à adesão à dieta entre pessoas com DM2, em um modelo de regressão logística binária. São José, SC, Brasil, 2017	2866
Tabela 3 - Variáveis sociodemográficas, clínicas e do acesso e qualidade da atenção que considera os processos de trabalho na ABS associadas à adesão à automonitorização glicêmica entre pessoas com DM2, em um modelo de regressão logística binária. São José, SC.....	2888
Tabela 4 - Variáveis sociodemográficas, clínicas e do acesso e qualidade da atenção que considera os processos de trabalho na ABS associadas à adesão à atividade física entre pessoas com DM2, em um modelo de regressão logística binária.	2899
Tabela 5 - Associação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e do acesso e qualidade da atenção que considera os processos de trabalho na ABS com cuidados com os pés entre pessoas com DM2, em um modelo de regressão logística binária	29090
Tabela 6 - Associação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e do acesso e qualidade da atenção que considera os processos de trabalho na ABS com a adesão ao uso dos medicamentos entre pessoas com DM2, em um modelo de regressão logística binária	2911

Manuscrito 3

Tabela 1 - Frequência dos desfechos categorizados divididos por desempenho geral das equipes da ESF. São José, SC, Brasil, 2017	32020
--	--------------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ABS – Atenção Básica à Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AMAQ – Avaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade
AMQ – Avaliação de Melhoria da Qualidade
APS – Atenção Primária à Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM – Diabetes Mellitus
DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2
DM1 – Diabetes Mellitus tipo 1
ESF – Estratégia Saúde da Família
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
HCUFMG – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
MS – Ministério da Saúde
NUCRON – Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PEN – Programa de Pós-graduação em Enfermagem
PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
QAD – Questionário de Atividades de Autocuidado
RADQ – *Revised Adherence in Diabetes Questionnaire*
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SDSCA – *Summary of Diabetes Self-Care Activities*.
SGDAB – Sistema de Gestão da Atenção Básica
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS – Sistema Único de Saúde
TFD – Teoria Fundamentada nos Dados
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	27
1 INTRODUÇÃO	31
2 OBJETIVOS	41
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	43
3.1 DIABETES MELLITUS	43
3.2 ADESÃO AO TRATAMENTO.....	48
3.2.1 Fatores Intervenientes na Adesão	54
3.2.2 Fatores que podem melhorar a Adesão	57
3.3 AVALIAÇÃO DA ADESAO AO TRATAMENTO ENTRE PESSOAS COM DM2	61
3.4 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	91
3.4.1 Atenção Básica de Saúde no contexto brasileiro	97
3.4.2 Avaliação da Qualidade do Cuidado na Atenção Básica de Saúde	104
3.4.2.1 Conceitos das Dimensões do PMAQ-AB	111
3.5 QUALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E ADESÃO AO TRATAMENTO DAS PESSOAS COM DM2: QUAIS AS RELAÇÕES ENVOLVIDAS?	122
4 REFERENCIAL TEÓRICO	125
4.1 O PENSAMENTO COMPLEXO	125
5 METODOLOGIA	135
5.1 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA QUANTITATIVA	139
5.1.1 Tipo de estudo	139
5.1.2 Local do estudo	140
5.1.3 Sujeitos do estudo	144
5.1.4 Tamanho da amostra	145
5.1.5 Coleta de dados	148
5.1.6 Medidas	149
5.1.6.1 Sobre o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes	150
5.1.6.2 Sobre o Programa da Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção	151
5.1.7 Análise dos dados	153
5.2 PERCURSO METODOLÓGICO DA ETAPA QUALITATIVA	154
5.2.1 Tipo de estudo	154
5.2.2 Local do estudo	155

5.2.3.1 Estratégia de recrutamento	155
5.2.3.2 Número de participantes	156
5.2.4 Coleta de dados	160
5.2.5 Análise dos dados	162
5.2.5.1 Primeira fase: codificação inicial	162
5.2.5.2 Segunda fase: codificação focalizada	165
5.3 ASPECTOS ÉTICOS	169
6 RESULTADOS	171
6.1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS	172
6.2 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS QUALITATIVOS	185
6.3 MANUSCRITO 1.....	239
6.4 MANUSCRITO 2.....	273
6.5 MANUSCRITO 3.....	307
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	347
REFERÊNCIAS.....	351
APÊNDICES.....	365
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	365
APÊNDICE 2 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA QUALITATIVA	367
APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	369
ANEXOS	373
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM O DIABETES - QAD	373
ANEXO 2- AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	375

APRESENTAÇÃO

O objeto de pesquisa desta tese é a adesão ao tratamento entre pessoas com Diabetes Mellitus do tipo 2 na Atenção Básica de Saúde. O estudo se vincula academicamente ao Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica – NUCRON. A aproximação desta pesquisadora com as pessoas com Diabetes Mellitus se deu desde a graduação, no curso de Enfermagem, trabalhando como bolsista de iniciação científica em duas grandes pesquisas dentro desta temática. Posteriormente, como enfermeira assistencial na unidade de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HCUFMG), atuou no cuidado a várias pessoas com Diabetes, que eram internadas naquela unidade, seja por complicações agudas ou crônicas da doença. Continuou sua experiência nesta área, atuando como docente na UFMG e coordenando um projeto de extensão no ambulatório de Endocrinologia do HCUFMG, denominado “Programa de Atenção às Pessoas com Diabetes Mellitus” desenvolvido através de consultas de enfermagem e grupos educativos. Várias inquietações surgiram durante essa prática profissional e foram estes questionamentos que a levaram a buscar o curso de Mestrado em Enfermagem, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no qual desenvolveu uma pesquisa sobre o processo educativo do enfermeiro junto a pessoas com Diabetes.

Prosseguindo em seu trabalho, como enfermeira e docente, ingressou no NUCRON/UFSC, mas sempre se deparava com a problemática junto ao cuidado às pessoas com Diabetes, observando que, apesar dos muitos estudos existentes neste tema, ainda há muitas lacunas no cuidado em todos os níveis de atenção.

Atualmente, como docente na disciplina de “Ensino Clínico Teórico” e “Ensino Clínico Prático” em uma instituição privada, de um município de médio porte do Estado de Santa Catarina, observa, durante os estágios na Atenção Básica de Saúde (ABS), que os alunos têm tido pouca oportunidade de atuar, orientados pelos princípios e diretrizes da ABS, no cuidado às pessoas com DM. Parece que o cuidado a estas pessoas se encontra muito voltado para a distribuição de medicamentos, com poucas ações integrais, longitudinais e coordenadas, imprescindíveis para a efetividade do tratamento. Ao mesmo tempo, cada vez mais se denota a dificuldade de adesão das pessoas com Diabetes ao tratamento.

Dessa forma, a necessidade de compreender aspectos das relações estabelecidas entre os serviços de atenção básica e as pessoas com Diabetes a direcionou para o estudo desta temática. Para alcançar essa compreensão, esta tese está organizada da seguinte forma:

No Capítulo 1, a Introdução apresenta a problematização do objeto de pesquisa, a justificativa para sua realização, as perguntas de pesquisa.

O Capítulo 2 traz os objetivos norteadores e a tese a ser defendida.

O Capítulo 3 traz a fundamentação teórica, dividida em quatro temas principais: O Diabetes Mellitus; a adesão ao tratamento entre pessoas com Diabetes Mellitus; os instrumentos de avaliação da adesão ao tratamento entre pessoas com Diabetes; a Atenção Básica de Saúde e sua importância no cuidado às pessoas com Diabetes Mellitus. O tema referente aos instrumentos de avaliação da adesão ao tratamento entre pessoas com Diabetes está em formato de um artigo de revisão

integrativa, já apreciado no momento da qualificação e que foi revisado e atualizado para apresentação nesta tese.

O Capítulo 4 apresenta o referencial teórico utilizado no estudo, que foi guiado pelo Pensamento Complexo.

O Capítulo 5 descreve os aspectos metodológicos do estudo, que se configura como uma pesquisa de métodos mistos do tipo sequencial exploratório, cuja primeira etapa quantitativa com delineamento transversal foi seguida por uma segunda etapa qualitativa guiada pela Teoria Fundamentada nos Dados.

No Capítulo 6, apresenta-se uma breve descrição dos resultados quantitativos e qualitativos para que se tenha uma compreensão geral dos dados e os três manuscritos elaborados a partir dos mesmos, conforme estabelece a instrução normativa 01/PEN/2016 de 17 de agosto de 2016, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC (PEN/UFSC).

O Capítulo 7 se refere às Considerações Finais, nas quais estão apresentadas uma síntese dos resultados da pesquisa, as contribuições e limitações do estudo, bem como as recomendações para a prática, o ensino e a pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

As pessoas com Diabetes Mellitus (DM) representam hoje uma grande parcela da população mundial, pois é uma das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) mais prevalentes no mundo. A estimativa mundial é que existam 415 milhões de adultos entre 20-79 anos de idade com DM (IDF, 2015). O Brasil possui cenário semelhante, onde se estimou, no final da década de 1980, que a prevalência de DM na população adulta era 7,6%, sendo, juntamente com a pressão arterial, a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputação de membros inferiores e diálise por doença renal crônica (BRASIL, 2006a; SBD, 2009; SBD, 2015). Além disso, possui aumento na prevalência estimado por inquéritos populacionais e é responsável por um grande número de atendimentos ambulatoriais e hospitalares e por custos crescentes associados à doença e suas complicações (SBD, 2015).

O DM é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que resulta em hiperglicemia, causada por defeitos na ação da insulina ou na secreção de insulina, ou em ambas. Baseada em sua etiologia, a doença pode ser classificada em quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Ainda há duas categorias consideradas como risco aumentado para o diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Dentre estes, o mais prevalente é o DM2, responsável por aproximadamente 95% dos casos e, por isso, será o foco deste trabalho (SBD, 2015).

Por conta da magnitude da doença, muitas políticas públicas têm enfatizado a sua prevenção e controle. Neste sentido, o Ministério da Saúde brasileiro traçou as diretrizes para o cuidado às pessoas com

doenças crônicas na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, com o objetivo de reduzir sua morbimortalidade. Estas diretrizes priorizam eixos temáticos, que incluem o Diabetes Mellitus, dentro dos quais devem ser desenvolvidas as linhas de cuidado para a doença e seus fatores de risco mais prevalentes (BRASIL, 2011a; 2013a).

O DM2, assim como as demais condições crônicas, exige mudanças no estilo de vida que implicam em ter uma alimentação saudável, atividade física regular, uso contínuo de medicamentos para controle da glicemia, além de outras medidas para prevenir as complicações de longo prazo. A adesão a essas atividades de autocuidado são necessárias para prevenir as complicações decorrentes da doença que podem levar à incapacidade ou morte (SBD, 2015).

A variedade e a complexidade dos elementos que envolvem o tratamento do DM2 podem dificultar a adesão (ROSSI; SILVA; FONSECA, 2015). Além das múltiplas dimensões do tratamento há que se considerar as muitas dimensões relacionadas ao comportamento de adesão.

A literatura aponta que a adesão da pessoa com DM2 ao tratamento pode mudar como resultado de circunstâncias inerentes à própria pessoa como a idade, a escolaridade, o gênero e ao enfrentamento da doença (FRENCH; WADE; FARMER, 2013; SCHMITT et al., 2014; JOHNSON et al., 2014; CHOU et al., 2014), mas também por questões externas que envolvem aspectos sociais (MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ et al., 2011) e ações realizadas pelo sistema de saúde (KROESE; ADRIAANSE; RIDDER, 2012; 2013; SCHMITT et al., 2014, ARORA, 2014).

Para problematizar sobre a importância do sistema de saúde na adesão ao tratamento entre pessoas com DM2, vale fazer uma breve descrição sobre o sistema de saúde brasileiro.

O sistema de saúde brasileiro é organizado em níveis de atenção através da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A RAS é formada pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde, num determinado território geográfico (BRASIL, 2009; 2011b). No contexto da RAS, a Atenção Básica de Saúde (ABS) é o contato e a porta de entrada preferencial da pessoa usuária na rede, sendo uma estratégia de organização do sistema de saúde para realizar ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento de problemas de saúde mais prevalentes e reabilitação individual e coletiva (FACCHINI et al., 2008; LIMA; FLECK, 2011).

A ABS é a denominação brasileira para o que é mundialmente conhecido como Atenção Primária à Saúde (APS)¹. Uma APS abrangente² envolve um conjunto de atributos que são os elementos estruturantes do sistema de serviços de saúde, como: acesso de primeiro contato; integralidade; longitudinalidade; coordenação do cuidado; orientação familiar e comunitária; e competência cultural (BRASIL, 2010a). A literatura científica apresenta evidências da associação entre a APS abrangente e o aumento da efetividade dos sistemas de saúde, da

¹ Neste trabalho, serão usados os termos Atenção Primária à saúde (APS) e Atenção Básica de Saúde (ABS) como sinônimos que são. Isto, para respeitar a nomenclatura citada pelos autores de referência, dado que o termo APS é amplamente utilizado na literatura internacional e ambos os termos são encontrados na literatura nacional.

² A APS Abrangente se contrapõe a APS seletiva voltada para ações pontuais de combate a determinadas situações específicas.

promoção da equidade, da satisfação dos usuários e da eficiência (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

No Brasil, a ABS tem alcançado muitos avanços na busca por um cuidado com enfoque abrangente, destacando-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Sendo a maior conquista do movimento sanitário brasileiro, o SUS consolidou uma nova consciência social de promoção de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Nessa conjuntura, surge em 1994 o Programa Saúde da Família, que em 1997 passa a ser denominado de Estratégia Saúde da Família, sendo o marco referencial para a consolidação da ABS brasileira.

Em 2006, o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Atenção Básica que coloca Diretrizes e Normas para a Atenção Básica (BRASIL, 2006b). Essa política estabelece que a ABS se orienta pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas (BRASIL, 2011b):

- Territorialização e Responsabilização Sanitária, refere-se à cartografia do território através da qual se reconhece as condições de vida da população de uma área de abrangência, bem como dos riscos coletivos e as potencialidades dos territórios.
- Adscrição dos Usuários e Vínculo, é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de serem referência para o seu cuidado.
- Acessibilidade, Acolhimento e Porta de Entrada Preferencial, pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do

princípio de que a unidade de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal.

- Cuidado Longitudinal, pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente.
- Ordenação da Rede de Atenção à Saúde, significa que a Atenção Básica deve ser organizada como base da RAS, por sua capilaridade e lógica de trabalho, devendo possuir um papel chave na ordenação da RAS.
- Gestão do Cuidado Integral em Rede, requer a gestão do cuidado dos usuários pelas equipes nos vários cenários e momentos de cuidado, inclusive quando a continuidade do cuidado requer o encaminhamento para outros pontos de atenção da RAS.
- Trabalho em Equipe Multiprofissional, considera a diversidade e complexidade de situações com as quais a atenção básica lida, há que se ter/construir capacidades de análise e intervenção ampliadas diante das demandas e necessidades para a construção de uma atenção integral e resolutiva.

Para implementar esses princípios, a ABS está organizada através da ESF, na qual, equipes multiprofissionais de saúde alocadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas nas comunidades, são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de

promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade (BRASIL, 2011b).

A atuação das equipes da ESF com base nos atributos da ABS é fundamental para o alcance de resultados na saúde da população. No entanto, tem se observado, de modo geral, que a ABS não está organizada para fornecer suporte para o autogerenciamento do tratamento de doenças crônicas como um todo, inclusive às pessoas com DM2. A complexidade da cronicidade torna difícil o apoio do sistema de saúde para a adesão ao tratamento nas doenças crônicas (FUNNELL et al., 2011). Nesse sentido, um dos maiores desafios do Sistema de Saúde hoje é melhorar a qualidade da atenção às pessoas com DM2 (BRASIL, 2006a; SBD, 2009; SBD, 2015) e prevenir as complicações decorrentes da doença, garantindo acesso, resolutividade, maior integração entre os serviços através de linhas de cuidado e avanços no sentido da integralidade (OPAS, 2010).

Nesse contexto, a ABS tem caráter estratégico por ser o ponto de atenção com maior potencial para identificar as necessidades de saúde das pessoas e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011b). As pessoas com DM2 representam uma demanda crescente na ABS (BRASIL, 2011a), tanto que, entre as pessoas com DM, que referiram ter recebido atendimento médico nos últimos 12 meses, a maioria delas o recebeu nas UBS (IBGE, 2014), o que coloca estes locais como preferenciais na procura por cuidado entre as pessoas com DM dentro do sistema de saúde.

Apesar da sua grande expansão no Brasil e de ações pontuais eficazes, no que se refere ao cuidado às pessoas com DM2, a ABS, de modo geral, tem realizado um cuidado no qual o acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a resolutividade deste às pessoas com DM2 se mostram frágeis, podendo ser um dos fatores associados à baixa adesão ao tratamento. Salci, Meirelles e Silva (2017), numa avaliação qualitativa do cuidado prestado às pessoas com DM2 na ABS, na perspectiva dos profissionais, encontraram dentre outras, fragilidades no acolhimento e na integralidade do cuidado. Campos et al (2016) evidenciaram, também num estudo qualitativo, dentre os fatores que dificultavam a adesão ao tratamento entre pessoas com DM2, que alguns eram relacionados à organização do processo de trabalho na ABS.

A qualidade do cuidado prestado pela APS tem sido foco de interesse internacional. O Brasil, também demonstra preocupação com a qualidade do cuidado na ABS, fato que fez com que o Ministério da Saúde (MS) implementasse, desde 2012, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de induzir a ampliação do acesso da população aos serviços, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção (BRASIL, 2013b).

Assim, após um processo de avaliação, as equipes da ESF são classificadas segundo o seu desempenho geral. Essa classificação leva em conta a realização de uma autoavaliação pelas equipes, o monitoramento de indicadores de desempenho e uma avaliação externa, cada um destes correspondendo a um peso na nota final (BRASIL, 2013b).

Acredita-se que as pessoas com DM2 que recebam cuidados de melhor qualidade na ABS tenham melhor adesão ao tratamento, pois, o

acesso e a qualidade do cuidado na ABS objetiva benefícios à saúde da população como um todo, inclusive para as pessoas com DM2. De fato, o sistema de saúde evidencia grande importância no cuidado às pessoas com DM2 e, conseqüentemente na adesão ao tratamento. No entanto, os aspectos do sistema de saúde associados à adesão, bem como suas relações/interações com os aspectos individuais e sociais têm sido pouco explorados. Segundo Morin (2011), a compreensão dos problemas não pode ser analisada isoladamente ou sob um único foco. Eles devem ser interpretados dentro de um olhar sistêmico, o que significa que estão interligados e são interdependentes de um contexto, a fim de compreender as múltiplas dimensões que os envolvem.

Assim, considerando que:

- A adesão ao tratamento entre pessoas com DM2 representa um desafio para estas e para o sistema de saúde;
- Apesar dos muitos estudos realizados referentes à adesão ao tratamento entre pessoas com DM2, eles não têm sido conduzidos para estabelecer sua relação com a qualidade do cuidado na ABS;
- Os profissionais de saúde, que cuidam das pessoas com DM2, precisam de medidas para avaliar se um serviço prestado resulta em melhoria da saúde das pessoas com DM2, e se esse serviço deve manter ou melhorar os padrões para que as pessoas atendidas por ele alcancem a adesão ao tratamento;
- A adesão ao tratamento entre pessoas com DM2 envolve aspectos complexos relacionados à qualidade do cuidado

na ABS, cujas relações/interações com os aspectos individual e social precisam ser compreendidas.

Coloca-se como perguntas de pesquisa:

- Como vem ocorrendo a adesão ao tratamento entre as pessoas com DM2 atendidas pelas equipes da ESF em um município de médio porte do sul do Brasil?
- Qual a relação entre a adesão das pessoas com Diabetes Mellitus do Tipo 2 ao tratamento e à qualidade do cuidado na Atenção Básica de Saúde de um município de médio porte localizado no sul do Brasil?
- Quais os fatores da qualidade do cuidado na ABS estão associados à adesão ao tratamento entre pessoas com DM2?
- Qual o significado da adesão ao tratamento para as pessoas com DM2, tendo em vista as relações/interações vivenciadas por elas no processo de adesão?

A justificativa desta proposta se baseia no fato de que associar a adesão ao tratamento entre pessoas com DM2 e à qualidade do cuidado por elas recebido na ABS e compreender o significado da adesão e as relações/interações nela envolvidas é fundamental no planejamento de estratégias de intervenção, permitindo identificar suas prioridades e subsidiar a manutenção/implementação de ações efetivas e, assim, alcançar melhores resultados

A contribuição deste trabalho se apresenta para a Enfermagem, para o NUCRON, para a área da saúde e para a sociedade. Assim, compreender em que medida a adesão ao tratamento se associa à qualidade do cuidado prestado na ABS e, ainda, o significado da adesão

e as relações/interações nela envolvidas podem contribuir para as práticas assistenciais, bem como para a elaboração e/ou revisão de políticas de atenção às pessoas com DM.

No estudo dessa problemática apresenta-se como tese:

A adesão ao tratamento entre pessoas com diabetes mellitus do tipo 2 está associada à qualidade do cuidado prestado na Atenção Básica de Saúde. É um fenômeno complexo e multidimensional no qual estão envolvidos relações/interações/associações/interconexões múltiplas e complexas entre os fatores individuais, sociais e relacionados ao sistema de saúde.

2 OBJETIVOS

1) Analisar os fatores relacionados à qualidade do cuidado na Atenção Básica de Saúde associados à adesão ao tratamento entre pessoas com Diabetes Mellitus do tipo 2 em um município de médio porte localizado no sul do Brasil;

2) Compreender o significado da adesão ao tratamento entre pessoas com Diabetes Mellitus do tipo 2 no contexto da Atenção Básica de Saúde de um município de médio porte localizado no sul do Brasil.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica apresenta uma revisão da literatura que auxilia a compreensão do objeto do estudo, configurando-se numa perspectiva que lhe dá sustentação teórica. Foram incluídos referenciais teóricos dentro dos temas: Diabetes Mellitus; adesão ao tratamento em pessoas com Diabetes Mellitus (dentro deste tema está apresentado um artigo já apresentado na qualificação); Atenção Básica de Saúde (ABS) sendo que dentro deste tema são destacadas a avaliação da qualidade do cuidado na ABS e a importância da Atenção Básica de Saúde no cuidado às pessoas com Diabetes Mellitus.

3.1 DIABETES *MELLITUS*

O Diabetes Mellitus (DM), caracterizado por hiperglicemia resultante de defeitos na ação ou na secreção de insulina possui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional (SBD, 2015).

O DM1, presente em 5-10% das pessoas com diabetes, é caracterizado pela destruição das células beta, levando à deficiência completa de insulina. A causa mais aceita é a destruição autoimune das células beta pancreáticas por predisposição genética ou por outros fatores ainda não muito bem esclarecidos. Estas pessoas necessitarão de insulina exógena para sobrevivência (SBD, 2015).

O DM2, presente em 90-95% das pessoas com diabetes, é resultado principalmente de uma resistência periférica à insulina. Nestes casos, existe um defeito na produção ou na ação da insulina. Entre as principais causas estão a predisposição genética e a obesidade. Estas

pessoas não necessariamente precisarão de insulina para a sobrevivência, mas com o avanço da doença, ao longo do tempo, podem também necessitar de insulino terapia (SBD, 2015).

Outros tipos menos comuns de DM são causados por doenças do pâncreas (pancreatite), drogas que interferem no metabolismo da glicose, outras doenças endócrinas ou defeitos genéticos na ação da insulina (ADA, 2017).

O diabetes gestacional, presente em 1 a 14% de todas as gestações, é caracterizado por qualquer grau de intolerância à glicose durante a gestação. Requer acompanhamento pré-natal intensivo através de programas educacionais conduzidos por equipe interdisciplinar (SBD, 2009).

Os sintomas clássicos do diabetes incluem polifagia, poliúria e polidipsia. Estes ocorrem por conta do excesso de glicose sanguínea que é eliminado na urina (glicosúria) e como a glicose é hiperosmolar, ela carrega água, aumentando o volume urinário, caracterizando a poliúria. Com a perda de líquido excessiva, a pessoa sente sede, caracterizando a polidipsia. A polifagia é uma resposta do organismo para obter a energia necessária ao metabolismo. A pessoa sente fome, pois apesar de aumentar a ingestão alimentar, as células, pela falta da insulina, não conseguem obter a glicose necessária ao metabolismo celular (SBD, 2009).

A poliúria, polidipsia e polifagia formam a tríade clássica da sintomatologia do diabetes. Há ainda que se destacar, em situações específicas, a perda de peso causada pela utilização das reservas de gordura para obtenção de energia (SBD, 2009).

No entanto, estes sintomas são mais evidentes na pessoa com DM1, já que esta não produz insulina. Por isso, também aparecem de forma abrupta nesta população. O DM2, por sua vez, muitas vezes apresentar-se-á de forma insidiosa, pois alguma quantidade de insulina ainda é produzida, o que faz com que a pessoa permaneça assintomática por um longo período, até que apresente sinais e/ou sintomas de uma complicação crônica como a dificuldade de cicatrização ou de visão ou outro (SBD, 2016).

O diagnóstico de DM pode ser realizado a partir de três critérios: glicemia de jejum igual ou superior a 126 mg/dl; glicemia casual igual ou superior a 200 mg/dl, associado a sintomas; glicemia superior a 200 mg/dl, 2h após sobrecarga com 75 g de glicose. Alguns estudos apontam para a possibilidade de utilização do teste da hemoglobina glicada para o diagnóstico de DM. A hemoglobina glicada, ou HbA1c, tem sido muito importante para o acompanhamento do tratamento em DM, uma vez que ele fornece informações referentes à glicemia dos últimos 3 meses. A sua utilização para o diagnóstico de DM, no entanto, necessita de mais estudos para melhor nível de evidências (SBD, 2015).

Valores de glicemia em jejum entre 100-125 mg/dl caracterizam uma glicemia de jejum alterada, enquanto valores de glicemia entre 140-199 mg/dl, após sobrecarga com 75g de glicose, indicam tolerância à glicose diminuída. Estes dois últimos critérios apontam para um risco aumentado de diabetes (SBD, 2015).

As complicações decorrentes do DM são classificadas em agudas e crônicas. As complicações agudas incluem a hipoglicemia e a hiperglicemia. A hipoglicemia é caracterizada pela abrupta redução dos níveis glicêmicos causada por excesso de medicação ou de atividade

física associada, ou não, à inadequação alimentar. A hiperglicemia, por sua vez, pode ser causada por falta de medicação, excesso de alimentos ou falta de atividade física. Ela pode se dar com presença ou ausência de cetoacidose (ADA, 2017).

A cetoacidose é causada quando o organismo, sem glicose, passa a utilizar outras fontes para obtenção de energia, através do metabolismo das gorduras ou das proteínas. A clivagem dos lipídios origina corpos cetônicos que tornam o meio ácido e caracterizam a cetoacidose diabética, uma complicação aguda mais comum em pessoas com DM1. Para as pessoas com DM2, no entanto, a hiperglicemia pode se apresentar sem cetoacidose, uma vez que há insulina suficiente para evitar a clivagem de lipídios com produção de corpos cetônicos, caracterizando a síndrome hiperosmolar não cetótica (FUNNELL et al., 2011).

As complicações crônicas são classificadas como microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia), macrovasculares (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica) e neuropáticas, responsáveis por expressiva morbimortalidade entre as pessoas com DM. O mecanismo exato pelo qual estas complicações se instalam não está bem esclarecido, mas se sabe que o controle glicêmico reduz pela metade o risco de complicações (SBD, 2016).

O tratamento do DM objetiva o controle da doença e a prevenção do aparecimento ou do agravamento de complicações agudas e crônicas. Ele inclui uma dieta com redução dos carboidratos, incorporação da atividade física regular, o controle medicamentoso e o monitoramento glicêmico. A incorporação destes vários aspectos na vida cotidiana

requer que a pessoa com DM seja ativa em seu tratamento. Neste sentido, uma ampla ação da equipe interdisciplinar se faz necessária para mobilização individual, familiar e coletiva (ADA, 2017).

Muitas políticas governamentais têm sido criadas para o enfrentamento das doenças crônicas no Brasil. Em 2011, o Ministério da Saúde publicou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), 2011-2022, visando preparar o país para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, estes agravos que envolvem: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças cardiovasculares. Eles correspondem a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011a).

Cabe destacar, o programa de atenção à pessoa com DM (BRASIL, 2006a), Programa para Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular e Cerebrovascular e Renal (BRASIL, 2006c) e a Política Nacional de Atenção à Pessoa com DRC (Portaria GM n. 1168/2004), que dá acesso a todo brasileiro aos tratamentos necessários para o acompanhamento da pessoa que tem DRC instalada (BRASIL, 2004).

Existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento das complicações do DM. Pessoas e comunidades podem ter acesso a esses cuidados previstos nos programas governamentais. No entanto, os índices de adesão ao tratamento ainda são baixos e o número de pessoas com complicações decorrentes do DM aumenta. É preciso discutir essa lacuna.

3.2 ADESÃO AO TRATAMENTO EM DIABETES

A adesão ao tratamento pode ser definida como o “grau em que o comportamento de uma pessoa coincide com as recomendações do profissional de saúde, em relação à tomada de medicamentos, seguimento de uma dieta ou mudanças no estilo de vida” (WHO, 2003). Implica uma atitude ativa que envolve o desenvolvimento de vínculo entre as pessoas em tratamento e os profissionais de saúde, levando-as a uma mudança no comportamento, com a compreensão da importância no seguimento das recomendações dadas (SOARES et al., 2014; ROSSI, SILVA; FONSECA, 2015). Contudo, destaca-se que a adesão a tratamentos não pode ser vista apenas como um ato voluntário pessoal pois é permeada de aspectos relacionados ao cotidiano das pessoas, bem como aos serviços de saúde (SOARES et al., 2014).

A adesão ao tratamento em doenças crônicas, é considerada como algo permeado pela subjetividade das pessoas e depende da aceitação da cronicidade da doença, da motivação para o tratamento e da vivência de cada um. Independente do conhecimento adquirido sobre a doença, elas têm representações próprias a respeito do que seja aderir ao tratamento, que são expressas nos seus comportamentos e que precisam ser consideradas, pois acontecem em campos distintos, do âmbito individual e social (TORRES; FERNANDES; CRUZ et al., 2014).

A adesão ao tratamento entre pessoas com Diabetes Mellitus do tipo 2 (DM2), entendida como a manutenção contínua das condutas prescritas, envolve múltiplas dimensões como o seguimento de uma alimentação saudável, a prática regular de exercícios físicos, o uso contínuo de medicamentos prescritos, a automonitorização glicêmica e

cuidados específicos para prevenção de complicações como o cuidado com os pés, e a realização periódica de consultas e exames (ADA, 2008; SBD, 2015). Cada uma dessas dimensões será mais detalhada a seguir.

A importância de um plano alimentar equilibrado é um dos pilares do tratamento entre pessoas com DM2, no entanto, os estudos sobre adesão ao tratamento entre essas pessoas apontam baixa adesão à dieta (BOAS et al., 2011; FARIA et al., 2014; REZENDE NETA et al., 2015).

A adesão ao plano alimentar é um dos maiores desafios tanto para os profissionais como para as pessoas com DM2 em decorrência da complexidade que envolve o comportamento alimentar. A complexidade da adesão ao plano alimentar depende de fatores tais como valores socioculturais (pois os hábitos alimentares têm, geralmente, suas bases no núcleo familiar, ainda na infância), motivação para a mudança de atitude, conhecimento sobre a doença, e acompanhamento dos pacientes por nutricionista na Atenção Básica de Saúde (ABS) (PONTIERI; BACHION, 2010; FARIA et al., 2013; FARIA et al. 2014; ZANETTI et al., 2015). A importância do suporte à promoção e ao desenvolvimento de ações que fortaleçam a adaptação da pessoa com DM2 ao plano alimentar recomendado, bem como o suporte social necessário para adesão a essa dimensão do tratamento é uma meta a ser alcançada.

Quanto à importância da atividade física como parte do tratamento em DM2, muitas evidências são apontadas. Destaca-se, uma meta-análise de estudos que avaliaram o efeito do exercício no controle glicêmico e na composição corporal, e os efeitos do exercício no condicionamento cardiorrespiratório de adultos com DM2 (MCGINLEY et al., 2015). Neste estudo, os autores encontraram uma redução no

controle glicêmico, redução no peso corporal e melhora do condicionamento respiratório entre pessoas com DM2 que praticaram atividade física regular.

Apesar das evidências acerca da importância da prática regular de atividade física, essa é outra meta difícil de ser alcançada entre pessoas com DM2, principalmente entre idosos e naqueles com comorbidades, tais como angina e artrite (FARIA, 2013). Baixa adesão à atividade física é referida na maioria dos estudos (MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ et al., 2011; CARVALHO et al., 2012; HERNANDEZ et al., 2014; JOHNSON et al., 2014; FARIA et al., 2014).

A adesão a uma atividade física regular entre pessoas com DM2 depende de fatores como o acesso a local adequado para desenvolvimento da atividade física, exames ergométricos para indicação da atividade física apropriada e acompanhamento das pessoas por educador físico na Atenção Básica de Saúde (ABS). Knuth et al (2008) apontam ainda, o pouco conhecimento da população sobre os benefícios da atividade física na prevenção de doenças, salientando a necessidade de uma maior atenção dos programas de saúde na conscientização da capacidade de prevenção da atividade física.

O monitoramento da glicemia, outro fator importante para o cuidado entre as pessoas com DM2 também se mostra baixo (MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ et al., 2011). Por outro lado, bons níveis de autocuidado foram encontrados no que se refere aos cuidados com os pés (HERNANDEZ et al., 2014; REZENDE NETA et al., 2015).

Com relação ao uso contínuo da medicação, boa adesão à medicação tem sido encontrada nos estudos (MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ et al., 2011; FARIA et al., 2013; FARIA et al., 2014;

ROSSI; SILVA; FONSECA, 2015). O tratamento medicamentoso representa uma das principais estratégias para o controle em nível individual das DCNT, no entanto, nem sempre sua utilização representa o controle efetivo das doenças. As evidências mostram que as pessoas com DM2 aderem mais ao tratamento medicamentoso do que ao plano alimentar e à atividade física (ARRELIAS et al., 2015; FARIA et al., 2014). A valorização dos medicamentos em detrimento dos fatores não farmacológicos do tratamento tem raízes históricas, pois sempre foram vistos como cura e prolongamento da vida, facilitando o convívio entre a pessoa e sua enfermidade (LEITE; VIEIRA; VEBER, 2012; REMOND; CABRERA; SOUZA, 2014).

Mesmo comprovados os benefícios da mudança do estilo de vida, é mais fácil para as pessoas com DM tomar a medicação do que praticar exercícios, fazer dietas ou deixar de fumar. A adesão ao tratamento não farmacológico exige mudanças mais abrangentes no comportamento, uma vez que envolvem aspectos biológicos, socioculturais, antropológicos, econômicos e psicológicos. Também para o médico, é mais fácil prescrever medicamentos e cobrar seu uso do que ensinar mudanças de hábitos e de comportamentos (SOARES et al., 2014).

Por outro lado, a não adesão ao tratamento medicamentoso é considerada, por alguns autores, como uma das principais responsáveis pelas falhas no tratamento, e conseqüentemente, por agravos no processo patológico, resultando em maiores custos à saúde pública devido ao aumento no número de internações hospitalares. A baixa efetividade do tratamento medicamentoso pode ser explicada, entre outros fatores, por barreiras de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos (a falta constante destes nas UBS e a indicação médica

dos que não constam na lista fornecida pela Farmácia Básica), pela ineficácia dos fármacos e, sobretudo, pela não adesão à terapia (SOARES et al., 2014; FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011).

Ao se inferir sobre os desafios enfrentados pelas pessoas com DM2 no cumprimento do tratamento medicamentoso indicado, constatou-se serem estes principalmente de ordem estrutural, evidenciados pela insuficiência de insumos como a dispensação de medicamentos (FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011). O esquecimento e o atraso no seu uso também estão dentre as principais causas para não adesão à terapia medicamentosa, sendo estes comportamentos involuntários, simples de serem resolvidos se comparados a atitudes intencionais (CARVALHO et al., 2012). Os efeitos colaterais dos medicamentos também contribuem para a não adesão e reduzem em sete vezes as chances dos usuários aderirem ao tratamento (CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010; CARVALHO et al., 2012).

Desse modo, a adesão não pode ser pensada como um construto unitário, mas, sim, multidimensional, pois as pessoas podem aderir muito bem a um aspecto do regime terapêutico, mas não aderir aos outros (DORNELLES, 2013). A adesão ao tratamento se manifesta de forma particular em distintos grupos populacionais, conforme localização geográfica, hábitos, condições de saúde, organização dos serviços assistenciais, entre outras características. A baixa adesão ao tratamento é universalmente reconhecida, em especial nas doenças crônicas (NASCIMENTO; LOUREIRO, 2007; REMOND; CABRERA, SOUZA, 2014). A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que em países desenvolvidos a não adesão a terapias de longo prazo gira em torno de 50%, sendo que estes valores são superiores em países menos

desenvolvidos (MENDES, 2011). Estudos nacionais (ARAÚJO, 2010; MARCHI et al., 2013; REMOND; CABRERA; SOUZA, 2014) indicam prevalências próximas à da OMS, reafirmando no contexto nacional o importante problema de saúde pública representado pela não adesão e suas potenciais consequências.

No caso do DM, Arrelias et al (2015) apontam que a prevalência de não adesão apresenta ampla faixa de variação a depender do desenho do estudo, da população investigada e do método de mensuração. Segundo estes autores, na literatura as taxas variam de 17% a 86% para o tratamento medicamentoso, 62% a 71% para o plano alimentar e de 47% a 80% para atividade física.

A não adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus é um problema de magnitude reconhecida no cenário internacional e nacional, e contribui para a baixa eficácia do tratamento com complicações em médio e longo prazo. As consequências são de ordem pessoal, social e econômica que podem afetar negativamente a evolução clínica da pessoa com DM2. As consequências pessoais estão relacionadas à falta de obtenção dos benefícios esperados e ausência de resposta fisiológica da doença. Com relação às consequências sociais e econômicas, destacam-se a deterioração da relação profissional/paciente e o aumento do custo financeiro tanto para a pessoa quanto para o sistema de saúde, devido ao número elevado de hospitalizações e do tempo de tratamento (WHO, 2013). A falta de adesão ao tratamento é um desafio frequentemente enfrentado na prática clínica pelos profissionais das instituições de saúde (ARAÚJO et al., 2011; SARTI et al., 2012).

A baixa adesão ao tratamento reduz os benefícios do mesmo, conduzindo a aumento desnecessário das dosagens dos medicamentos

ou utilização de fármacos mais potentes, diminuindo a qualidade de vida das pessoas, além de exigir comportamentos complexos que devem ser integrados na rotina diária da pessoa com DM (FARIAS et al., 2016).

3.2.1 Fatores Intervenientes na Adesão

Diversas variáveis têm sido propostas para explicar os comportamentos de adesão às terapias de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu que se trata de um fenômeno multidimensional, determinado por um conjunto de cinco dimensões: fatores socioeconômicos, características da terapêutica, fatores intrínsecos à pessoa, fatores referentes à doença, e ainda aqueles relacionados ao sistema de saúde (WHO, 2003).

Dentre os fatores ligados à pessoa estão as características demográficas, conhecimentos sobre a doença e tratamento, valores, crenças, experiências vividas e expectativas (BOAS et al., 2011; MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ et al., 2011; FRENCH; WADE; FARMER, 2013). Dentre as influências sociais, destacam-se o suporte familiar, a falta de recursos (MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ, 2011; PUPKO; AZZOLLINI, 2012; SOTO et al., 2015, SMALLS et al., 2014). Dentre os fatores relacionados à terapêutica, podem-se mencionar a complexidade do regime terapêutico e efeitos indesejáveis das drogas (TAVARES et al., 2013; TORRES; FERNANDES; CRUZ, 2014). O sistema de saúde também pode influenciar na adesão dependendo do relacionamento da pessoa com DM2 e a equipe multidisciplinar e também da estruturação dos serviços de saúde (JARAB et al., 2012; CHATSIRI et al., 2013).

Uma revisão integrativa realizada por Abreu (2016) sobre os fatores associados à adesão ao tratamento entre pessoas com DM e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), constatou que melhora adesão: maior renda, ser do sexo masculino, ter situação marital de união estável, maior a idade, ter estilo de vida saudável, ter tido IAM prévio, maior nível de conhecimento da doença, participar de grupos de intervenção nutricional, menor número de medicações prescritas, tempo de diagnóstico inferior a dez anos; frequentar consultas regulares ao médico, ter política de distribuição gratuita de medicamentos.

O mesmo estudo também permitiu constatar os fatores que pioram a adesão ao tratamento: pobreza, ter hábito tabágico, solidão, ignorância da medicação, diminuição da capacidade cognitiva e mental, comprometimento funcional e menor número de comorbidades, possuir depressão e transtorno mental, conhecimento insatisfatório sobre a doença, farmacoterapia complexa, início do tratamento há menos de três meses, ter custos com medicamentos, experiências prévias com efeitos colaterais, insatisfação com o serviço de saúde recebido e medicações indisponíveis pelo sistema de saúde.

Desse modo, pode-se concluir que fatores individuais, sociais e relacionados ao sistema de saúde podem interferir na adesão. No entanto, entre as variáveis sociodemográficas e clínicas algumas são divergentes.

Uma gama de fatores individuais estão relacionados à adesão ao tratamento. Apesar de não haver consenso na literatura sobre a associação entre variáveis sociodemográficas na adesão ao tratamento, a baixa escolaridade e o baixo poder aquisitivo são dois dados importantes, pois podem dificultar o acesso à informação e à tecnologia

para o controle do diabetes (MORAES et al., 2006; PÉRES et al., 2008; PUPKO; AZZOLLINI, 2012; BOAS et al., 2011).

Ainda no que se refere aos aspectos individuais, destaca-se que o significado que as pessoas com DM2 têm da doença e do seu tratamento e as crenças e valores alicerçados em seus comportamentos podem influenciar no processo de autocuidado e prever um prognóstico de adesão (SOARES; SADIGURSKY, 2010; SOARES et al., 2014). Adesão, então, suplanta o ato de apenas ingerir o medicamento ou seguir as orientações médicas, porque representa o lugar ocupado pela pessoa no processo de produção e reprodução social, as concepções de saúde-doença e a organização dos serviços de saúde com vistas ao seguimento do tratamento (SOARES et al., 2014).

Boas (2011) destaca que a interferência de fatores psicossociais dificultando a adesão ao tratamento em DM2 revela a necessidade de (re)orientação aos profissionais de saúde que cuidam dessas pessoas, fazendo despertar e/ou fortalecer neles a importância de uma abordagem mais ampla. Tavares et al (2013) enfatizam que um atendimento mais humanizado e individualizado, a partir das suas necessidades, crenças, valores e conceitos pode ajudar na adesão ao tratamento. As pessoas com DM2 partilham de atitudes que não fazem parte da abordagem cotidiana dos profissionais de saúde, mas que têm importância quando se objetiva a mudança de comportamento.

Por isso, no que se refere ao sistema de saúde também são muitos os aspectos apontados na literatura que podem interferir na adesão ao tratamento entre pessoas com DM2. Remond et al (2014) apontaram em seu trabalho que não ser acompanhado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ter tido descontinuidade no acesso aos medicamentos e a

elevada complexidade do número de doses diárias prejudicam a adesão. O estudo chama a atenção por evidenciar que dentre todos os elementos investigados, aqueles que estiveram associados a maior prevalência de não adesão não se referiam diretamente ao indivíduo. Isso aponta para a necessidade de que a discussão sobre a mesma e as formas de lidar com ela contemple também a organização dos serviços de saúde e atuação dos profissionais.

3.2.2 Fatores que podem melhorar a Adesão

A literatura aponta vários fatores que podem melhorar a adesão ao tratamento entre pessoas com DM2. Boas et al (2012) encontraram correlação direta entre apoio social e a adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso. É possível que a influência da família e de outras pessoas significativas possa reforçar as orientações de saúde recebidas pela pessoa com DM, o que poderia levar à maior adesão, tanto às recomendações de dieta e exercício físico quanto ao tratamento medicamentoso. Por outro lado, há também a possibilidade de que essa influência possa conflitar com as recomendações de saúde, podendo dificultar a adesão. O apoio social pode ser valioso recurso, capaz de promover melhor adaptação da pessoa às demandas impostas pela doença, constituindo-se em uma ferramenta importante para o profissional de saúde.

A simplificação do tratamento medicamentoso (TAVARES et al., 2013; ABREU, 2016) e o controle da doença com a participação de farmacêuticos e enfermeiros demonstrou serem intervenções promissoras (ARORA et al., 2014; PEIMANI et al., 2015; LÍAN et al.

2012). Some-se a isso, a associação de distintas abordagens como participação periódica em grupos de orientação, informações individuais reforçadas em sessões de grupo e ainda, reforço das orientações por aplicativo de telefone que foram recursos também apontados como facilitadores da adesão (KROESE et al., 2012; KROESE et al., 2013; PEIMANI et al., 2015).

Lían et al (2012) apontam em seu estudo a importância de encontros periódicos entre pessoas com DM2 e profissionais de um programa de educação em saúde. Para esses autores, é por meio do diálogo que se solidarizam o refletir e o agir das pessoas, dirigidos à realidade a ser transformada e humanizada. Para tanto, é importante que haja confiança entre os envolvidos para, assim, levar a novos conhecimentos, novas experiências e novas maneiras de olhar a realidade.

Deste modo, como forma de melhorar a adesão terapêutica, torna-se imprescindível o estabelecimento de relações confiáveis entre o usuário e os profissionais de saúde, além do desenvolvimento de ações de prevenção e promoção de saúde. Partindo desse pressuposto, a adesão é um ponto fundamental para o planejamento de uma gestão de saúde de qualidade (CARVALHO, 2012).

Conhecer a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso tem relevância clínica para a área da saúde e para a enfermagem, pois possibilita direcionar a tomada de decisões clínicas em relação ao tratamento do diabetes na equipe da ESF (FARIA et al., 2014). O conhecimento das variáveis relacionadas à adesão pode oferecer subsídios para a busca de estratégias inovadoras e específicas no atendimento às pessoas com DM2, bem como aumentar a eficácia do

tratamento e reduzir a demanda por serviços de saúde de alta complexidade (ARRELIAS et al., 2015).

A avaliação em extensão do impacto da adesão representa um desafio, pois não há consenso sobre a forma de mensuração e há pouca disponibilidade de informações que permitam analisar fator associado a eventuais complicações, hospitalizações, mortes e custos diretos e/ ou indiretos. A ausência de um consenso sobre o método ideal para avaliação da adesão ao tratamento e a variedade de métodos empregados na literatura dificultam as comparações (SCHMIDT et al., 2011; TAVARES et al., 2013). Avaliar a adesão ao tratamento em pessoas com DM2 ajuda a evidenciar os fatores intervenientes na mesma que podem ser trabalhados pelos serviços de saúde (MOKKINK, 2010).

A medição da adesão ao tratamento é complexa e, apesar de amplamente discutida, ainda não há um padrão "ouro" para medi-la (JOHNSRUD; SCHAFERMEYER, 2002). Há na literatura, muitos instrumentos que avaliam a adesão ao tratamento em pessoas com DM2. A escolha de um instrumento adequado de medição do estado de saúde é difícil e demorada, dependendo de sua finalidade, conceito, a legibilidade, a carga a indivíduos, o custo associado à sua utilização e as propriedades de medida do instrumento (FUNNEL, 2011).

Nesse sentido, com o objetivo de buscar um instrumento que possa mensurar a adesão ao tratamento entre pessoas com DM2, será apresentado a seguir um artigo que fez uma revisão integrativa da literatura acerca dos principais instrumentos de avaliação da adesão ao tratamento entre pessoas com DM2 que têm sido utilizados na atualidade.

3.3 AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ENTRE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS DO TIPO 2

Este tema será apresentado na forma de manuscrito.

Instrumentos para avaliação da adesão ao tratamento em pessoas com Diabetes Mellitus do tipo 2: revisão integrativa da literatura

Samara Suplici¹

Betina Hörner Schindwein Meirelles²

Moara Monteiro Sant'Helena³

1 Enfermeira, Mestre em Enfermagem, doutoranda do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina. E-mail: samara.suplici@live.estacio.br

2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora da, Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Florianópolis, Santa Catarina. E-mail: E-mail: betinahsm@ig.com.br.

3 Assistente Social, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina. E-mail: moara15@hotmail.com

Resumo

Os **objetivos** deste trabalho foram identificar e compreender a utilização de instrumentos para avaliação da adesão ao tratamento em pessoas com Diabetes Mellitus do tipo 2. Utilizou-se como **metodologia** a revisão integrativa da literatura, a partir de publicações científicas nacionais e internacionais sobre o tema, indexadas nas bases de dados PUBMED/MEDLINE, LILACS, BDNF e SCIELO, entre os anos de 2011 e 2017. Seguindo critérios de inclusão e exclusão, foram encontrados 35 estudos selecionados para análise. Após uma leitura dos resumos e posteriormente dos artigos na íntegra, os resultados foram organizados no *software* para análise de dados qualitativos Atlas Ti^(R). Os **resultados** evidenciaram as categorias: instrumentos utilizados para avaliação da adesão ao tratamento em pessoas com Diabetes Mellitus do tipo 2; a adesão às várias dimensões do tratamento; a relação da adesão ao tratamento com fatores individuais, sociais e com o sistema de saúde;

mostra que a avaliação da adesão ao tratamento entre pessoas com Diabetes Mellitus através de ferramentas válidas e confiáveis permite associar a adesão com aspectos individuais, sociais e relacionados ao sistema de saúde. O instrumento que melhor preencheu as expectativas para ser usado no Brasil foi o *Summary of Diabetes Self-Care Activities*, validado no Brasil com o nome de Questionário de Atividades de Autocuidado. Ele foi avaliado em numerosos estudos que mostraram qualidades psicométricas adequadas. A **conclusão** é que a adoção de ferramentas válidas e confiáveis para avaliar a adesão ao tratamento contribui para medições consistentes e padronizadas permitindo encontrar lacunas referentes ao tratamento, direcionar as ações dos profissionais de saúde e estabelecer comparações entre os diferentes tipos de serviços ou intervenções.

Palavras-Chave: Diabetes mellitus; Escalas; Cooperação do paciente; Tratamento

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica crônica, cuja prevalência mundial crescente faz dela um importante problema de saúde. É caracterizada por níveis elevados de glicose no sangue existindo três tipos principais: tipo 1 (DM1), caracterizado pela incapacidade do organismo de produzir insulina suficiente; tipo 2 (DM2), caracterizado pela resistência periférica à insulina; e, o diabetes gestacional, que é, por vezes, desenvolvido durante a gestação, podendo preceder ao aparecimento de DM2 (WHO, 2013).

No caso do DM2, as causas estão associadas a fatores de risco como o excesso de peso corporal, o sedentarismo e a alimentação não saudável. O tratamento inclui terapia farmacológica e não farmacológica (dieta e atividade física, automonitorização da glicemia, exame dos pés e acompanhamento médico regular) sendo que a aderência a estes fatores pode ser global ou específica. Assim, uma pessoa pode ser aderente a um comportamento específico e não aderente ou mal aderente a outro

(CLIFFORD; BARBER; HORNE, 2008).

O tratamento complexo exige cuidados diários e contínuos por parte da pessoa com DM2 com o objetivo de evitar complicações agudas e reduzir o risco de complicações a longo prazo, isto é, adesão ao tratamento (ADA, 2017). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adesão ao tratamento como "a medida em que as mudanças de estilo de vida coincidem com as recomendações de um provedor de cuidados de saúde" (WHO, 2013).

Sendo necessária para o alcance dos resultados, a adesão ao tratamento é um ponto crítico para muitas pessoas com DM2 e a falta de adesão está se tornando um dos mais desafiadores problemas de saúde em todo o mundo (JARAB et al., 2013; FIORAVANTI et al., 2015). As taxas de adesão tanto farmacológica como não farmacológica são baixas entre as pessoas com DM2 (MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ et al., 2011; BELL et al., 2013) sendo que a baixa adesão está associada ao aumento da morbidade e mortalidade, maiores custos diretos associados com internações por complicações agudas e custos indiretos mais elevados por conta da redução do tempo de trabalho e diminuição da produtividade. Por outro lado, a boa adesão ao tratamento em pessoas com DM2 está relacionada a melhores resultados clínicos (JANSA et al., 2013).

Avaliar a adesão ao tratamento em pessoas com DM2 ajuda a evidenciar os fatores intervenientes nesta que podem ser trabalhados pelos serviços de saúde (FUNNELL et al., 2011). Há na literatura, muitos instrumentos que avaliam a adesão ao tratamento em pessoas com DM2. A escolha de um instrumento adequado de medição do estado de saúde é difícil e demorada dependendo de sua finalidade, conceito, o custo

associado à sua utilização e as propriedades de medida do instrumento. A medição da adesão ao tratamento é complexa e, apesar de amplamente discutida, ainda não há um padrão "ouro" para medi-la (MOKKINK et al., 2010). No entanto, a importância de avaliar a adesão ao tratamento em DM2 é fato pois, até mesmo o melhor tratamento perde a sua eficácia se as pessoas não o seguem corretamente.

Assim, a inquietação em identificar e compreender os instrumentos com os quais se avaliam a adesão ao tratamento em pessoas com DM2 originou as seguintes questões de pesquisa: 1- Que instrumentos para avaliação da adesão ao tratamento em pessoas com Diabetes Mellitus do tipo 2 têm sido utilizados na literatura científica nacional e internacional? 2- Como estes instrumentos têm sido utilizados?

OBJETIVOS

- 1- Identificar os instrumentos para avaliação da adesão ao tratamento de pessoas com Diabetes Mellitus do tipo 2 utilizados na literatura científica nacional e internacional.
- 2- Compreender como os instrumentos para avaliação da adesão ao tratamento entre pessoas com DM2 vêm sendo utilizados na literatura científica nacional e internacional.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que identificou as produções sobre o tema “instrumentos de avaliação da adesão ao tratamento entre pessoas com DM2”, publicadas entre 2011 e 2017. Adotou-se a revisão integrativa da literatura, uma vez que ela contribui

para o processo de sistematização e análise dos resultados, visando a compreensão de determinado tema, a partir de outros estudos.

A revisão integrativa da literatura estabelece critérios bem definidos sobre a coleta de dados, análise e apresentação dos resultados, desde o início do estudo, a partir de um protocolo de pesquisa previamente elaborado e validado (GANONG, 1987).

Neste estudo, foi elaborado um protocolo de pesquisa e feita sua validação externa. Para tanto, foram adotadas as etapas indicadas para a constituição da revisão integrativa da literatura, segundo Ganong (1987): 1) seleção da pergunta de pesquisa (já apresentada na introdução); 2) seleção dos estudos com definição dos critérios de inclusão e exclusão; 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabelas; 4) análise crítica dos achados; 5) interpretação dos resultados e 6) apresentação da evidência encontrada. Cada uma destas etapas será devidamente detalhada a seguir.

A Identificação e Seleção dos Estudos foi realizada através de uma busca de publicações indexadas nas bases de dados eletrônicas: PUBMED/MEDLINE, LILACS, BDNF, CINAHL e SCIELO. Estas foram escolhidas por serem as principais bases de dados para publicações na área da saúde e da enfermagem. A busca ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2016 e atualizada em julho e agosto de 2017, sendo a data limite 14 de agosto de 2017. As bases de dados foram acessadas através do VPN disponibilizado pela Biblioteca da Universidade Federal de Santa Catarina (BU/UFSC) por ser essa a forma mais fidedigna para encontrar artigos completos, mesmo aqueles não disponibilizados na *web* tradicionalmente.

Foram adotados os seguintes **critérios de inclusão**: artigos

originais de pesquisa, com abordagem quantitativa e/ou qualitativa dentro da temática; estudos publicados em periódicos na forma completa; nos idiomas português, inglês e espanhol; entre os anos 2011 e 2017 (A escolha deste período de tempo se justificou pelo fato de muitas revistas aceitarem publicações mais recentes); e que contivessem em seus títulos e/ou resumos os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): 1- *Patient Compliance, Cooperación del Paciente*, Cooperação do Paciente (Cooperação voluntária do paciente em seguir um esquema prescrito pelo médico); 2- Diabetes Mellitus (Grupo de transtornos heterogêneos caracterizados por hiperglicemia) e 3- *Scales/ Escalas*. Foram ainda considerados os sinônimos: Adesão do Paciente/ Observância do Paciente e Falta de Cooperação do Paciente. Foi utilizado o conector booleano “or” para ligar palavras sinônimas e o conector booleano “and” para indicar ligação entre os vários descritores. Destaca-se ainda, que os instrumentos de avaliação da adesão encontrados nos artigos, deveriam ainda contemplar várias dimensões do tratamento e ter sido utilizados em população adulta com DM2. O quadro 1 apresenta as estratégias de busca, elaboradas com o auxílio de uma bibliotecária, utilizadas em cada uma das bases de dados.

Quadro 1 - Estratégias de busca segundo as bases de dados

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA
PUBMED/ MEDLINE <i>Site:</i> www.pubmed.gov	((("diabetes mellitus"[MeSH Terms] OR "diabetes mellitus"[Title/Abstract] OR diabetes[Title/Abstract]) AND ("patient compliance"[MeSH Terms] OR ("compliance"[All Fields] OR "adherence"[All Fields]) AND ("patient"[All Fields] OR "patients"[All Fields] OR "medication"[All Fields] OR "medications"[All Fields]))) AND ("scale"[All Fields] OR "scales"[All Fields]) AND ((("2006/01/01"[PDAT] : "2017/06/14"[PDAT]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))) colocando o limite últimos 05 anos.
CINAHL <i>Site:</i> via Portal da CAPES	("Diabetes Mellitus" OR diabet\$) AND Na base de dados utilizando a busca ("diabetes mellitus" OR diabetes) AND ("patient compliance" OR ("compliance" OR "adherence") AND (patient* OR medication*))) AND (scale*) colocando como limite publicações de 2011 a 2017
LILACS/ BDENF <i>Site:</i> http://bvsalud.org/?lang=pt	(tw:("Diabetes Mellitus" OR diabet*)) AND (tw:("Cooperação do Paciente" OR "Patient Compliance" OR "Cooperación del Paciente" OR ((cooperac* OR adesão OR adherence) AND (pacient* OR tratamento OR medicamento* OR patient* OR medication*)))) AND (tw:(escala* OR scala*)) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS" OR "BDENF") AND type:"article"))
SCIELO <i>Site:</i> http://search.scielo.org/?lang=pt	((("Cooperação do Paciente" OR "Patient Compliance" OR "Cooperación del Paciente") OR ((cooperac\$ OR adesão OR adherence) AND (pacient\$ OR tratamento OR medicamento\$ OR patient\$ OR medication\$))) AND (escala* OR scala*))

Fonte: elaborado pelos autores

Os **critérios de exclusão** foram: Revisão de literatura, editoriais, resumos de Anais, teses, dissertações, documentos oficiais de programas nacionais e internacionais e livros.

Os artigos encontrados a partir destas estratégias foram

duplicados. Depois disso, todos os resumos foram lidos simultaneamente por duas pessoas e selecionados aqueles que atendiam aos critérios de inclusão. Os estudos selecionados nessa fase foram lidos na íntegra, novamente por duas pessoas, e a partir dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados os estudos que fizeram parte deste trabalho. Tanto na leitura dos resumos, como na leitura dos artigos na íntegra, as duas pessoas se encontraram para analisar os artigos selecionados por cada uma e quando havia discordância, o artigo era novamente analisado. Permanecendo a dúvida, uma terceira pessoa avaliava a inclusão, ou não, do artigo.

Procedeu-se a **Representação dos estudos em formato de tabelas**, considerando as características no que se refere ao título, periódico, ano de publicação, categoria do estudo, natureza do estudo e método, bem como os principais resultados.

A **análise crítica dos achados** foi realizada em três etapas. A primeira etapa consistiu na leitura e releitura dos estudos com base nas seguintes perguntas: “Que instrumento foi utilizado para avaliação da adesão ao tratamento?”; “Quais as principais características do instrumento e como foi utilizado?”; “Qual o objetivo do estudo?” e “Quais os principais resultados encontrados?”

Na segunda etapa, as respostas para cada uma das perguntas feitas para cada artigo, foram organizadas em documentos no “*word*” e transferidos para o *software* para análise de dados qualitativos “*ATLAS TI*”⁽¹¹⁾. Os documentos foram codificados dentro do *software* segundo as perguntas estabelecidas na primeira etapa. Os segmentos de texto foram comparados, em busca de ideias semelhantes. A codificação foi feita por duas pessoas que se reuniram para chegar a um consenso em

relação à sua codificação inicial e a lista de códigos pôde ser modificada com a leitura de cada trecho para acomodar as ideias.

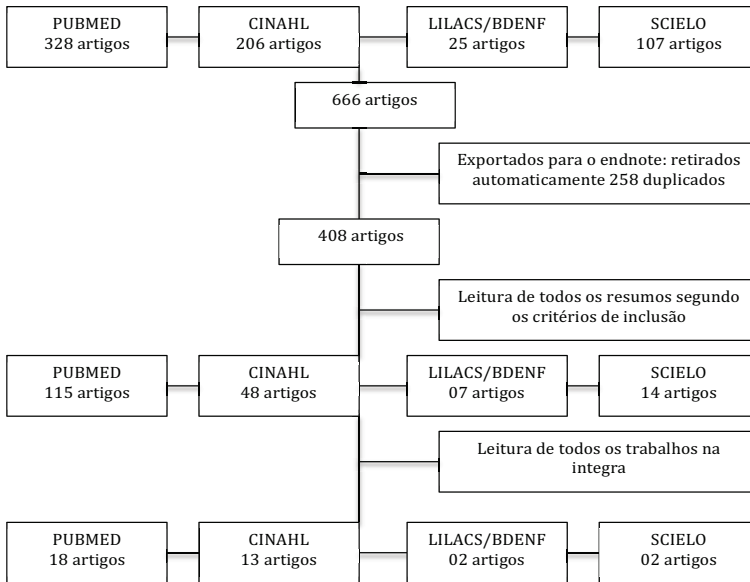
A terceira etapa consistiu em analisar o texto sistematicamente em função dos códigos estabelecidos na segunda etapa, e agrupar, dentro do *software*, os códigos, ou seja, cada conjunto de códigos semelhantes se tornaram as categorias de análise. A partir do *software* cada categoria pôde ser ligada ao segmento de texto correspondente de modo a formar o *corpus* do trabalho que foi então interpretado.

Interpretação dos resultados - Os resultados foram interpretados de modo a reportar de forma clara a evidência encontrada.

RESULTADOS

A partir das estratégias de busca e dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, foram encontrados 35 artigos que compuseram esse trabalho, sendo 18 estudos publicados na PUBMED, 13 na CINAHL, 2 na LILACS/ BDEF e 2 na SCIELO conforme mostrado no fluxograma na figura 1.

Figura 1- Fluxograma



Fonte: elaborado pelos autores, 2017.

Todos os estudos encontrados foram quantitativos, sendo a maioria deles observacionais que utilizaram os instrumentos de avaliação da adesão para fazer associação desta com vários aspectos. A adesão foi associada ao controle metabólico (BELL et al., 2013; HERNANDEZ et al., 2014; FRENCH; WADE; FARMER, 2013), à percepção ou ao enfrentamento da doença e/ou tratamento (SCHMITT et al., 2014; CHOU et al., 2014; JOHNSON et al., 2014; FISHER et al., 2014; ALBAI et al., 2017), ao *distress* e/ou depressão (SOTO et al., 2015; ZHANG et al., 2013). Também foi associada ao apoio social (HEERMAN et al., 2015), proteção do cônjuge (PUPKO; AZZOLLINI, 2012), insegurança alimentar (O'NEIL et al., 2014) e dificuldades econômicas (GHATSIDI et al., 2014). A associação entre adesão e controle

relacionados ao sistema de saúde também foi estudada (HERNADEZ et al., 2014; LÍAN et al., 2012). Outros estudos apenas mensuraram a adesão ao tratamento num grupo específico de pessoas com DM2 (BOAS et al., 2011; REZENDE NETA; SILVA; FREITAS, 2015; PEIMANI, 2015).

Foram encontrados ainda, estudos experimentais ou quase experimentais que envolveram a aplicação de intervenções e posterior avaliação dos resultados destas sobre a adesão ao tratamento (Kroese et al., 2012, 2013; ARORA et al., 2014; SCHMITT et al., 2013). Todas as intervenções envolveram de algum modo a aplicação de tecnologias educativas com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento.

A análise dos artigos trouxe como evidência: (1) os instrumentos utilizados para avaliação da adesão ao tratamento em pessoas com DM2; (2) a adesão das pessoas com DM2 às várias dimensões do tratamento; (3) a relação da adesão ao tratamento com fatores individuais, sociais e com o sistema de saúde e (4) as intervenções educativas e a adesão ao tratamento em pessoas com DM2.

Os instrumentos utilizados para avaliação da adesão ao tratamento em pessoas com diabetes mellitus do tipo 2

As principais características dos instrumentos utilizados para avaliação da adesão ao tratamento em pessoas com DM2 estão no quadro 2.

Quadro 2 - Principais características dos instrumentos mais utilizados nos últimos cinco anos para avaliação da adesão ao tratamento em pessoas com DM2

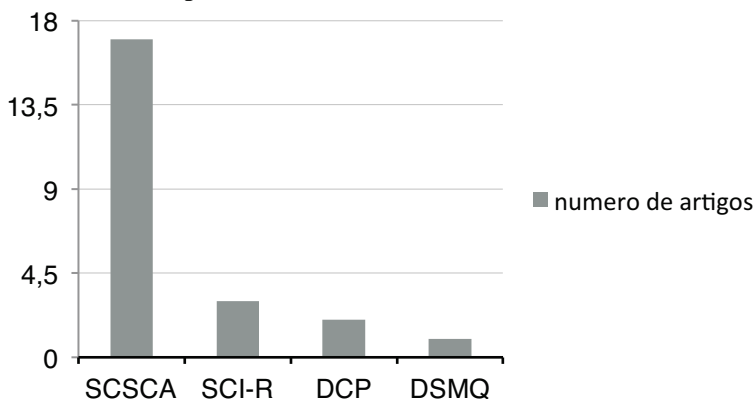
Instrumento/ O que avalia	Características	Interpretação	Desenvolvido/ Revisado/ Validado
<p>SDSCA: <i>Summary of Diabetes Self-Care Activities</i>.</p> <p>Mede o comportamento de autocuidado em pessoas com DM durante os 7 dias anteriores.</p>	<p>Possui seis dimensões divididas em 15 itens do autocuidado: “alimentação geral”, “alimentação específica”, “atividade física”, “monitorização da glicemia”, “cuidado com os pés” e “uso da medicação”. Uma setima dimensão ainda avalia o tabagismo.</p>	<p>O instrumento pede para que a pessoa recorde os seus comportamentos de autocuidado durante os 7 dias anteriores. O escore dos itens (excluindo tabagismo) usa uma escala de 0-7. Para cada item a média do número de dias é calculada. Valores mais próximos de sete indicam adesão mais desejável. É usada como uma medida contínua.</p>	<p>Desenvolvido por: Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. <i>Diabetes Care</i>. 2000; 23(7): 943-50.</p> <p>Idioma: Inglês traduzido para o Espanhol, Português e outros idiomas.</p> <p>Validado no Brasil por Michels et al (2010) com o nome de Questionário de Atividades de Autocuidado (QAD).</p>
<p>SCI-R: <i>Self-Care Inventory-revised</i>.</p> <p>Avalia a percepção da pessoa de sua adesão a recomendações de autoatendimento em DM nos últimos 1-2 meses.</p>	<p>Possui 15 itens: dieta, monitoramento de glicose, administração de medicamentos, exercício, baixos níveis de glicose e aspectos preventivos/rotina de autocuidado.</p>	<p>Cada item possui escala de Likert de 1 (nunca) a 5 (sempre). Os itens são avaliados e convertidos para escala de 0 a 100 pontos. Pontuação alta indica altos níveis de adesão ao autocuidado.</p>	<p>Weinger K, Butler HA, Welch GW, La Greca AM. Measuring Diabetes Self-Care: A psychometric analysis of the Self-Care Inventory-revised with adults. <i>Diabetes care</i>. 2005; 28(6): 1346-1352.</p> <p>Idioma: Inglês</p>
<p>DCP: <i>Diabetes Care Profile</i>.</p> <p>Possui 14 escalas</p> <p>Idioma: Inglês</p>	<p>As escalas medem: os problemas de controle, os fatores sociais e pessoais, a atitude positiva ou negativa diante da doença.</p>	<p>Utiliza escala de Likert de 1 a 5 para avaliar a frequência dos sintomas sendo 5 = boa e 1 = pobre. O DCP são calculados pela soma da escala das perguntas.</p>	<p>Fitzgerald JT, Davis WK, Connell CM, Hess GE, Funnell MM, Hiss RG. Development and validation of the Diabetes Care Profile. <i>Eval Health Prof</i>. 1996 Jun; 19(2): 208-30</p>
<p>DSMQ: <i>Diabetes Self-Management</i></p>	<p>Contém 16 itens: gestão de glicose, controle dietético,</p>	<p>Escala Likert de quatro pontos: “aplica-se muito a</p>	<p>Schmitt A, Gahr A, Hermanns N, Kulzer B, Huber J, Haak T. The</p>

<p>Avalia o comportamento associado ao controle metabólico dentro do tratamento para pessoas adultas com DM1 ou DM2. O período de tempo são as últimas 08 semanas. Idioma: Alemão</p>	<p>cuidados com a saúde)⁽³⁹⁾.</p>	<p>"aplica-se a mim em grau considerável" (dois pontos), "se aplica a mim até certo ponto" (um ponto), e "não se aplica a mim" (zero ponto). Pontuações mais altas indicam mais adesão.</p>	<p>Questionnaire (DSMQ): development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycaemic control. Health Qual Life Outcomes. 2013; 11:138</p>
---	--	---	---

Fonte: elaborado pelos autores, 2017

A frequência de utilização de cada um desses instrumentos é apresentada na figura 2.

Figura 2 - Frequência de utilização dos instrumentos mais utilizados nos últimos cinco anos para avaliação da adesão ao tratamento em pessoas com DM2

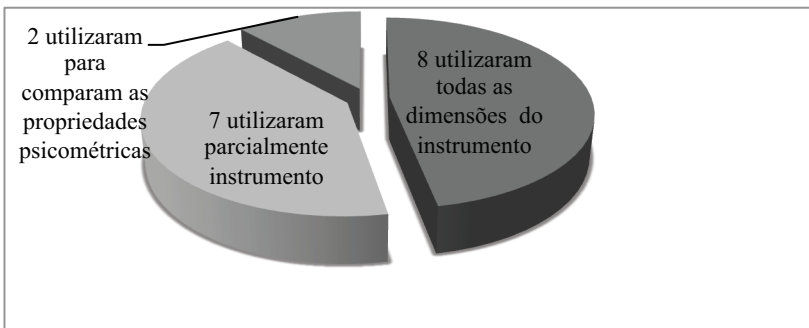


Fonte: elaborado pelos autores, 2017

O SDSCA foi o instrumento mais utilizado na literatura científica nacional e internacional dos últimos cinco anos. Ele foi utilizado em 17 artigos, enquanto o SCI-R foi utilizado em 3 artigos, o DCP em 2 artigos e o DSMQ em 1 artigo.

adesão ao tratamento na maioria dos estudos encontrados sobre o tema (BELL et al., 2013; SCHMITT et al., 2013; CHOU et al., 2014; HERNANDEZ et al., 2014; FIORAVANTI et al., 2015). Alguns estudos adicionaram a ele outros instrumentos para avaliar partes específicas da adesão (JARAB et al., 2012; O'NEIL et al., 2014; HERMANN et al., 2015). Foram encontradas também a utilização parcial do instrumento juntamente com outros instrumentos para a avaliação de algum aspecto da adesão (CARPENTER, 2012; PUPKO et al., 2012; ARORA et al., 2014 FRENCH et al., 2014; GIMENEZ FARIA et al., 2014; SCHMITT et al., 2014; PEIMANI et al., 2015. Por ser o instrumento de avaliação da adesão ao tratamento em pessoas com DM2 mais referenciado, o SDSCA também foi utilizado para comparação das suas propriedades psicométricas com outros instrumentos criados ou modificados (MAYBERRY et al., 2013; URZUA et al., 2015. A figura 3 ilustra as diversas formas de utilização do instrumento dentre os estudos.

Figura 3 - Formas de utilização do SDSCA nos estudos



Fonte: elaborado pelos autores, 2017

A adesão das pessoas com DM2 às várias dimensões do tratamento

Por utilizarem instrumentos multidimensionais, os estudos abordaram, em alguma medida, as questões inerentes ao tratamento em DM2 como a adesão a uma dieta adequada, a prática regular de atividade física, o uso da medicação prescrita, o automonitoramento da glicemia e os cuidados com pés.

No que se refere a adesão as estas várias dimensões do tratamento, a maioria dos estudos identificou baixa adesão à dieta (GIMENES FARIA et al., 2014; REZENDE NETA et al., 2015), à atividade física (PUPKO et al., 2012; BELL et al., 2013; FRENCH et al., 2013; REZENDE NETA et al., 2015) e ao autocontrole da glicose (BELL et al., 2013). Bons níveis de autocuidado foram encontrados no que se refere aos cuidados com os pés (FRENCH et al., 2013; REZENDE NETA et al., 2015), sendo que houve associação estatisticamente significativa entre o exame dos pés, o exame do interior dos sapatos e dos espaços interdigitais com as orientações dadas pelo enfermeiro sobre esses aspectos da assistência (REZENDE NETA et al., 2015). Boa adesão à medicação também foi encontrada (BELL et al., 2013; REZENDE NETA et al., 2015).

Como se tratavam de estudos transversais, as causas tanto para adesão como para não adesão às várias dimensões do tratamento em DM2 não foram determinadas nos mesmos.

A relação entre às dimensões do tratamento (dieta, atividade física e uso da medicação) e o controle metabólico em pessoas com DM2 foram estudadas. Assim, houve associação significativa entre adesão à dieta e níveis sanguíneos de glicose (BELL et al., 2013; ZHANG et al., 2013) e menores níveis de HbA1C estavam associados

com níveis mais elevados de ingestão de fruta, legumes e verduras, e menos frequente de gordura, a atividade física na maioria dos dias da semana, o exame dos pés diariamente e aderência à medicação (ZHANG et al., 2013).

A relação da adesão ao tratamento com fatores individuais, sociais e com o sistema de saúde

Os instrumentos para avaliação da adesão ao tratamento foram utilizados ainda, nos estudos selecionados, para estabelecer as associações entre adesão ao tratamento e aspectos individuais, sociais e relacionados ao sistema de saúde.

Adesão ao tratamento: aspectos individuais

Através dos instrumentos de avaliação da adesão ao tratamento, os estudos puderam evidenciar que vários fatores individuais são responsáveis por melhor ou pior adesão ao tratamento. Variáveis sociodemográficas, como o sexo, a idade e a escolaridade foram associados à adesão ao tratamento. Assim, as mulheres desempenham mais as diretrizes relacionadas ao tratamento (JOHNSON et al., 2014; ALBAI et al., 2017) em especial no uso adequado da medicação e na realização de exames periódicos (ALBAI et al., 2017). Correlação inversa e estatisticamente significativa foi encontrada entre escolaridade e adesão (GIMENES FARIA et al., 2014). A idade avançada foi associada a um melhor envolvimento em comportamentos de autocuidado com o DM, o que pode refletir as complexidades envolvidas na adesão ao tratamento entre pessoas que trabalham. Estas podem querer esconder a sua condição, evitando assim o potencial de

estigmatização ou desconforto social, e isso, pode levar a ignorar ou retardar doses de medicação ou insulina ou omitir verificações de glicose no sangue. Isto é mais pronunciado para aqueles que utilizam insulina por causa da invasão associada com a aplicação desta medicação, em comparação com agentes orais (CHATSIRI et al., 2013).

As atitudes e estratégias de enfrentamento diante do DM2 também estão associadas à adesão ao tratamento (ALBAI et al., 2017; FISHER et al., 2013). Esta, porém, melhora quando a pessoa percebe a doença como um desafio e acredita que realizar cada item do tratamento será benéfico (FISHER et al., 2013; SCHMITT et al., 2014; PEIMANI et al., 2015). Uma atitude mais positiva em relação à doença, melhora o controle glicêmico (FISHER et al., 2013; SOTO et al., 2015) porque implica em algum grau de responsabilidade e maior controle da situação. Em vez disso, quando a pessoa atribui o problema a causas externas, favorece uma atitude negativa que irá influenciar a situação daí resultante (SOTO et al., 2015). Destaca-se ainda nesse sentido, que as pessoas com melhor nível socioeconômico têm mais recursos para avaliar a doença como um desafio e usam enfrentamento ativo e consequentemente aderem melhor ao tratamento (ALBAI et al., 2017).

A presença de sintomas depressivos e angústia foram comumente e significativamente associados com piores comportamentos de autocuidado (CHASENS et al., 2013; CHATSIRI et al., 2013; FRENCH et al., 2013; SOTO et al., 2015). Apesar disso, a gestão da angústia e do sofrimento associado com diabetes é maleável e responsiva às intervenções que visem o autocuidado. Uma intervenção que visava o autocuidado foi aplicada em pessoas com DM2 que sofriam de angústia e o resultado mostrou que aproximadamente 33% dos que relataram alta

angústia e 60% dos que relataram angústia moderada no início do estudo, antes de receberem a intervenção, relataram pouca ou nenhuma angústia em 12 meses, após a intervenção. Mais especificamente, intervenções que visam o autocuidado reduzem significativamente a angústia e conseqüentemente melhoram a adesão ao tratamento (SOTO et al., 2015).

A má qualidade do sono noturno e a sonolência diurna foram também aspectos individuais encontrados na literatura, que impactam negativamente em vários fatores psicológicos e sociais necessários para uma boa gestão do DM. A qualidade do sono noturno prejudicada e sonolência diurna excessiva estão associadas a vários aspectos da diminuição do autocuidado em adultos com DM2 (CHASENS et al., 2013).

Adesão ao tratamento: aspectos sociais

Os instrumentos para avaliação da adesão também permiram associá-la com aspectos sociais. Entre os fatores sociais que proporcionam melhor adesão ao tratamento, o apoio social foi o mais evidenciado. O apoio social teve associações significativas com comportamentos de autocuidado em DM2 (MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ et al., 2011; LÍAN et al., 2012; ZHANG et al., 2013; SMALLS et al., 2014; HEERMAN et al., 2015; ALBAI et al., 2017). Níveis mais altos de apoio família/amigo foram relacionados ao maior consumo de frutas e vegetais (MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ et al., 2011; ZHANG et al., 2013), realização de atividade física mais frequentemente (ALBAI et al., 2017), ingestão de gordura menos frequente (ZHANG et al., 2013) e níveis normais de açúcar no sangue (REI J. et al. 2013; ROAS et al. 2011).

Em pessoas adultas com DM2, o grau de adesão a fatores como dieta, exercício, medicação, cuidados com os pés e controle da glicemia estão estreitamente relacionados com um controle metabólico e o apoio social é um fator determinante na obtenção deste resultado (BELL et al, 2013).

O apoio social é mais comum em pessoas que têm uma atitude positiva diante da doença. A falta de interlocutores para discutir questões relacionadas com o DM resulta em uma menor adesão ao autocuidado (principalmente dieta e exercício) e produz atitude negativa diante da doença. Assim, o apoio social pode levar a uma atitude mais positiva em relação à doença e vice-versa, em pessoas com DM2 (PUPKO et al., 2012). Uma atitude positiva ajuda a avaliação da doença como um desafio e promove o desenvolvimento de medidas mais adequadas para melhorar o cumprimento das orientações de autocuidado e prevenção de complicações e de estratégias de enfrentamento ativo em curto e longo prazo (CARPENTER et al., 2012; PUPKO et al., 2012; FRENCH et al., 2013).

Inversamente, a proteção do cônjuge foi associada à má adesão. Embora as associações não possam demonstrar causalidade, a proteção do cônjuge pode ser interpretada como uma confirmação de que o DM2 não é uma doença crônica grave, que em última análise é associada ao exercício menos frequente e pior controle glicêmico. Estes resultados adicionam precisão para a proteção do cônjuge como uma forma negativa de lidar com o DM2 (JOHNSON et al., 2014).

Adesão ao tratamento e o sistema de saúde

A adesão ao tratamento foi associada com as relações estabelecidas entre as pessoas com DM2 e profissionais de saúde ou os modelos assistenciais implementados (JARAB et al., 2012; CHATSIRI et al., 2013; HERNANDEZ et al., 2014). Assim, não houve associação significativa entre a confiança das pessoas com DM2 nos médicos e a adesão. A confiança no médico foi positivamente associada com a realização de atividade física e exames de fundo de olho, não sendo estabelecida a relação de causalidade. É possível que aqueles que se envolveram em atividades físicas e na realização de exames de fundo de olho representem a maioria altamente motivada das pessoas com DM2, como mostrado anteriormente, sendo mais propensos a serem mais receptivos às instruções do médico (HERNANDES et al., 2014).

Outro estudo comparou as diferenças na adesão entre pessoas com DM2 que recebiam cuidados através de três modelos distintos de práticas de cuidados primários e mostrou não haver diferença significativa na adesão ao tratamento entre estes grupos. Os três modelos assistenciais eram caracterizados por ter enfermeira e médico em tempo integral, outro modelo com enfermeira e médico em tempo parcial, e, um último sem um modelo definido. Os resultados indicaram que mesmo a ausência de um modelo assistencial pode promover resultados psicossociais comportamentais no que se refere à adesão ao tratamento (CHATSIRI et al., 2013).

Por outro lado, um programa de assistência farmacêutica baseado numa educação estruturada, guiada por farmacêuticos, para pessoas com DM2 resultou em melhora dos valores de biomarcadores, incluindo HbA1C, pressão arterial e perfil lipídico, além de adesão à

medicação e atividades de autocuidado (JARAB et al., 2012).

É necessária mais investigação para elucidar essas associações. Destaca-se a importância de melhorar as condições de acesso aos serviços de saúde para as pessoas com DM2 com enfoque integral, interdisciplinar, com uma estratégia para melhorar o cumprimento terapêutico e redução da morbidade e mortalidade evitável (JARAB et al., 2012; CHATSIRI et al., 2013; HERNANDEZ et al., 2014).

As intervenções educativas e a adesão ao tratamento em pessoas com DM2

Os instrumentos para avaliação da adesão ao tratamento também foram utilizados em estudos experimentais ou quase experimentais, para avaliar os resultados de intervenções educativas aplicadas às pessoas com DM2. Estratégias educacionais inovadoras foram testadas partindo do pressuposto de que favorece a adesão ao tratamento, as pessoas participarem em programas educativos sejam eles individuais ou em grupo, presenciais ou à distância (FIORAVANTI et al., 2015; KROESE; ADRIAANSE; RIDDER, 2012, 2013; ARORA et al., 2015).

Estratégias educativas para uso em telefones celulares, baseada em envio de mensagens de texto (SMS) melhoraram a adesão ao tratamento entre pessoas com DM2 (FIORAVANTI et al., 2015; PEIMANI et al., 2015). O envio de mensagens de texto diárias relacionadas com a saúde resultou em diminuição de HbA1C, melhor autocuidado, melhor adesão à medicação e empoderamento. A mudança mais considerável foi na adesão à medicação. No entanto, mais

educativos antes de sua ampla implementação. Ao contrário de outras intervenções, estas exigem o mínimo de capital/investimento pessoal, tornando-as particularmente atraente para os sistemas sem recursos (PEIMANI et al., 2015).

Outra intervenção composta por um aplicativo para telefones celulares consistiu num diário eletrônico para que as pessoas com DM2 relatassem suas atividades diárias. Estas foram utilizadas por profissionais que também enviavam mensagens de *feedback*. Estas mensagens se referiam ao estado fisiológico, recomendações, prescrição e dicas. Isso forneceu um acompanhamento contínuo de parâmetros clínicos e estilo de vida, na forma de *feedback* permanente do sistema, minimizando a carga de trabalho dos profissionais. O sistema de mensagens foi programado individualmente. A intervenção se mostrou eficaz na melhoria da adesão ao tratamento em pessoas com DM2 (FIORAVANTI et al., 2015).

Intervenções educativas presenciais também se revelaram eficazes na adesão ao tratamento entre pessoas com DM2. Uma intervenção, consistindo de uma sessão individual e quatro sessões de grupo num período de 8 semanas (a sessão individual na semana 0 e sessões em grupo em semanas 2, 4, 6 e 8) para grupos de pessoas com DM2 obesas e não obesas, mostrou melhoria significativa na adesão ao tratamento em ambos os grupos (KROESE; ADRIAANSE; RIDDER, 2012). Os mesmos autores testaram uma fase de reforço composta por mais quatro encontros de grupo e esta não resultou em mais melhorias (KROESE; ADRIAANSE; RIDDER, 2013). Há evidências de que os programas educativos podem aumentar a autocontrole, habilidades de autocuidado e satisfação com o tratamento (BOAS et al., 2011).

DISCUSSÃO

Muitos instrumentos de avaliação da adesão ao tratamento entre pessoas com DM2 vem sendo utilizados na atualidade. Eles avaliam as várias dimensões do tratamento em DM2 e estabelecem relações da adesão com aspectos individuais, sociais e relacionadas ao sistema de saúde. Assim, a adesão da pessoa com DM2 ao tratamento pode mudar como resultado de circunstâncias inerentes à própria pessoa (idade, escolaridade, gênero e enfrentamento da doença) ou questões externas que envolvem aspectos sociais e intervenções terapêuticas.

O impacto psicossocial do DM2 na vida das pessoas tem sido relacionado à adesão ao tratamento. A presença de angústia e depressão associada ao DM pode constituir num obstáculo ao autocuidado na medida em que produzem menor aceitação da doença. A baixa aceitação, por sua vez, é associada à baixa adesão ao tratamento e a um pior controle metabólico (CARPENTER et al, 2012), sugerindo que o reconhecimento da doença pode apoiar um bom cuidado do diabetes. Por outro lado, o apoio social está associado a um bom controle do DM2.

As intervenções educativas com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento ganham destaque no tratamento de pessoas com DM2 (KROESE; ADRIAANSE; RIDDER, 2012, 2013). Elas podem desempenhar um papel vital na melhoria do autocuidado, tendo em conta a importância da participação das pessoas com DM2 na concepção, execução e acompanhamento dos planos terapêuticos para produzir resultados terapêuticos ideais (FIORAVANTI et al, 2015). Além disso, o desenvolvimento de intervenções pode apoiar as pessoas para enfrentar bem os desafios colocados pela doença e se envolver

melhor com autocuidado, levando a tratamentos mais eficazes.

Os instrumentos utilizados para avaliação da adesão ao tratamento foram essenciais para estabelecer essas associações. Desse modo, melhores resultados em DM2 podem ser alcançados, e ainda, muitas intervenções podem ser planejadas a partir das associações e lacunas encontradas pelos instrumentos de avaliação da adesão. Por outro lado, a adoção de instrumentos válidos e confiáveis contribui para avaliar o resultado destas intervenções.

O instrumento que melhor satisfaz as expectativas foi o SDSCA, que é provavelmente o instrumento mais popular e mais utilizado para avaliação da adesão ao tratamento em pessoas com DM2. Ele foi avaliado em numerosos estudos que mostraram qualidades psicométricas adequadas e foi traduzido para muitos idiomas. No entanto, alguns autores afirmam que o questionário não foi concebido para ser intimamente ligado à hemoglobina glicada, e, conseqüentemente, a sua avaliação inicial não encontrou quaisquer associações significativas entre as suas escalas e os valores de HbA1C (TOOBERT; HAMPSON; GLASGOW, 2000). Estudos posteriores confirmaram esta falta de correlação, mas têm sido relatados outros estudos que apresentam correlações moderadas ou fortes entre o SDSCA e HbA1C (BASTOS; SEVERO; GREGG et al., 2007; LOPES, 2007; VINCENT; MCEWEN; PASVOGEL, 2008; MICHELS et al, 2010; CHOI et al., 2011; SNOEK et al., 2012).

O SDSCA foi traduzido e validado no Brasil onde recebeu o nome de QAD (Questionário de Atividades de Autocuidado) e resultou em um questionário com características e propriedades psicométricas semelhantes às do SDSCA. A correlação teste/reteste de cada item

variou de $a = 0,15$ a $a = 1,0$. O QAD não fornece um escore geral da aderência ao tratamento, o que também ocorre no SDSCA e suas adaptações. A aplicação do questionário é fácil, prática e rápida, e este se encontra disponível para uso público. Estudos futuros com a utilização do QAD em outras amostras e diferentes populações poderão contribuir para seu aprimoramento. É possível, ainda, que sua aplicação ajude a melhorar a adesão pois, muitas vezes, estes instrumentos ajudam as pessoas com DM a recordar os cuidados essenciais para o tratamento. O próprio questionamento pode reforçar os cuidados (MICHELS et al., 2010).

CONCLUSÃO

Este estudo identificou na literatura científica nacional e internacional uma série de instrumentos para avaliar a adesão de pessoas com DM2 ao tratamento. O que melhor preencheu as expectativas para uso no Brasil foi o SDSCA. A avaliação da adesão ao tratamento entre pessoas com DM2 através destas ferramentas permite associar a adesão com aspectos individuais, sociais e relacionados ao sistema de saúde. Estes, uma vez conhecidos, podem ser considerados pelos prestadores de serviços e pesquisadores com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência às pessoas com DM2.

Ao medir a adesão ao tratamento de pessoas com DM2 com estes instrumentos confiáveis, pode-se contribuir para avaliações uniformes, consistentes e padronizadas, permitindo encontrar as lacunas referentes ao tratamento, direcionar as ações dos profissionais de saúde mais estruturadas e estabelecer comparações entre os diferentes tipos de

prática baseada em evidências, que é tão necessária nos serviços de saúde. Sendo assim, são uteis para ser usados tanto na prática clínica quanto na pesquisa.

REFERÊNCIAS

ADA. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, Danvers, v. 40, n. suppl. 1, p. S1-S2, 2017.

ALBAI, A. et al. Association between coping mechanisms and adherence to diabetes-related self-care activities: a cross-sectional study. **Patient Prefer Adherence**, Jul , v.17, n.11, p.1235-1241, 2017.

ARORA, S. et al. Trial to examine text message- based mHealth in emergency department patients with diabetes (TEXT-MED): a randomized controlled trial. **Ann Emerg Med.**, v.63, n.6, p.745-54, 2014.

BASTOS, F.; SEVERO, M.; LOPES, C. Psychometric analysis of diabetes self-care scale (translated and adapted to Portuguese). **Acta Med Port.**, v.20, n.1, p.11–20, 2007.

BELL, R.A. et al. Correlates of physician trust among rural older adults with diabetes. **Am J Health Behav.**, v.37, n.5, p.660-6, 2013.

BOAS, L.C.G.V et al. Adherence to diet and exercise among people with diabetes mellitus. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.20, n.2, p.272-9, 2011.

CARPENTER, R. Appraisal of perceived threat of diabetes and the relation to adherence for adults in appalachia. **Journal of Health Care for the Poor & Underserved**, v.23, n.2, p.726-8, 2012.

CHASENS E.R. et al. Effect of poor sleep quality and excessive daytime sleepiness on factors associated with diabetes self-management. **Diabetes Educ.**, v.39, n.1, p.74-82, 2013.

CHATSIRI, M. et al. Comparison of Outcomes of Patients with Diabetes Receiving Care by Way of Three Primary Care Practice Models. **Pacific Rim International Journal of Nursing Research**

v.17, n.1, p.39-55, 2013.

CHOI, E.J. et al. Psychometric properties of a Korean version of the summary of diabetes self-care activities measure. **Int J Nurs Stud.**, v.48, n.1, p.333-37, 2011.

CHOU, A.F. et al. A Survey of Self-Management and Intrusiveness of Illness in Native Americans With Diabetes Mellitus. **Care Management Journals**, v.15, n.4, p.170-83, 2014.

CLIFFORD, S; BARBER, N; HORNE, R. Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: application of the Necessity-Concerns Framework. **J Psychosom Res.**, V.64, n.1. p. 41-46, 2008.

FIORAVANTI, A. et al., Automatic messaging for improving patients engagement in diabetes management: an exploratory study. **Med Biol Eng Comput.**, v.53, n.12, p.1285-94, 2015.

FRENCH, D.P.; WADE, A.N.; FARMER, A.J. Predicting self-care behaviours of patients with type 2 diabetes: the importance of beliefs about behaviour, not just beliefs about illness. **J Psychosom Res.**, v.74, n.4, p.327-33, 2013.

FUNNELL, M.M et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education. **Diabetes Care**, v.34, n.1, p.89-96, 2011.

GANONG, L.H. Integrative Review of Nursing Research. **Res Nursing Health**, v.10, n.1. p.1-11, Febr, 1987.

GIMENES FARIA, H.T. et al. Adherence to diabetes mellitus treatments in Family Health Strategy Units. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.48, n.2, p.254-60, 2014.

GREGG, J.A. et al. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. **J Consult Clin Psychol.**, v.75, n.1, p.336-343, 2007.

HEERMAN, W.J. et al. Food insecurity is associated with diabetes self-care behaviours and glycaemic control. **Diabet Med.**, 2015.

HERNANDEZ, R. et al. Correlates of Self-Care in Low-Income African American and Latino Patients With Diabetes. **Health Psychology**, v.33, n.7, p.597-607, 2014.

JANSA, M. et al. Psychometric analysis of the Spanish and Catalan versions of the Diabetes Self-Care inventory-revised version questionnaire. **Patient Prefer Adherence**, v.7, n.1, p.997-1005, 2013.

JARAB, A.S. et al. Randomized controlled trial of clinical pharmacy management of patients with type 2 diabetes in an outpatient diabetes clinic in Jordan. **J Manag Care Pharm.**, v.18, n.7, p.516-26, 2012.

FISHER, L. et al. REDEEM: a pragmatic trial to reduce diabetes distress. **Diabetes Care**, v. 36, n.9, p.2551-8, 2013.

JOHNSON, M.D. et al. BRIEF REPORT. Spousal Protective Buffering and Type 2 Diabetes Outcomes. **Health Psychology**, v.38, n.8, p.841-4, 2014.

KAV, S. et al. Turkish validity and reliability of the summary of diabetes self-care activities measure for patients with type 2 diabetes mellitus. **J Clin Nurs.**, v.19, n.1, p.2933–935, 2010

KROESE, F.M.; ADRIAANSE, M.A.; DE RIDDER, D.T.D. Boosters, anyone? Exploring the added value of booster sessions in a self-management intervention. **Health Education Research**, 27(5):825-33, 2012.

_____. Are Self-Management Interventions Suitable for All? Comparing Obese Versus Nonobese Type 2 Diabetes Patients. **Health Education & Behavior**, v.40, n.5, p.552-8, 2013.

LÍAN, A. et al. Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. **Av enferm.**, Bogotá, v.30, n.2, p.39-46. July/Dec, 2012.

MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ, G.I. et al. Adherence and metabolic control in patients with Type 2 Diabetes Mellitus in a hospital of Medellin. **Arch med.**, Colombia, v.14, n.1, p.44-50, 2011.

both are reliable, valid, and predict glycemetic control. **Diabetes Res Clin Pract.**, v.102, n.2, p.96-104, 2013.

MICHELS, M.J. et al. Questionnaire of Diabetes Self-Care Activities: translation, cross-cultural adaptation and evaluation of psychometric properties. **Arq Bras Endocrinol Metabol.** v.54, n.1, p.644-51, 2010.

MOKKINK, L.B. et al. Protocol of the COSMIN study: Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments. **BMC Medical Research Methodology**, v.10, n.22, 2010. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/10/22>

O'NEIL, A. et al. Associations between economic hardship and markers of self-management in adults with type 2 diabetes: results from Diabetes MILES - Australia. **Aust N Z J Public Health**, v.38, n.5, p.466-72, 2014.

PEIMANI, M. et al. Effectiveness of short message service-based intervention (SMS) on self-care in type 2 diabetes: A feasibility study. **Prim Care Diabetes**, v.10, n.4, p.251-258, 2015.

PUPKO, V.B.; AZZOLLINI, S. Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2. **Rev argent salud publica**, v.3, n.10, p.15-23, 2012.

REZENDE NETA, D.S.; VILAROUCA DA SILVA, A.R.; FREITAS DA SILVA, G.R. Adherence to foot self-care in diabetes mellitus patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília v.68, n.1, p.103-8, 2015.

SCHMITT, A. et al. Assessment of diabetes acceptance can help identify patients with ineffective diabetes self-care and poor diabetes control. **Diabet Med.**, v.31, n.11, p.1446-51, 2014.

SCHMITT, A. et al. The Diabetes Self- Management Questionnaire (DSMQ): development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycaemic control. **Health Qual Life Outcomes**, v.11, n.1, p.138, 2013.

SMALLS, B.L. et al. Effect of neighborhood factors on diabetes self-

v.106, n.3, p.435-42, 2014.

SNOEK, F.J. et al. Monitoring of Individual Needs in Diabetes (MIND)-2: follow-up data from the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) MIND study. **Diabetes Care**, v.35, n.1, p.2128–32, 2012.

SOTO, S.C. et al. An Ecological Perspective on Diabetes Self-care Support, Self-management Behaviors, and Hemoglobin A1C Among Latinos. **Diabetes Educator**, v.41, n.2, p.214-23, 2015.

TOOBERT, D.J.; HAMPSON, S.E.; GLASGOW, R.E. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. **Diabetes Care**. v.23, n.1, p.943–50, 2000.

VINCENT, D.; MCEWEN, M.M.; PASVOGEL, A. The validity and reliability of a Spanish version of the summary of diabetes self-care activities questionnaire. **Nurs Res.**, v.57, n.1, p.101–06, 2008.

URZUA, ALFONSO et al . Análisis preliminares de la versión adaptada en población chilena de la escala de adherencia terapéutica en diabetes mellitus tipo 2 - EATDM-III. **Rev. méd. Chile**, Santiago, v.143, n.6, p.733-743, jun., 2015.

WHO. World Health Organization. **Prevention and control of non-communicable diseases in the European Region: a progress report**. Geneva: WHO, 2013 . Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/diabetes/publications>.

ZHANG, J. et al. Comparative study of the influence of diabetes distress and depression on treatment adherence in Chinese patients with type 2 diabetes: a cross-sectional survey in the People's Republic of China. **Neuropsychiatr Dis Treat.**, v.9, n.1, p.1289-94, 2013.

ZHANG. Y. et al. Depression in Chinese patients with type 2 diabetes: associations with hyperglycemia, hypoglycemia, and poor treatment adherence. **J Diabetes**, v.7, n.6, p.800-8, 2015.

3.4 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Atenção Básica de Saúde (ABS) é termo que se utiliza no Brasil para o que internacionalmente é denominado Atenção Primária à Saúde (APS). APS é um termo largamente utilizado no mundo, sendo uma tradução do Inglês “*Primary Health Care*”. Cutolo (2006) faz críticas tanto ao termo “Primária” quanto ao termo “Básica” por conta da erudição semântica das duas palavras quando traduzidas para o português e até sugere outros termos, como “Atenção Ampliada da Saúde” ou “Atenção Integral da Saúde”, que melhor explicariam o significado da expressão.

O enfoque da ABS está no meio social e físico no qual as pessoas vivem, e não somente na doença. Ela cuida dos problemas comuns, rotineiros e menos definidos, em locais situados dentro da própria comunidade, como centros de saúde, escolas e casas. As pessoas têm acesso direto, e de forma contínua, à atenção para seus diversos problemas de saúde e também a serviços preventivos. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde, lida com o contexto no qual a doença existe, e ainda, influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. (STARFIELD, 2004; GIOVANELLA; MENDONCA, 2012).

A ABS possui algumas características exclusivas, mas também compartilha características comuns com os outros níveis de atenção. Por exemplo, o acesso, a prevenção, tratamento, reabilitação e trabalho em equipe são características de todos os níveis de atenção. Por outro lado, pode-se dizer que a integração da atenção, quando há mais de um problema de saúde, e determinar o trabalho de todos os outros níveis são exclusivas da ABS (STARFIELD, 2004).

Alguns fatos históricos marcaram o conceito que hoje se tem de ABS e tudo isso aconteceu dentro um contexto sociopolítico que merece ser destacado.

A década de 1970 foi marcada pelo fim da ditadura de Franco na Espanha, de Salazar em Portugal, a intensificação dos movimentos de libertação das colônias africanas e movimentos para democratização dos países da América Latina. Estes fatos repercutiram na organização dos sistemas de saúde, pois a independência defendida nesses processos enfatizava os valores locais, confrontando-se com o modelo de saúde hegemônico até então estabelecido nos sistemas de saúde da maioria dos países. Dentro desta perspectiva, o modelo de atenção à saúde centrado no médico e ultraespecializado daria lugar a práticas de saúde mais democráticas e acessíveis (GIOVANELLA; MENDONCA, 2012).

Foi neste contexto que, em 1977, a trigésima reunião anual da Assembleia Mundial de Saúde teve como meta principal a obtenção, por parte de todos os cidadãos do mundo até o ano 2000, de um nível de saúde que permitisse uma vida social e economicamente produtiva. Essa meta, conhecida como “Saúde para Todos no ano 2000”, foi referenciada, em 1978, na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão – na época, uma das repúblicas da antiga União Soviética. Pode-se afirmar que esse foi o marco para uma Atenção Primária à Saúde Abrangente (STARFIELD, 2004; GIOVANELLA; MENDONCA, 2012).

A Atenção Primária Abrangente se confrontava com o modelo que até então vigorava, ou seja, uma Atenção Primária Seletiva, com uma abordagem vertical baseada no modelo médico hegemônico, ultraespecializado e intervencionista, focada em situações específicas,

como por exemplo o combate às endemias, especialmente na África e América Latina (GIOVANELLA; MENDONCA, 2012).

Assim, a Conferência de Alma-Ata questionou a atenção primária voltada para as práticas intervencionistas da APS seletiva e abriu lugar para uma APS abrangente, que considera a atenção primária como parte de um processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades e que envolve outros setores, considerando determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico (GIOVANELLA; MENDONCA, 2012).

A conferência resultou na declaração de Alma-Ata, que enunciou princípios para a APS baseados numa atenção abrangente que promovesse o desenvolvimento social, enfrentasse os determinantes sociais de saúde e se preocupasse em avaliar as ações realizadas sobre a saúde da população.

Na declaração de Alma-Ata, a APS foi definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (BRASIL, 2002)

Destaca-se, neste conceito, o papel da APS como a principal entrada para o sistema de saúde e a ênfase na proximidade dos serviços de saúde com as pessoas. A declaração de Alma-Ata enfatiza, ainda, a necessidade de atuação de outros setores além do setor da saúde, mas, apesar disso, as ações nela propostas têm um caráter mais restrito, como ações educativas, tratamento de doenças mais comuns, medicamentos essenciais, nutrição e saneamento (STARFIELD, 2004; GIOVANELLA; MENDONCA, 2012).

A despeito do proposto na Declaração de Alma-Ata, o que vigorou nos anos seguintes foi uma APS seletiva apoiada no controle de determinadas doenças em países em desenvolvimento. Destacaram-se, para isso, algumas intervenções mundialmente estabelecidas como prioritárias, como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, reidratação oral, aleitamento materno e imunização (GIOVANELLA; MENDONCA, 2012), ou seja, práticas seletivas que se ocupavam da resolução de problemas pontuais sem se preocupar com a causa deles e seu contexto socioeconômico.

A hegemonia da atenção primária seletiva permaneceu ainda durante os anos 1980, caracterizada por serviços básicos, restritos, selecionados e voltados para pessoas com maior pobreza, até que movimentos sociais enfatizaram a necessidade de abordar determinantes sociais de saúde, numa perspectiva mais ampla, já anteriormente colocada pela Declaração de Alma-Ata. Somente através de políticas de desenvolvimento inclusivas, as desigualdades poderiam ser reduzidas e a equidade em saúde alcançada.

Por isso, os anos de 1990 foram marcados por intensas

problemas mundiais, como gênero, meio ambiente, direitos humanos, desenvolvimento econômico e social. Com base nos resultados dessas conferências, a Organização das Nações Unidas (ONU), no ano 2000, estabeleceu as Metas do Milênio com os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que incluem: combate à fome e à pobreza, ensino básico de qualidade para todos, igualdade entre os gêneros, redução da mortalidade infantil, melhor saúde para as gestantes, combate à Aids, malária e outras doenças, qualidade de vida e respeito ao meio ambiente e desenvolvimento social.

Com o propósito de alcançar os Objetivos do Milênio, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) iniciaram um movimento de reformulação da APS no qual defendiam a necessidade de se alcançar uma atenção à saúde horizontal, universal, abrangente, com cuidados orientados à qualidade, com ênfase na promoção e prevenção, intersetorialidade, participação social e responsabilização dos governos (GIOVANELLA; MENDONCA, 2012).

Neste contexto, em 2001, Barbara Starfield desenvolveu uma abordagem para caracterizar a APS abrangente, definindo atributos essenciais e derivados para esses serviços. Para a autora, os atributos essenciais se referem na garantia pela APS de um acesso de primeiro contato, na responsabilidade longitudinal com a continuidade da relação equipe de saúde e usuário ao longo da vida; cuidado integral, considerando-se os âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde; e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver as necessidades.

Os atributos considerados derivados significam que a APS deve estar orientada para a comunidade, conhecendo suas necessidades de saúde; preocupar-se com a família, para bem avaliar como responder às necessidades de seus membros; e a adaptação cultural, para ter habilidade de se comunicar e conhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais. Cada um deles será agora detalhado.

O acesso de primeiro contato significa ter acesso e utilizar os serviços de saúde a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema.

A longitudinalidade se refere a uma atenção contínua para determinado problema ao longo do tempo (STARFIELD, 2004). A longitudinalidade tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A integralidade se reporta ao reconhecimento, pela equipe de saúde, das várias necessidades da pessoa usuária do sistema de saúde, relacionadas aos aspectos físico, psíquico e social. Requer a oferta de serviços preventivos e curativos (STARFIELD, 2004).

A coordenação da assistência compreende uma articulação entre os diferentes níveis assistenciais, com o objetivo de ofertar à pessoa usuária do sistema de saúde o conjunto de serviços e informações que contemplem suas necessidades de saúde. Isso requer a integração entre os diversos serviços de saúde de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados. A coordenação garante então o acesso, a

continuidade da atenção e o atendimento das necessidades de saúde como um todo.

No Brasil, uma das medidas para garantir a coordenação do cuidado é a organização do sistema em redes de atenção à saúde, cujo objetivo geral é assegurar à pessoa usuária do sistema de saúde, ações e serviços de forma efetiva, contínua, integral e humanizada (BRASIL, 2010b; MENDES, 2011).

A orientação familiar significa que se deve considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar (STARFIELD, 2004).

Orientação comunitária consiste no reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade, através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços (STARFIELD, 2004).

A Competência cultural se refere à adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma (STARFIELD, 2004).

3.4.1 Atenção Básica de Saúde no contexto brasileiro

No Brasil, várias iniciativas buscaram uma APS abrangente, iniciando pela Constituição Federal de 1988 que garante acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde a todos os cidadãos, mediante políticas sociais e

econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos. O artigo 198 desta Constituição ainda prevê a descentralização, o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade.

Esse foi o marco inicial para um sistema unificado de saúde que, em 1990, culminou com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), sendo a maior conquista do movimento sanitário brasileiro, pois consolidou uma nova consciência social de promoção de saúde. O SUS estabeleceu uma nova relação entre o Estado e a sociedade, garantindo pleno acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Apesar disso, ainda prevaleceram no Brasil, programas de atenção primária seletiva, como por exemplo o programa de agentes comunitários de saúde (PACS), implantado em 1991, cujo objetivo principal era combater e controlar a epidemia de cólera e diarreia com foco na reidratação oral e vacinação.

No entanto, o conceito de saúde, mundialmente aceito, como o resultado de múltiplas interferências, como o meio social, cultural e econômico, influenciou a reorganização dos serviços de saúde e a revisão de suas estratégias de intervenção em todo o mundo (STARFIELD, 2004). Nessa conjuntura, o Programa Saúde da Família surge no Brasil, em 1994, sendo o marco referencial para a consolidação da ABS brasileira, e em 1997 passa a ser denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF, como política pública, pressupõe práticas e princípios da APS e materializa o fazer e o pensar a saúde em um modelo voltado para a lógica de intervenção territorial. A ESF trabalha com o desafio de conduzir a inversão do modelo assistencial

por meio do trabalho em equipe multiprofissional, capaz de produzir cuidado longitudinal e integral para uma população (MENDES, 2012).

Pode-se afirmar que a ESF é a forma operacional da ABS no Brasil, sendo a personificação de uma APS abrangente. Desse modo, é a possibilidade concreta de operacionalização dos atributos da APS, discutidos anteriormente (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). A ESF, atuando de forma alinhada com os princípios do SUS, prevê o enfoque na família, adscrição territorial, atuação e responsabilização sanitária territorial, diagnóstico situacional, longitudinalidade, resolutividade, participação comunitária, planejamento e avaliação das ações, constituição de parcerias institucionais, intersectorialidade e promoção da cidadania (BRASIL, 2012).

A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de coresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2013b).

O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação e responsabilização são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção (BRASIL, 2013b).

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas, quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida (BRASIL, 2013b).

A Ordenação da Rede de Atenção à Saúde pressupõe que a Atenção Básica deve ser organizada como base da RAS, por sua capilaridade e lógica de trabalho, devendo possuir um papel chave na ordenação da RAS. Para isso, é necessário ter cobertura populacional adequada e alta capacidade de cuidado e de resolutividade. (BRASIL, 2013b).

A Gestão do Cuidado Integral em Rede se refere ao vínculo construído por uma atenção básica de fato resolutiva, humanizada e integral que permite o desenvolvimento gradativo da gestão do cuidado dos usuários pelas equipes, nos vários cenários e momentos de cuidado, inclusive quando a continuidade do cuidado requer o encaminhamento para outros pontos de atenção da RAS, momento em que a coordenação da atenção básica é decisiva.

O Trabalho em Equipe Multiprofissional considera que a diversidade e complexidade de situações com as quais a atenção básica lida, requer que se tenha/construa capacidades de análise e intervenção ampliadas diante das demandas e necessidades para a construção de uma atenção integral e resolutiva.

Partindo da premissa de que os atributos da APS abrangente somente seriam alcançados através de uma rede de cuidados articulada que envolvesse gestores e sociedade, a ESF buscou ainda, resgatar o caráter universalista da Declaração de Alma-Ata, enfatizando o papel de reorientação do modelo assistencial para um sistema universal e integrado de atenção à saúde, que engloba diferentes setores (BRASIL, 2006a). Para contrapor-se ao modelo de APS seletiva, o governo brasileiro passou a designar a Atenção Primária à Saúde como Atenção Básica de Saúde (ABS), sendo a forma estruturante de organização do modelo de atenção primária.

Neste contexto, em 2006, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde. O resultado, denominado “Pacto pela Saúde”, é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre União, Estados e Municípios, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão (BRASIL, 2006b).

Esse pacto resultou na promulgação, ainda em 2006, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e, posteriormente, sua atualização em 2012 (BRASIL, 2006d; BRASIL, 2012). A PNAB foi resultado da experiência acumulada de vários atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Na PNAB, o Ministério da Saúde assume um posicionamento claro sobre o que considera ABS:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de

abrançam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006d).

A ESF pode ser definida, então, como uma estratégia para a atenção básica de saúde na qual existe um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre as pessoas usuárias do sistema de saúde e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território. A ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Existem muitas evidências da contribuição de uma atenção primária abrangente no sistema de saúde. (STARFIELD, 2004; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005). Kringos et al (2010) revisaram 85 estudos, publicados entre 2003 e 2008, para a evidência de como a APS pode colaborar para a saúde das pessoas. Eles descobriram fortes

evidências de que a atenção primária à saúde contribui para o bom desempenho do sistema de saúde geral.

As evidências dos benefícios de sistemas de serviços de saúde voltados para a atenção primária abrangente têm sido tão convincentes que a Organização Mundial de Saúde concluiu, em 2008, que a política de todos os países deve manter o foco da saúde na APS, juntamente com os determinantes sociais da saúde. (STARFIELD, 2012).

Da mesma forma, existem evidências de que o nível de saúde das pessoas não está necessariamente associado aos gastos dos sistemas de saúde com os serviços prestados. Por outro lado, existe forte associação entre efetividade e equidade do sistema com forte orientação do serviço para a atenção primária. (STARFIELD, 2004).

No Brasil, a expansão da ABS é um dos fatores responsáveis por uma redução de aproximadamente 20% nas taxas de mortalidade referente às DCNT na última década, o que tem contribuído para um importante avanço na saúde dos brasileiros. (BRASIL, 2011a).

A compreensão dos benefícios da ABS sobre a saúde das pessoas somente foi possível pelos estudos avaliativos. Apesar de que a literatura, conforme já colocado, tenha poucos estudos experimentais, os estudos mostram que um sistema de saúde de qualidade pode melhorar a saúde. A maioria destes estudos foi realizada em países desenvolvidos e mais estudos precisam ser realizados para mostrar os reflexos da ABS na saúde das pessoas (MACINKO, STARFIELD, ERINOSHO, 2009). Por isso, estudos de avaliação em saúde, em especial estudos que avaliem a ABS, podem trazer ainda mais contribuições para a saúde das pessoas.

3.4.2 Avaliação da Qualidade do Cuidado na Atenção Básica de Saúde

A avaliação da qualidade do cuidado à saúde vem sendo uma preocupação tanto em instituições de saúde públicas quanto privadas. Inicialmente, avaliar era uma tarefa das instituições privadas com foco na redução de custos. Hoje, qualquer instituição, inclusive as públicas, pretende avaliar os resultados das suas propostas, garantindo, além da destinação de recursos para ações efetivas, também a eficiência das ações propostas (CALVO; HENRIQUE, 2006).

O modelo de avaliação, ainda muito referenciado na atualidade, foi descrito em 1980 por Donabedian, que considerou que a avaliação deveria estabelecer três componentes “estrutura-processo-resultado”. Nesta tríade, a avaliação da “estrutura” consiste na verificação do grau de organização dos serviços, considerando fatores como a hierarquização do atendimento, a padronização dos procedimentos, os sistemas de informação, a produção dos serviços, os recursos humanos, a estrutura física e os equipamentos. A avaliação de processo consiste em conhecer, supervisionar e garantir a qualidade do processo de prestação de serviços de acordo com padrões de excelência técnica. A sua execução envolve, por exemplo, auditoria de prontuários, supervisões periódicas, pesquisas de opinião pública, entre outras. Por sua vez, a avaliação do resultado consiste na estimação dos reflexos na saúde da população decorrentes das medidas implementadas e das alterações nos perfis epidemiológicos (CALVO; HENRIQUE, 2006).

Os indicadores de resultados são tradicionalmente utilizados em estudos epidemiológicos, medidas de qualidade de vida em geral,

avaliação da satisfação dos usuários, mudanças de comportamentos das pessoas e outras situações similares. Os resultados também podem ser avaliados, segundo os níveis de eficiência, eficácia e efetividade (SANTOS-FILHO, 2007).

No caso da avaliação da ABS, muitos aspectos devem ser levados em consideração. Avaliar a ABS no que tange às características de estrutura, processo de atenção e desfechos de saúde é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados prestados à população (TANAKA; MELO, 2004). A qualidade do cuidado prestado pela ABS tem sido foco de interesse internacional. Num estudo que revisou 36 artigos sobre o impacto da APS nos resultados de saúde em países de baixa e média renda, os autores apontaram que a eficácia dos cuidados primários de saúde está mais focada na saúde da criança, apesar de existirem evidências do papel positivo da APS na população em geral, ao longo do tempo (MACINKO; STARFIELD; ERINOSHIO, 2009). Embora a literatura seja carente de estudos experimentais rigorosos, Macinko, Starfield e Erinoshio (2009) afirmam, a partir da revisão de estudos observacionais, que uma abordagem integrada para a Atenção Básica de Saúde pode melhorar a saúde. A revisão traz diversas recomendações para futuros estudos, tais como: um foco em uma melhor conceituação e medição dos cuidados primários, mais investigações sobre as vantagens de uma APS abrangente, a necessidade de estudos que permitam testar o efeito independente dos cuidados primários sobre os resultados ao longo do tempo, e um quadro conceitual mais detalhado, guiando a concepção da avaliação global que coloca limites sobre os parâmetros em questão e descreva as relações

entre os diferentes níveis e tipos de dados que possam ser recolhidos no processo de avaliação.

O Brasil, também tem se preocupado com a qualidade do cuidado na ABS, fato que fez com que o Ministério da Saúde (MS) implementasse várias iniciativas centradas na qualificação da ABS. Nesse sentido, a partir de 2012, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de induzir a ampliação do acesso da população aos serviços, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção, além de investimentos no desenvolvimento dos trabalhadores da AB. O Programa está organizado em quatro fases que conformam um ciclo contínuo: fase 1 - adesão e contratualização; fase 2 - desenvolvimento; fase 3 - avaliação externa; e, fase 4 - recontratualização (BRASIL, 2013c). Até o momento, dois ciclos do PMAQ foram realizados e um terceiro ciclo está em andamento. Cada fase desse ciclo será detalhada a seguir.

Na fase 1, as equipes são incluídas no Programa mediante adesão da gestão municipal e contratualização de compromissos firmados entre as Equipes de Atenção Básica (EAB), gestores municipais e Ministério da Saúde;

A fase 2 consiste na etapa de desenvolvimento que prevê um conjunto de ações que devem ser empreendidas pelas equipes, gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Essa fase de desenvolvimento está organizada em quatro dimensões: 1 – Autoavaliação; 2 – Monitoramento; 3 – Educação

Permanente; e 4 – Apoio Institucional. Cada uma dessas dimensões da fase 2 será explicada.

A autoavaliação é uma importante estratégia de reflexão e debate sobre as necessidades de aprimoramento do processo de trabalho e serviço ofertado pela equipe de saúde, bem como, da infraestrutura disponível na UBS. Nesta etapa, as equipes utilizam algum instrumento para autoavaliação, seja o AMAQ (Avaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade), AMQ (Avaliação de Melhoria da Qualidade) ou outros instrumentos desenvolvidos pelo estado, pelo município ou pela própria equipe. O AMAQ, ofertado pelo Ministério da Saúde, foi construído a partir da revisão e adaptação de diversificadas ferramentas utilizadas e validadas nacional e internacionalmente. Cumpre destacar que a ferramenta ofertada pelo Ministério da Saúde pode ser combinada com outras ferramentas, cabendo aos gestores municipais e às Equipes de Atenção Básica definirem o uso do(s) instrumento(s) ou ferramenta(s) que se adéque(m) à sua necessidade e realidade (BRASIL, 2013b).

A autoavaliação corresponde a 10% da nota total da equipe no PMAQ e a atribuição desse percentual tem caráter dicotômico (sim ou não), sendo verificado somente se a autoavaliação foi realizada ou não, sem julgamento do mérito, observando-se concomitantemente a apresentação do documento comprobatório.

Quanto ao monitoramento dos indicadores, que corresponde a 20% da nota total da equipe no PMAQ, foi definido um conjunto de indicadores que pudessem ser acompanhados de forma sistemática. O acesso às informações possibilitam a avaliação dos dados agregados por equipe, utilizando-se do sistema de informação disponível, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), atualmente em processo de

mudança para o e-SUS. Neste processo, foram estabelecidos indicadores de desempenho, que mantêm relação com as principais áreas estratégicas da atenção básica: pré-natal, prevenção do câncer de colo de útero, saúde da criança, controle da hipertensão e do diabetes e saúde bucal. Esse sistema se encontra em fase de reestruturação.

A educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”. Pressupõe um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho. Envolve práticas que podem ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considera elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa).

O apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. No cotidiano do trabalho das Equipes de Atenção Básica, os profissionais enfrentam grandes desafios, tais como: trabalhar em equipe; acolher as demandas dos usuários; discutir casos complexos de modo a ampliar a clínica, dentre tantos outros. Neste contexto, o apoio institucional na saúde deve adotar como diretriz a democracia institucional, a autonomia dos sujeitos e a produção do cuidado integral, uma vez que o trabalho do apoiador envolve sempre a sua inserção em espaços coletivos, de maneira a permitir uma análise aprofundada dos aspectos de contexto que constroem a atuação dos profissionais, bem como o exercício de

autoanálise pelas equipes.

A terceira fase do PMAQ consiste na avaliação externa. Essa fase corresponde a 70% da nota total da equipe no PMAQ. Nessa fase, um grupo de avaliadores da qualidade, selecionados e capacitados previamente, aplicam instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão. São realizadas observações de infraestrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, entrevista com profissionais das equipes participantes, entrevista com usuários e verificação de documentos e de informações inseridas previamente no módulo eletrônico. Assim, pode-se considerar o preenchimento desse módulo como sendo o início do processo da avaliação externa que se completa na visita do avaliador da qualidade. Está organizada em quatro etapas:

- Observação da UBS com o objetivo de avaliar as características estruturais, ambiência, equipamentos, materiais, insumos e medicamentos disponíveis.
- Entrevista com profissional da equipe e verificação de documentos na UBS com o objetivo de verificar as ações para a qualificação dos profissionais da equipe, processo de trabalho e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.
- Entrevista com os usuários na UBS, visando verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.
- Módulo eletrônico que compõe um conjunto de informações complementares que devem ser respondidas

pelos gestores no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB), no *site* do Programa.

Na avaliação externa são verificados padrões de qualidade que estão organizados em cinco dimensões para as equipes de AB, conforme o quadro 3 a seguir.

Quadro 3 - Dimensões e subdimensões para avaliação externa

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO
Gestão municipal para desenvolvimento da atenção básica	Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe
	Apoio Institucional e Apoio Matricial para as Equipes de Atenção Básica
Estrutura e condições de funcionamento da Unidade Básica de Saúde	Funcionamento da Unidade de Saúde
	Características Estruturais, Ambiência e Sinalização da Unidade Básica de Saúde
	Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na Unidade de Saúde
	Informatização, Conectividade e telessaúde
	Medicamentos Componentes da Farmácia Básica
	Imunobiológicos na Unidade Básica Saúde
Valorização do trabalhador	Testes Rápidos na Unidade Básica Saúde
	Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica
	Educação Permanente
	Gestão do Trabalho: Garantia de Direitos Trabalhistas e Previdenciários e Perspectiva de Continuidade do Vínculo
Acesso e qualidade da atenção que considera aspectos da organização do processo de trabalho	Plano de Carreira e Remuneração Variável
	População de Referência da Equipe de Atenção Básica
	Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica
	Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica
	Organização dos Prontuários na Unidade Básica de Saúde

	Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade
	Acolhimento à Demanda Espontânea
	Saúde da Mulher e da Criança
	Saúde Mental
	Condições Crônicas (Obesidade, Tuberculose e Hanseníase)
	Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio
	Promoção da Saúde
	Participação do Usuário e Controle Social
	População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas
	Programa Saúde na Escola
	Práticas Integrativas e Complementares
Acesso, utilização e participação e satisfação do usuário	Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde
	Acolhimento à Demanda Espontânea
	Vínculo e Responsabilização
	Atenção à Saúde da Mulher, Gestante e Criança
	Condições Crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus)
	Satisfação e Participação do Usuário

Fonte: elaborado pela autora a partir da nota metodológica da certificação das equipes de atenção básica participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (BRASIL, 2013c)

3.4.2.1 Conceitos das Dimensões e Subdimensões do PMAQ-AB

Esses conceitos foram retirados da nota metodológica da certificação das equipes de atenção básica participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (BRASIL, 2013c).

Dimensão I – Gestão municipal para o desenvolvimento da atenção básica

Esta dimensão considera algumas ações da gestão da atenção básica para apoio às equipes de AB, assim como para a organização do processo de trabalho. É composta pelas subdimensões:

- Fortalecimento da Gestão Municipal da Atenção Básica (Perfil da Gestão) – Consiste na verificação da carga horária de dedicação dos profissionais da equipe de gestão para as Equipes de Atenção Básica do município, o tempo de atuação dos profissionais da gestão no município e dos profissionais de nível superior com formação complementar na área de saúde da família, saúde pública ou saúde coletiva.
- Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe – Verifica-se a existência de apoio às equipes de atenção básica para atividades de planejamento, autoavaliação e organização do processo de trabalho e, ainda, a disponibilização de informações e recursos que auxiliem as equipes na análise da situação de saúde.
- Apoio Institucional e Matricial – verifica se a equipe recebe apoio institucional permanente da gestão municipal, a participação e o vínculo do apoiador com equipe; e se recebe apoio matricial de outros profissionais.

Dimensão II - Estrutura e Condições de Funcionamento da Unidade Básica de Saúde

Esta dimensão considera as características estruturais da UBS, como também a disponibilidade de materiais e insumos para as equipes de AB. É composta pelas subdimensões:

- Características estruturais e de ambiência – se é divulgado aos usuários os serviços ofertados na UBS, escala de atendimento dos profissionais, telefone da ouvidoria; a presença de Totem e placa externos com sinalização da UBS; as características estruturais da UBS (ventilação, luminosidade, privacidade de alguns ambientes) conforme o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde.
- Horário de funcionamento da Unidade de Saúde – os turnos, dias e horário de atendimento ao público.
- Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos à gestão da Atenção à Saúde e à Saúde Bucal – condições de uso e quantidade de oitenta e três itens, como: aparelho de pressão adulto, balança antropométrica, régua antropométrica, estetoscópio adulto, fichas do SIAB, seringa e outros.
- Informatização, Conectividade e implantação do Telessaúde – a presença de equipamentos de informática (computador, impressora e outros), acesso à internet, realização de atividades ligadas ao telessaúde.
- Imunobiológicos e Testes Rápidos da Unidade Básica Saúde – a presença de imunobiológicos de acordo com

PNI e testes rápidos para gravidez, Sífilis, HIV foi avaliada a partir da verificação de sete subdimensões abaixo apresentadas.

- Medicamentos Componentes da Farmácia Básica – verificou-se a disponibilidade dos oitenta e cinco medicamentos alopáticos e os medicamentos ou plantas medicinais e/ou fitoterápicos (no caso do município disponibilizar), de acordo com a RENAME.
- Insumos para Práticas Integrativas e Complementares (PIC) – a existência desses insumos foram considerados as informações referentes às equipes que realizam PIC.

Dimensão III - Valorização do Trabalhador

Esta dimensão considera algumas questões fundamentais de atuação da gestão da atenção básica para qualificação das equipes e do vínculo de trabalho. As subdimensões que a compõe são:

- Tempo de Atuação e qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica (EAB) – Refere-se ao tempo de atuação dos profissionais da equipe (médico, enfermeiro, dentista) e os profissionais de nível superior da equipe com formação complementar na área de saúde da família, saúde pública ou saúde coletiva.
- Gestão do Trabalho – considera a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e perspectiva de continuidade do vínculo (forma de vínculo, estabilidade, garantias dos direitos e modo de ingresso).

- Plano de Carreira e Remuneração Variável – verifica se existe plano de carreira, se considera progressão por antiguidade, progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento e se há incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho.
- Educação Permanente – verifica se são ofertadas ações de qualificação para os profissionais da atenção básica como: cursos presenciais e à distância, atividades ligadas ao Telessaúde, atividades de tutoria/preceptorial e de acordo com as demandas e necessidades das equipes.

Dimensão IV – Acesso e Qualidade da Atenção que considera os aspectos da Organização do Processo de Trabalho das equipes

O processo de trabalho das equipes participantes do PMAQ é evidenciado por meio da análise das informações fornecidas por um profissional de nível superior das equipes de atenção básica na avaliação externa durante a entrevista com questionário do módulo II. Complementarmente a essas informações, utiliza-se as informações inseridas pelos gestores municipais e equipes no módulo IV (*on-line*). São considerados os aspectos de organização do processo de trabalho (Atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde e Coordenação e Continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde - RAS), com ênfase nos processos implantados nas seguintes subdimensões:

- Planejamento das ações da Equipe de Atenção Básica – verifica a realização de atividades de planejamento e planos de ação para acompanhamento do que foi

definido no planejamento e realização de monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde.

- Organização dos Prontuários e Informatização – a forma de organização dos prontuários, existência de modelo padrão para preenchimento da folha de identificação dos prontuários individuais e registro de informações como identificação do usuário (nome, sexo, idade), hipótese diagnóstica/problema ou condição e exames solicitados escritos com letra legível, presença de prontuário eletrônico.
- Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica – se a equipe possui uma agenda semanal de atividades e se esta programação é pactuada e compartilhada entre os profissionais que integram a equipe. Se a equipe se organiza para realizar visita domiciliar, atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde, reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames e outros.
- Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica – verifica-se o número de pessoas sob responsabilidade da equipe, adoção de critérios de risco e vulnerabilidade para sua definição e a área de abrangência da equipe.
- Acolhimento à Demanda Espontânea – questiona-se a existência de acolhimento implantado, a frequência com que ocorre. a realização da escuta. a utilização de

protocolo para o acolhimento, realização de atendimento de urgência, capacitação dos profissionais para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários, tempo de espera para o usuário ser atendido.

- Visitas domiciliares e cuidado no domicílio – verifica-se a realização de visitas domiciliares pela equipe; utilização de protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para visita domiciliar, de acordo com critérios de risco e vulnerabilidade; periodicidade, em particular, para famílias classificadas como de maior risco e vulnerabilidade, a realização de consulta/atendimento clínico e de procedimentos.
- **Atenção à Saúde** – as condições prioritárias para a Política Nacional de Atenção Básica: Saúde da Mulher (planejamento familiar, câncer de colo do útero e de mama, pré-natal, parto e puerpério), Saúde da Criança, acompanhamento de pacientes em condições crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus), Saúde Mental, Tuberculose e Hanseníase, Práticas Integrativas e Complementares e ações no âmbito da Promoção da Saúde e do Programa Bolsa Família. Foram verificadas, também, as ações de atenção à saúde em áreas específicas como: Saúde Bucal, Programa Saúde na Escola e Atenção à População Rural, Assentados e Quilombolas.
- Equipe de Atenção Básica como Coordenadora do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde, Ordenação e

Definição de Fluxos, Resolubilidade das Ações e Práticas Inovadoras – refere-se ao registro e encaminhamentos de usuário para consulta especializada, protocolos que orientem a priorização dos casos que precisam de encaminhamento, exames solicitados no pré-natal, para Câncer de Mama, para usuários com doenças transmissíveis e crônicas, a existência de central de regulação, documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal. E, ainda, a realização de vacinas do calendário básico, procedimentos/pequenas cirurgias na Unidade de Saúde, implantação de práticas que inovam e melhoram a qualidade do serviço.

Dimensão V – Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário

Para obter informações sobre essa dimensão, os usuários que utilizam o SUS e que estavam na UBS no momento da avaliação externa são convidados a participar da entrevista. São entrevistados quatro usuários por equipe, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado pelas universidades.

De acordo com o perfil do usuário as questões dos blocos específicos (mulher, pré-natal, criança, doenças crônicas) foram aplicadas por meio do questionário do Módulo III. Os blocos de saúde bucal e Práticas Integrativas e Complementares foram aplicados conforme o escopo de serviços ofertados da UBS. Fazem parte dessa dimensão, as sub dimensões:

- Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde – verifica as condições de acesso, considerando os aspectos de distância do domicílio até a unidade de saúde, facilidade para identificação dos lugares da unidade de saúde, adequação do horário de funcionamento às suas necessidades dos usuários, realização da marcação de consultas.
- Acolhimento à Demanda Espontânea – no acolhimento dos usuários: o tempo de espera, orientações recebidas, como é recebido e atendido pelos profissionais das equipes.
- Atenção Integral à Saúde, Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado – verifica-se a capacidade da EAB na resolução das necessidades/problemas dos usuários na própria Unidade de Saúde e questões relacionadas ao atendimento realizado pela equipe. Nessa subdimensão são valorizados aspectos ligados ao vínculo como: a facilidade dos usuários em falar com os profissionais para sanar dúvidas após as consultas, o acompanhamento dos usuários faltosos e o respeito aos usuários. Nessa subdimensão são consideradas as mesmas condições prioritárias para a Política Nacional de Atenção Básica (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Doenças Crônicas e outros) presentes na dimensão IV, subdimensão de atenção à saúde.
- Satisfação e Mecanismos de Participação do Usuário - questões que podem afetar a qualidade das ações

ofertadas aos usuários, satisfação em relação ao cuidado que o usuário e seus familiares recebem da equipe, sobre as instalações da unidade de saúde, disponibilidade de mecanismos para reclamação, sugestão e/ou denúncia.

Uma vez definida as dimensões, subdimensões e perguntas é necessário atribuir peso/relevância para cada um desses componentes. O resultado final é uma nota para cada pergunta, levando em consideração a combinação dos pesos/relevâncias atribuídos.

A última fase contempla a certificação das equipes participantes do PMAQ estruturada em três eixos de avaliação, cada uma delas correspondendo a um peso na nota total: I) autoavaliação (10%); II) monitoramento dos indicadores (20%); e III) avaliação externa (70%).

De acordo com a Portaria GM/MS n. 535, de 03 de abril de 2013, a partir da avaliação externa, as equipes serão classificadas em quatro categorias:

- Desempenho insatisfatório: quando a equipe não cumprir com os compromissos previstos na Portaria GM/MS n. 1.654, de 19 de julho de 2011, e assumidos no Termo de Compromisso celebrado no momento da contratualização no PMAQ e as diretrizes e normas para a organização da atenção básica previstas na Portaria GM/MS n. 2.488, de 21 de outubro de 2011;
- Desempenho mediano ou abaixo da média: considerando a distribuição da Curva de Gauss, 50% (cinquenta por cento) das equipes, classificadas com os menores desempenhos, serão consideradas com o desempenho mediano ou abaixo da média;

- Desempenho acima da média: considerando a distribuição da Curva de Gauss, 34% (trinta e quatro por cento) das equipes, classificadas com desempenho intermediário, serão consideradas com o desempenho acima da média; e,
- Desempenho muito acima da média: considerando a distribuição da Curva de Gauss, 16% (dezesesseis por cento) das equipes, classificadas com os maiores desempenhos, serão consideradas com o desempenho muito acima da média.

Todas as equipes participantes recebem uma avaliação de desempenho geral que considera o somatório de desempenho na autoavaliação, monitoramento dos indicadores e avaliação externa e ainda uma avaliação no desempenho de cada subdimensão da avaliação externa.

Como tem se buscado, cada vez mais, a avaliação dos resultados alcançados pela ABS, o PMAQ possui modelos de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde, com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários (BRASIL, 2013b).

3.5 QUALIDADE DO CUIDADO NA ABS E ADESÃO AO TRATAMENTO DAS PESSOAS COM DM2: QUAIS AS RELAÇÕES ENVOLVIDAS?

A qualidade do cuidado na Atenção Básica de Saúde (ABS) é fundamental para a população como um todo e em especial para as pessoas com condições crônicas já que estas necessitam de um cuidado contínuo e permanente. Dentro deste contexto, o cuidado às pessoas com DM2 deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, tendo sua base na ABS.

Recomenda-se que de 60 a 80% dos casos de DM sejam tratados na ABS, porém é necessário que o atendimento seja resolutivo e de qualidade (PAIVA, BERSUS, ESCUDER, 2006). A vinculação da pessoa com DM2 às Unidades Básicas de Saúde (UBS), a garantia do diagnóstico e o atendimento por profissionais atualizados e o maior contato com o serviço de saúde objetiva a promoção de maior adesão ao tratamento, evitando complicações ou, ao menos, retardando a progressão das já existentes (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde tem elaborado Políticas de Saúde que visam à melhoria da qualidade da assistência às pessoas com DM. Estes programas preconizam o atendimento através de protocolos estabelecidos com base cientificamente comprovada. Todos estes Programas enfatizam a importância da ABS no sentido da prevenção dos fatores de risco, controle da doença e de suas complicações.

Entre os fatores intervenientes na adesão ao tratamento entre pessoas com DM2 relacionados ao sistema de saúde, destaca-se a falta de resolutividade no atendimento que redundam em falta de credibilidade

nos serviços e peregrinação dos indivíduos por outros serviços para conseguirem cumprir o regime terapêutico (SOARES et al, 2014).

A forma como o profissional de saúde interage com as pessoas com DM2 e as desigualdades de acesso a insumos e aos serviços de saúde concorrem para a redução da adesão ao tratamento, pois coadunam para insatisfação com a assistência prestada e, por conseguinte, menor motivação para o seguimento das orientações e cuidados a serem dispensados (SOARES et al., 2014). A assiduidade do usuário aos serviços de saúde também pode estar comprometida devido a problemas relacionados ao horário de funcionamento dos serviços, à falha no acolhimento e na abordagem (SCHMIDT, 2011; SOARES, SADIGURSKY, SOARES, 2011). A melhoria da qualidade da assistência na ABS é uma preocupação na saúde pública mundial, posto que traz consequências importantes para o sucesso do tratamento e para a redução de danos (PAIVA, 2006).

Na ESF, o cuidado prestado às pessoas com DM2 deve ser integral, longitudinal e com ações integradas entre os profissionais e também com os outros níveis de atenção, para a manutenção e/ou recuperação da saúde. Salci, Meirelles e Silva (2017) realizaram uma avaliação qualitativa da atenção à saúde desenvolvida na Atenção Primária à Saúde (APS) às pessoas com diabetes mellitus e encontraram dentre outras, fragilidades na integralidade do cuidado e na articulação entre os profissionais. Campos et al (2016) evidenciaram, também num estudo qualitativo, que dentre os fatores que dificultavam a adesão ao tratamento entre pessoas com DM2, alguns eram relacionados à organização do processo de trabalho na ABS.

Os estudos qualitativos mencionados são muito importantes para estabelecer as relações entre a adesão ao tratamento em pessoas com DM2 e aspectos da qualidade dos serviços de saúde, mas, estes mesmos estudos apontam a necessidade de mais elucidação destas evidências. Os aspectos da qualidade do cuidado prestado pelas equipes da ESF associados à adesão ao tratamento, bem como as interações desses aspectos com as questões individuais e sociais envolvidas no tratamento das pessoas com DM2, merecem ser mais explorados. Diante disso, este estudo foi proposto.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 O PENSAMENTO COMPLEXO

Ao afirmar que “É preciso reagrupar os saberes para buscar a compreensão do universo” (MORIN, 2011), o pensamento complexo de Edgar Morin, já pode ser justificado para o uso nesta tese. Diante da multidimensionalidade da adesão ao tratamento entre pessoas com DM2 e da complexidade nela envolvida, olhar esse fenômeno com a lente da complexidade permite enxergar o holograma nele envolvido, o que será mais detalhado durante esse texto.

A complexidade é um ramo da filosofia descrito originalmente nas ciências naturais e físicas entre o século XIX e início do século XX, difundindo-se mais tarde, para as mais diversas áreas do conhecimento. Atualmente, existem muitos autores que se dedicam a estudar a complexidade cabendo destacar, entre outros: Murrria Gell-Mann, Cristopher G Langton, W. Brian Arthur, Stuart A. Kauffman, Jack D. Cowan, Niklas Luhmann e Edgar Morin (MORENO, 2002). Edgar Morin, no entanto, é considerado o "fundador da ciência da complexidade" na Europa, tendo, de fato, a obra mais extensa e mais profunda no que se refere à temática da epistemologia da complexidade (BOCCHI; CERUTI, 2007).

De acordo com o pensamento complexo de Edgar Morin, a palavra complexidade tem sua origem na palavra *complexus* que significa "aquilo que é tecido em conjunto" (MORIN, 2011 p.13). Esse é o real significado utilizado pela teoria, ou seja, bem diferente do que é

reconhecido pelo senso comum, no qual complexo, se refere a tudo aquilo considerado como difícil, complicado, imbricado e confuso.

Para melhor compreender a complexidade, é necessário descrever o paradigma da simplificação. Edgar Morin enfatiza que a disjunção, a redução e a abstração são princípios que caracterizam o paradigma de simplificação, que contribui para fragmentação do conhecimento em disciplinas. Esses princípios são próprios da ciência clássica, e ligados uns aos outros, levam a uma concepção simplificadora do universo (físico, biológico, antropossocial). A universalização dos saberes, a redução do conhecimento a suas partes, o isolamento e a separação do objeto de estudo de seu ambiente são contradições no ato de produzir o conhecimento (MORIN, 2011).

Para exemplificar a ineficiência do pensamento especializado na compreensão do todo, Morin cita as ciências econômicas, que há anos procuram solucionar questões importantes, fundamentando-se exclusivamente na matemática e na lógica. Dessa maneira, os economistas se isolaram do resto das ciências humanas e se esqueceram da influência dos sentimentos, dos medos e dos desejos no processo econômico. Isso mostra o quanto se aprendeu a separar. O pensamento tem sido conduzido pela disjunção e redução, buscando-se a explicação de um todo através da constituição de suas partes e eliminando o problema da complexidade. O pensamento disjuntivo e redutor tem sido imposto às pessoas desde a infância, desenvolvendo-se na escola e na universidade (MORIN, 2010). Com o passar dos tempos, as teorias se restringiram a estudos por área e a complexidade das questões do homem tem sido pouco compreendida (MORIN, 2011).

Morin, no entanto, destaca que novos horizontes podem ser observados com o surgimento de ciências que reagrupam disciplinas, tratando os assuntos através de diversos ângulos. Cita como exemplo, a cosmologia, que vem misturando astrofísica, microfísica e uma série de reflexões filosóficas.

Desse modo, através do pensamento complexo, Morin procura restituir um "conhecimento que se encontra adormecido", reagrupando unidade e diversidade (MORIN, 2010). O pensador francês propõe a hierarquização e a organização do saber no pensamento contemporâneo. Deve-se contextualizar cada acontecimento, pois as coisas não acontecem separadamente.

A lógica da Complexidade faz uma torção em diversos sustentáculos do pensamento cartesiano, subverte a lógica da ordem do conhecimento, denuncia a imprevisibilidade do saber e da relação com a vida, derruba as fronteiras entre produtor e produto, causa e efeito para construir um saber aberto à experimentação (MORIN, 2010).

O Pensamento Complexo tem suas raízes em diversas teorias, sendo imerso na Teoria Sistêmica, cujo precursor foi Ludwig Von Bertalanffy, a partir dos anos de 1950. A Teoria Sistêmica busca uma nova compreensão científica da vida em todos os níveis dos sistemas vivos, entre eles orgânicos, sociais e ecossistemas. Traz uma nova percepção da realidade, com implicações para além da ciência e da filosofia, abrangendo atividades cotidianas, comerciais, políticas, educacionais, o que também inclui as relacionadas à área da saúde (MORIN, 2011).

A Teoria Sistêmica compreende um campo quase universal, uma vez que toda a realidade conhecida pode ser concebida como

sistema, desde o átomo até a galáxia, passando pela molécula, a célula, o organismo e a sociedade (MORIN, 2011). Na visão sistêmica, a compreensão dos problemas emergentes não pode ser analisada isoladamente ou sob um único foco. Eles devem ser interpretados dentro de um olhar sistêmico, o que significa que estão interligados e são interdependentes de um contexto, a fim de compreender as múltiplas dimensões que os envolvem. Assim, os sistemas vivos são considerados sistemas abertos pois, fazem trocas de matéria/energia com o exterior, ou seja, dependem de uma alimentação externa material/energética, organizacional/informacional. Os sistemas fechados, por sua vez (como uma pedra, uma mesa), estão em estado de equilíbrio, sem trocas de matéria/energia com o exterior.

Assim, cada sistema cria suas próprias determinações e as suas próprias finalidades sem perder a harmonia com os demais sistemas com os quais interage. A complexidade do real foi ignorada pela visão científica “clássica” que leva aos determinismos, excluindo a individualidade e a autonomia das pessoas e dos grupos. (MORIN, 2010). No entanto, é possível resgatar os conceitos de autonomia e de sujeito, para eliminar a ideia da visão tradicional da ciência, no qual tudo é determinismo. Onde assim é, não há sujeito, não há consciência, não há autonomia. Assim, cada pessoa, como sujeito, é autônoma e dependente. A complexidade não afasta a clareza, a ordem e o determinismo, mas considera que os mesmos são insuficientes na pesquisa do universo (MORIN, 2011).

Os sistemas são unidades complexas organizadas, compostas por partes que devem ser concebidas não só em função do todo, mas também em isolamento, pois cada parte possui a sua própria

irreduzibilidade. Desse modo, as partes podem ser eventualmente mais do que o todo e o todo menos ou mais do que a soma das suas partes. Portanto, a organização, associada à ideia de sistema e ordem, pode ser produtora de uma unidade complexa, que liga, transforma, mantém ou produz componentes, indivíduos e acontecimentos (MORIN, 2010).

Morin (2010) considera que essa noção de ordem ultrapassa o antigo determinismo, segundo o qual ela era a regente de todas as coisas do universo e, por isso, constituía-se como a única verdade existente. O autor defende que a ordem está ligada à ideia de interações responsáveis pela organização de um sistema, as quais geram repetição, constância e certa invariância. A desordem, seguindo essa mesma linha de pensamento, não se opõe à ordem, mas coopera com ela para criar organização, pois a imprevisibilidade representada pela desordem conduz a um permanente processo de desorganização e reorganização, ou seja, a desordem e as contradições estão presentes em todos os fenômenos e nas relações entre eles e não podem ser negadas.

O pensamento complexo articula o mundo das ideias com o da vida prestando conta do despedaçamento e das mutilações do saber e do fazer. A complexidade faz parte da ciência e da vida cotidiana. É no cotidiano que a pessoa utiliza suas diversas identidades, que acompanham seus diversos papéis sociais, tornando-os um excelente exemplo de intensa complexidade (MORIN, 2011).

O pensamento complexo focaliza o conhecimento multidimensional, mas reconhece que o conhecimento completo é impossível. Assim, a complexidade gera a aspiração pela completude e não por um saber total. Quando se está pesquisando, pensando, analisando o complexo, nunca se atingirá a completude, sempre restará

uma dúvida, interações e questões a serem processadas. Sendo o saber completo inatingível, o complexo fará sempre parte do universo. Desse modo, a aspiração à totalidade é uma busca intensa da verdade, e ao se deparar com a impossibilidade da totalidade, já se estará confrontando com uma verdade muito importante, porque “a totalidade é simultaneamente verdade e não verdade”. Assim, a complexidade é o desafio e não a resposta (MORIN, 2011). Nesse contexto, o conhecimento, para Morin (2008), comporta a possibilidade de responder a incertezas.

Para reforçar o entendimento da complexidade do real, o autor, estrutura os macroconceitos destacando que “nas coisas mais importantes, os conceitos não se definem pelas suas fronteiras, mas a partir de seu núcleo” (MORIN, 2011, p. 72) e a partir destes, aborda os três princípios que facilitam o entendimento da complexidade: 1. princípio dialógico que garante a sobrevivência e a reprodução para a continuidade da espécie; 2. princípio de recursão organizacional no qual o sistema aberto permite que produtor e produto sejam um só; 3. princípio holográfico no qual a mais infinitesimal parte contém todos os elementos do todo (MORIN, 2011).

Ao avaliar uma realidade complexa com embasamento do Pensamento Complexo, torna-se possível compreender as diversas dimensões que envolvem a realidade. Favorecendo a possibilidade de confrontar ordem/desordem, parte/todo, singular/geral, colocando-se diante do tempo e do fenômeno, inseparáveis do contexto histórico e social. Isso porque o pensamento sistêmico é contextual, o que é o oposto do pensamento analítico. A análise significa isolar alguma coisa a fim de entendê-la, enquanto o pensamento sistêmico significa colocá-

lo no contexto de um todo mais amplo (CAPRA, 2006).

Para ajudar a pensar a complexidade, Morin (2010) destaca sete princípios básicos, complementares e interdependentes entre si:

- Sistêmico ou organizacional, que liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, sendo este igualmente menos que a soma das partes, cujas qualidades são inibidas pela organização do conjunto.
- Hologramático, que põe em evidência este aparente paradoxo das organizações complexas, em que não apenas a parte está no todo, como o todo está inscrito na parte. Assim, cada célula é uma parte de um todo, o organismo global, mas também o todo está na parte. Como exemplos: a totalidade do patrimônio genético está presente em cada célula individual; a sociedade está presente em cada indivíduo, enquanto todo, através de sua linguagem, sua cultura, suas normas.
- Circuito retroativo, que permite o conhecimento dos processos autorreguladores. Rompe com o princípio da causalidade linear: a causa age sobre o efeito, e o efeito age sobre a causa.
- Circuito recursivo, que ultrapassa a noção de regulação com as de autoprodução e auto-organização. É um circuito gerador em que os produtos e os efeitos são, eles mesmos, produtores e causadores daquilo que os produz. Os indivíduos humanos produzem a sociedade nas interações e pelas interações, mas a sociedade, à medida

que emerge, produz a humanidade desses indivíduos, fornecendo-lhes a linguagem e a cultura.

- Autonomia/dependência (autoeco-organização), conforme o qual os seres vivos são seres auto-organizadores, que não param de se autoproduzir e, por isso mesmo, dependem energia para manter sua autonomia. Como têm necessidade de retirar energia, informação e organização de seu meio ambiente, sua autonomia é inseparável dessa dependência; é por isso que precisam ser concebidos como seres autoeco-organizadores. Vale especificamente para os humanos – que desenvolvem sua autonomia na dependência de sua cultura – e para as sociedades – que se desenvolvem na dependência de seu meio geológico.
- Dialógico, que une dois princípios que na concepção tradicional, um excluiria o outro, mas que aqui são considerados indissociáveis numa mesma realidade. Dessa forma, concebe-se uma dialógica ordem/desordem/organização desde o nascimento do universo.
- Reintrodução do conhecimento em todo conhecimento, que opera a restauração do sujeito e revela o problema cognitivo central: da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, em uma cultura e época determinadas.

Nesse sentido, o paradigma da complexidade surge como um desafio, uma possibilidade de reflexão e uma alternativa para escapar do

pensamento redutor (que só vê os elementos) e do global (que vê apenas o todo), reconhecendo que a simplificação é necessária, mas que precisa ser relativizada. Ele comporta as imperfeições, as incertezas, as contradições e o reconhecimento do irreduzível, propondo uma relação dialógica entre ordem/desordem/organização (MORIN, 2011).

Assim, o autor busca uma compreensão dos limites de qualquer teoria e a disposição para articular diversas teorias de forma sistêmica, recursiva, dialógica, retroativa, holográfica, transdisciplinar e reflexivamente. Vale ressaltar que não há especificamente uma teoria da complexidade, mas uma complexificação da concepção mutilante de teoria, ou seja, a teoria torna-se um ponto de partida, não mais de chegada, uma vez que ela representa a possibilidade de tratar um problema e não a solução do mesmo (BOEIRA; KOSLOWSKI, 2009).

Sendo a complexidade um tecido de constituintes heterogêneos que engloba o paradoxo do uno e do múltiplo e um tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem um fenômeno, é possível transpor essas possibilidades para a temática deste estudo. Segundo Morin (2011), num primeiro olhar, a complexidade é um fenômeno quantitativo, pelas suas inúmeras quantidades de interações e interferências entre um número muito grande de unidades. Porém, ela não compreende apenas essas quantidades, mas também as incertezas, indeterminações, fenômenos aleatórios, entre outros de ordem qualitativa.

Desse modo, para não incorrer na contradição da simplificação e redução de um fenômeno tão complexo como a adesão ao tratamento entre pessoas com DM2, deu-se a escolha pelo embasamento teórico desta tese no Pensamento Complexo. Pode-se pressupor a complexidade

que envolve a adesão das pessoas com DM2 ao tratamento, e dos demais sistemas que direta ou indiretamente a influenciam. Compreendendo a adesão ao tratamento entre pessoas com DM2 como um sistema aberto no qual cabem os conceitos da incerteza, ordem, desordem, complexidade, auto-organização buscou-se um paradigma científico que procurasse ressaltar as ações, interações e retroações que envolvem a adesão ao tratamento da pessoa com DM2 e o seu mundo interior e exterior.

A pessoa com DM2, é produto e produtor de uma sociedade e de um sistema de saúde, que estão diretamente associados ao significado que ela atribui ao tratamento, sendo levada à adesão ou não. A pessoa com DM2 sofre influências de todo esse contexto, ao mesmo tempo em que o influencia. Acredita-se, desse modo, que diante dos múltiplos aspectos que envolvem a adesão ao tratamento entre pessoas com DM2, a complexidade ajudará a explicar as interações e interferências entre as pessoas com DM2 e os contextos individuais, sociais e do sistema de saúde, bem como as incertezas e indeterminações a que se pode chegar nessa temática.

5 METODOLOGIA

Esta pesquisa foi realizada através de métodos mistos do tipo sequencial explanatório.

O método misto significa a utilização de duas ou mais *estratégias*, quantitativa e/ou qualitativa dentro de um único projeto de pesquisa (CRESWELL, 2010). Assim, os métodos mistos se referem a um único estudo que utiliza *estratégias* múltiplas ou mistas para responder às questões de pesquisa e/ou testar hipóteses.

Os problemas de pesquisa adequados aos métodos mistos são aqueles nos quais uma fonte de dados pode ser insuficiente ou os resultados precisam ser explicados ou os achados exploratórios precisam ser generalizados ou um segundo método é necessário para melhorar um método primário ou uma postura teórica necessita ser empregada, ou ainda, um objetivo geral da pesquisa pode ser mais bem tratado com fases ou projetos múltiplos.

Quatro aspectos importantes permeiam o planejamento dos procedimentos para métodos mistos: distribuição do tempo, atribuição do peso, a combinação e a teorização (CRESWELL, 2010).

A distribuição do tempo leva em consideração, se os dados qualitativos e quantitativos serão coletados e analisados em fases (sequencialmente) ou ao mesmo tempo (concomitantemente). Quando os dados são coletados e analisados em fases, a definição de quais vêm primeiro depende da intenção inicial do pesquisador. Por exemplo, os dados qualitativos são coletados e analisados primeiramente quando a intenção é explorar o tópico com os participantes. Depois, o pesquisador expande o entendimento por meio de uma coleta com uma população ou

amostra representativa da mesma. Quando dados quantitativos e qualitativos são coletados e analisados concomitantemente, a implementação é simultânea (CRESWELL, 2010).

A atribuição de peso se refere à prioridade da pesquisa quantitativa ou qualitativa no estudo. Assim, as duas abordagens podem ter o mesmo peso ou, pode-se enfatizar uma ou outra, de acordo com os interesses do pesquisador ou do público ao qual se destina a pesquisa (CRESWELL, 2010).

A combinação compreende o modo como os dados são mixados, ou seja, significa estabelecer se os dados qualitativos e quantitativos serão realmente fundidos, ou serão mantidos separados, ou ainda, se estarão de algum modo combinados (CRESWELL, 2010).

Quanto à teorização, os pesquisadores possuem teorias, hipóteses ou estruturas norteadoras em suas investigações, e tais teorias podem estar explicitadas ou implícitas e não mencionadas (CRESWELL, 2010).

Para facilitar a comunicação entre pesquisadores de métodos mistos, utilizam-se um conjunto de letras abreviadas e símbolos que representam estes aspectos da pesquisa, denominados notações. No que se refere à atribuição de peso ou prioridade, as principais notações utilizadas são as letras maiúsculas “QUAN”, que significa que o método quantitativo é priorizado no projeto, e “QUAL” significa que o método qualitativo é priorizado no projeto; e as letras minúsculas “quan” revela que os dados quantitativos são secundários em relação aos dados qualitativos, e “qual” indicando que os dados qualitativos são secundários em relação a dados quantitativos.

No que se refere à distribuição do tempo, utilizam-se os

símbolos mais “+” para indicar que os métodos ocorrem simultaneamente, a seta “→” que os métodos ocorrem sequencialmente, o parênteses () indicando que um método está incorporado dentro do projeto e o sinal de igual “=” que significa o propósito para misturar os métodos.

A partir da definição destes quatro aspectos, o pesquisador seleciona cuidadosamente um projeto, que melhor se compatibilize com o problema de pesquisa e com as razões para a mistura, dentro da tipologia apresentada no quadro 4.

Quadro 4 - Tipologias de métodos mistos

Tipo de método misto	Características	Notação	Resultados
Paralelo convergente	Os elementos quantitativos e qualitativos são implementados concomitantemente. Os dois elementos têm igual ênfase e os resultados dos elementos separados convergem.	QUAN + QUAL	Convergem
Sequencial explanatório	Os elementos quantitativos e qualitativos são implementados em sequência, sendo os métodos quantitativos primeiro e com maior ênfase. Os métodos qualitativos se seguiram para ajudar a explicar os resultados quantitativos.	QUAN → qual =	Se explicam
Sequencial exploratório	Os elementos quantitativos e qualitativos foram implementados em sequência, sendo o método qualitativo primeiro e com maior ênfase. Os métodos quantitativos se seguiram	QUAL → quan =	Se generalizam

	para avaliar a extensão em que os dados qualitativos iniciais se generalizam para uma população.		
Incorporada concomitante	O elemento qualitativo foi incorporado dentro de um projeto quantitativo maior. O elemento qualitativo melhora a condução e o entendimento dos elementos quantitativos.	QUAN (+ qual) =	O elemento incorporado melhora os resultados.
Transformativo	Dependendo dos contextos específicos pode-se usar quaisquer dos quatro procedimentos anteriores apresentados. A diferença é que o paradigma transformativo é que a lente teórica tem uma influência invasiva.		Empregam melhor uma postura teórica
Multifásico	Combina aspectos sequenciais e simultâneos e são mais comuns em grandes projetos fundamentados que têm muitas questões sendo investigadas.		Entendem um objetivo da pesquisa por meio de múltiplas fases da pesquisa

Fonte: elaborado pela autora a partir de Creswell (2013)

Assim, dentro da tipologia apresentada, este estudo foi do tipo sequencial explanatório. Deste modo foram realizados neste estudo:

(1) uma pesquisa quantitativa que analisou os fatores relacionados à qualidade do cuidado na Atenção Básica de Saúde associados à adesão ao tratamento entre pessoas com Diabetes Mellitus do tipo 2, em um município de médio porte do sul do país;

(2) uma pesquisa qualitativa que compreendeu o significado da adesão de pessoas com diabetes mellitus do tipo 2 ao tratamento no contexto da Atenção Básica de Saúde, estabelecendo as relações/interações entre fatores individuais, sociais e do sistema de saúde.

A utilização dos métodos mistos neste estudo se justificou porque, dada a complexidade dos fatores envolvidos na adesão ao tratamento das pessoas com DM2, existe uma necessidade de explicar os resultados quantitativos com um segundo método. A associação das variáveis relacionadas à “adesão ao tratamento” e à “qualidade do cuidado prestado às pessoas com DM2 na ABS” na fase quantitativa, pode proporcionar um entendimento incompleto desta relação, pois apesar da importância do sistema de saúde na adesão ao tratamento, existem outras variáveis associadas à adesão que precisaram ser exploradas na fase qualitativa a fim de explicar os dados quantitativos.

5.1 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA QUANTITATIVA

5.1.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo transversal. Os estudos descritivos estão dentro da ampla gama de estudos não experimentais, que têm como propósito observar, descrever e documentar aspectos de uma situação. Os estudos descritivos buscam ainda descrever relações entre as variáveis, sem tentar inferir conexões causais. A intenção não é explicar nem compreender as causas subjacentes das variáveis de interesse (POLIT; BECK, 2011).

Os modelos transversais envolvem a coleta de dados em determinado ponto temporal. Todos os fenômenos estudados são contemplados durante um período de coleta de dados. Esses modelos mostram-se apropriados para descrever o estado de fenômenos ou relações entre fenômenos em um ponto fixo (POLIT; BECK, 2011).

5.1.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em quatro UBS do Município de São José, que fica localizado na região metropolitana de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina. A escolha se baseou em ser o município de trabalho e experiência da autora principal, ao interesse dos gestores locais, e à alta cobertura da ESF, tendo 100% das UBS neste modelo de atenção e também 100% das equipes participantes do PMAQ-AB.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2016, a população de São José era de 209.804 habitantes, o que o destaca como o quarto município mais populoso de Santa Catarina. Contava neste mesmo ano com uma rede de serviços na ABS composta por 41 equipes da ESF, distribuídas em 19 UBS (Areias, Barreiros, Bela Vista, Colônia Santana, Fazenda, Forquilhas, Forquilha, Ipiranga, Luar, Morar Bem, Picadas do Sul, PROCASA, Roçado, Santos Saraiva, Serraria, Sertão, Sede e Zanellato), todas elas com modelo de atenção da ESF, e 2 Policlínicas, totalizando 21 unidades divididas em quatro distritos sanitários: norte, sul, leste e oeste (PREFEITURA DE SÃO JOSÉ, 2015).

Cada equipe da Estratégia de Saúde da Família é constituída por 01 médico, 01 enfermeiro, 02 auxiliares de enfermagem e aproximadamente 06 Agentes Comunitários de Saúde, além de médicos pediatras, ginecologistas e clínicos, totalizando em média 510 profissionais que atendem nas Unidades Básicas.

No ano de 2015 foram realizadas 147 mil e 925 consultas médicas nas 19 UBS. No que se refere à atuação dos enfermeiros nas UBS, destaca-se o seu papel como coordenadoras de UBS, além das

enfermeiros assistenciais atendendo em suas áreas de abrangência. Destaca-se ainda um acréscimo de 21,5% nas consultas do Enfermeiro da Saúde da Família, realizando pré-natal, puericultura, atendimentos a hipertensos, diabéticos, exames ginecológicos preventivos, atendimentos a idosos, entre outros serviços, totalizando 21 mil e 919 consultas de enfermagem no ano.

O quadro 5 apresenta as 19 UBS do município, identificadas como letras, com o total de pessoas com DM atendidas em cada uma delas.

Quadro 5 - Número total de pessoas com DM cadastradas por UBS, no município de São José, 2015

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
216	260	208	341	62	154	72	448	113	298	399
L	M	N	O	P	Q	R	S	TOTAL		
444	238	229	165	281	64	419	435			

Fonte: Dados fornecidos pela prefeitura de São José, 2015.

Legenda:

Letras de A a S: UBS do município pesquisado

Pessoas com diabetes cadastradas por UBS

UBS que atenderam aos critérios de inclusão

Dentre as UBS do município, foram selecionadas para o estudo 04 UBS, sendo duas melhores avaliadas e duas piores avaliadas de acordo com o desempenho geral apresentado no segundo ciclo do PMAQ.

O critério de escolha para as melhores avaliadas foi: possuir pelo menos duas equipes de ESF, possuir todas as equipes com avaliação de desempenho geral do PMAQ “Muito Acima da Média”. Se mais de duas equipes preenchessem os critérios de inclusão seria escolhida aquela com maior número de pessoas com DM cadastradas

Para as piores avaliadas: possuir pelo menos duas equipes de ESF sendo pelo menos uma “Abaixo da Média”. O critério de exclusão era possuir equipes com avaliação “Muito Acima da Média”.

Assim foram selecionadas as UBS que serão aqui denominadas pelas letras K, M, N e R. As UBS K e R são as melhores avaliadas e as UBS M e N são as piores avaliadas. Essas UBS possuem ao todo 10 equipes da ESF, sendo 05 pertencentes às duas UBS melhores avaliadas e 05 pertencentes às 02 UBS piores avaliadas.

O quadro 6 apresenta a distribuição das 41 equipes da ESF do município divididas por UBS e distrito e o desempenho geral de cada equipe, segundo a avaliação do segundo ciclo do PMAQ. As equipes estão identificadas pelos números 01 a 41.

Quadro 6 - Distribuição das Equipes de ESF por UBS, por Distrito e Desempenho geral segundo a avaliação do segundo ciclo do PMAQ. São José, 2016.

DISTRITO	UBS	ESF*	PMAQ **
N O R T E	L	13, 14, 15, 20	(MA, A, A, MA)
	C	24,27	(A, A)
	O	29	(AB)
	G	30	(AB)
	M	19, 28	(A, AB)
S U L	B	40	(MA)
	S	22, 36, 37	(A, A, A)
	D	10, 11, 12	(MA, MA, A)
	R	38, 39	(MA, MA)
L E S T E	H	25, 26, 41	(MA, A, MA)
	F	31,32,33	(MA, A, MA)
	A	34, 35	(A, A)
	N	17, 18, 23	(A, AB, A)
O E S T E	I	01	(A)
	P	02, 05	(MA, MA)
	K	03, 08, 09	(MA, MA, MA)
	J	06, 07	(A, MA)
	E	21	(A)
	Q	04	(MA)

Fonte: PMAQ, São José, 2016

Legenda:

Letras de K, M,N, R: UBS participantes do estudo

* número da equipe da ESF

**Desempenho Geral da equipe na avaliação do segundo ciclo do PMAQ sendo: MA(Muito Acima da Média)/ A (Acima da Média)/AB (Mediano ou abaixo da média)

5.1.3 Participantes do estudo

Através dos dados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), atualmente em fase de substituição pelo e-SUS, no ano de 2015, o município teve cadastradas 4.875 pessoas com DM. Destas, 1.314 pessoas estavam cadastradas nas quatro UBS selecionadas, constituindo a população deste estudo.

A figura 4 apresenta o número total de pessoas com Diabetes cadastradas no município de São José.

Figura 4 - Número total de pessoas com Diabetes cadastradas no município de São José. 2015

① INFORMAÇÕES DE SAÚDE	DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS
② AJUDA	③ NOTAS TÉCNICAS
DATASUS	

► SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA - SITUAÇÃO DE SAÚDE - SANTA CATARINA

Diabetes Cadastrar segundo Município
Município: 421660 São José
Período: Dez/2015

Município	Diabetes Cadastrar.
TOTAL	4.875
421660 São José	4.875

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB
Consulte o site da [Secretaria Estadual de Saúde](#) para mais informações.

Estratégias de recrutamento: A amostra foi intencional, pois se desejava entrevistar as pessoas que realmente utilizam as UBS em estudo, e sabe-se que muitas pessoas cadastradas na UBS a procuram somente para a retirada da insulina e das seringas fornecidas a todos

localizados no cadastro das UBS e/ou nas agendas de consultas médicas e de enfermagem disponíveis nas UBS, através da orientação dos coordenadores de cada UBS e das equipes da ESF. Quando as pessoas com DM2 vinham à UBS para a consulta com médico e/ou enfermeiro, o convite era feito de forma verbal por um dos pesquisadores, na sala de espera, enquanto elas aguardavam atendimento ou encaminhamento pelo médico que as atendia. Neste momento, eram agendadas as entrevistas na UBS ou na residência da pessoa, de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Se a pessoa tivesse disponibilidade, a entrevista era realizada no mesmo momento. Foram também realizados convites através de cartazes afixados na recepção, farmácia e sala de curativo, explicando o objetivo da pesquisa. Outra estratégia utilizada foi encaminhar cartas convite às pessoas com DM2, através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e aqueles que aceitassem participar eram agendados pelos próprios ACS. No dia do agendamento, o ACS encaminhava os pesquisadores até a casa da pessoa com DM2.

Os critérios para inclusão dos participantes era: ser usuário dos serviços disponibilizados nas UBS selecionadas para o estudo, ter mais que 18 anos, possuir diagnóstico de DM2 há mais de 01 ano.

Em relação aos critérios de exclusão, foram considerados: pessoas com DM2 acamadas e que não tinham condições de realizar as atividades de autocuidado questionadas no instrumento, gestantes e pessoas com DM1.

5.1.4 Tamanho da amostra

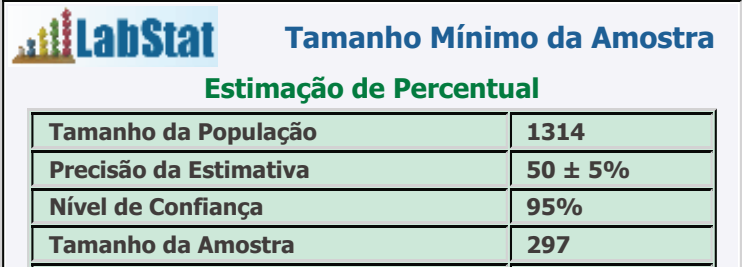
O tamanho da amostra foi calculado a partir do número total de pessoas com DM cadastradas nas 04 UBS, com estimativa de 50% e

nível de confiança de 95%. Este cálculo resultou numa amostra mínima de 297 pessoas.

Assim, a amostra foi constituída por 329 pessoas com DM2 usuárias dos serviços da ABS nas 04 UBS selecionadas para o estudo.

O cálculo foi feito no SEstatNet, que é um ambiente virtual de estatística. O SEstatNet disponibiliza e aplica procedimentos de descrição, estimação, testes de hipóteses e modelos de regressão para variáveis qualitativas e quantitativas. A figura 5 mostra o cálculo do tamanho da amostra.

Figura 5 - Cálculo de amostra do estudo, segundo Sestatnet



The image shows a screenshot of the SEstatNet software interface. At the top left is the 'LabStat' logo, which consists of a bar chart with four bars of increasing height in red, yellow, green, and blue, followed by the text 'LabStat' in a blue sans-serif font. To the right of the logo, the text 'Tamanho Mínimo da Amostra' is displayed in a large, bold, blue font. Below this, the text 'Estimação de Percentual' is shown in a bold, green font. The main content is a table with a light green background and black borders, containing four rows of data. Each row has a label on the left and a numerical value on the right.

Tamanho Mínimo da Amostra	
Estimação de Percentual	
Tamanho da População	1314
Precisão da Estimativa	50 ± 5%
Nível de Confiança	95%
Tamanho da Amostra	297

Fonte: NASSAR, 2016

Ainda no SEstatNet, a amostra foi estratificada de acordo com o número total de pessoas com DM cadastradas por equipe da ESF, conforme a figura a seguir.

Figura 6 - Cálculo da amostra estratificada proporcional ao número de pessoas com DM cadastradas em cada equipe da ESF, São Jose, 2016

LabStat		Amostragem	
Estratificada : proporcional			
Número de estratos : 10			
Tamanho total da amostra : 297			
População			
Estrato 1 :	166		
Estrato 2 :	253		
Estrato 3 :	175		
Estrato 4 :	124		
Estrato 5 :	100		
Estrato 6 :	28		
Estrato 7 :	100		
Estrato 8 :	101		
Estrato 9 :	77		
Estrato 10 :	190		
Resultados:			
Estrato : 1		Tamanho da amostra = 37	
7	12	14	16
17	23	31	33
40	48	58	68
78	80	84	87
90	92	103	106
109	119	122	123
124	129	141	144
145	149	150	153
155	158	161	163
165			
Estrato : 2		Tamanho da amostra = 57	
1	6	10	16
17	19	21	22
25	28	29	33
40	46	59	62
63	67	77	82
87	93	98	101
105	106	109	110
112	116	126	133
135	136	137	140
142	151	152	155
159	160	162	166
169	170	175	177
186	189	197	199
202	203	214	221
239			
Estrato : 3		Tamanho da amostra = 40	
12	19	25	29
30	37	38	39
44	45	47	49
50	55	56	60
62	63	65	72
74	76	80	82
85	86	91	93
99	107	121	123
126	130	144	145
146	155	157	164
Estrato : 4		Tamanho da amostra = 28	
3	17	19	21
24	26	27	29
31	33	41	42
51	58	66	70
75	79	83	88
91	92	95	102
111	114	118	119
Estrato : 5		Tamanho da amostra = 23	
6	12	14	19
21	22	23	24
25	26	28	32
46	51	63	68
69	72	74	82
88	92	96	
Estrato : 6		Tamanho da amostra = 6	
7	12	16	25
26	27		
Estrato : 7		Tamanho da amostra = 23	
1	7	18	22
24	31	38	43
45	54	58	64
66	67	68	69
70	77	78	80
82	83	87	
Estrato : 8		Tamanho da amostra = 23	
1	14	15	22
25	28	31	32
34	45		
Estrato : 9		Tamanho da amostra = 17	
2	4	5	8
20	29	31	42
44	48	49	55
62	64	72	73
76			
Estrato : 10		Tamanho da amostra = 43	
3	20	23	26
29	36	37	42
46	47	51	55
59	61	66	68
81	88	91	93
98	106	107	109
114	118	122	126
129	132	138	139
142	144	147	149
158	162	176	179
180	184	186	

Fonte: NASSAR, 2016

A tabela a seguir mostra o número total de pessoas com DM2 participantes da pesquisa por equipe da ESF.

Tabela 1 - Número de participantes da pesquisa por equipe de ESF. São Jose, 2017

Equipe	Número Total de Pessoas com DM****	com DM2 participantes da pesquisa	Amostra Estratificada segundo o SestatNet*
03	175	44	40
08	100	26	23
09	124	29	28
17	101	23	23
18	100	28	23
19	77	32	17
23	28	27	08***
28	190	32	43**
38	253	55	57
39	166	33	37**
TOTAL	1314	329	299

Fonte: Elaborado pela autora

Legenda: *<http://www.sestatnet.ufsc.br/cgi-bin/AmEstrat.cgi>

** Equipes em que o número mínimo da amostra não foi alcançado, mesmo com todas as estratégias de recrutamento (isto pode ser pelo fato de muitas pessoas cadastradas de UBS terem o DM do tipo 1 ou não serem encontradas em casa)

*** Quando o número mínimo da amostra era muito baixo, optou-se por coletar dados até que aquele extrato ficasse semelhante ao dos pares para que o extrato não tivesse um número muito pequeno de pessoas com DM2.

**** O número total de pessoas com DM por equipe foi fornecido pelos coordenadores das UBS, uma vez que os dados disponibilizados só continham o número total por UBS.

5.1.5 Coleta de dados

Após a localização das pessoas com DM2 e do preenchimento dos critérios de inclusão, estes foram esclarecidos sobre a pesquisa, pelos pesquisadores. Aqueles que aceitavam participar eram conduzidos à sala destinada à coleta de dados ou recebiam a visita de um dos pesquisadores em dia e horário agendados. Após, era entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3), o qual era

lido em voz alta por um dos pesquisadores, sendo solicitada a assinatura do mesmo. Assim, as entrevistas aconteceram na UBS ou na residência da pessoa, de acordo com a disponibilidade/preferência do participante da pesquisa.

As entrevistas realizadas na UBS aconteceram individualmente em consultório disponibilizado pelos coordenadores de cada UBS. As entrevistas nas casas das pessoas eventualmente tinham a presença de algum familiar.

As entrevistas se realizaram até atingir o número mínimo da amostra calculada para cada equipe da ESF de cada UBS. As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora e por uma aluna do curso de Graduação em Enfermagem, bolsista PIBIC e membro do Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica (NUCRON), treinada previamente pela pesquisadora principal.

Coletaram-se os dados nos meses de setembro de 2016 a fevereiro de 2017. As pesquisadoras permaneciam no campo de segunda a sexta-feira, das 07,30h às 16h, ora disponíveis para a demanda espontânea, ora disponíveis para a realização das entrevistas agendadas. O tempo de permanência em cada UBS foi de aproximadamente 45 dias, tempo que se levou para coletar o número mínimo de entrevistas desejadas. O tempo médio de duração de cada entrevista foi de 15 minutos.

5.1.6 Medidas

Variáveis sociodemográficas e clínicas: sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, tempo de doença, tempo de

tratamento para o DM, presença de comorbidades, frequência de utilização da UBS, tipos de serviços utilizados na UBS, utilização de serviços privados/conveniados de saúde (Apêndice 1).

Questionário de Atividades de Autocuidado com o diabetes (QAD): O Questionário avalia a adesão ao tratamento das pessoas com DM. Trata-se da versão brasileira do “*Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire*” (SDSCA).

5.1.6.1 Sobre o QAD

O Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes tem autoria de Toobert e Glasgow (2000) e foi validado no Brasil por Michels et al (2010). O questionário avalia a adesão ao tratamento em pessoas com DM a partir de quinze itens divididos em seis dimensões: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidados com os pés e uso da medicação. Há ainda, três itens referentes ao tabagismo. Em cada item do instrumento, com exceção daqueles referentes ao tabagismo, a pessoa deve recordar os seus comportamentos de autocuidado durante os 7 dias anteriores. O escore dos itens usa uma escala de 0-7 e para cada item a média do número de dias é calculada. Valores mais próximos de sete indicam adesão mais desejável. O instrumento não fornece um escore geral de adesão. É usada como uma medida contínua (Anexo 1).

No entanto, Boas et al (2011), propuseram em seu estudo, que o mais desejável é que a pessoa tenha seguido as recomendações de cada um dos itens durante pelo menos cinco dias da semana. Assim, neste trabalho, cada item também foi categorizado como mais desejável (5-7 dias) e como menos desejável (0-4 dias).

PMAQ: Foram utilizados dados secundários oriundos do segundo ciclo do PMAQ referentes à avaliação das equipes da Estratégias Saúde da Família (ESF), aderidas ao programa no município de São José. Estes dados foram referência para avaliação da qualidade do cuidado prestado na ABS.

5.1.6.2 Sobre o PMAQ

Foram considerados para a análise, nesta tese, os resultados de desempenho geral e de subdimensões específicas da avaliação externa no segundo ciclo do PMAQ, de cada equipe da ESF participante do estudo. A avaliação externa, conforme já explicitado na fundamentação teórica, é composta por cinco dimensões, mas somente duas delas foram consideradas como objetos de análise nesta tese, por terem relação com os objetivos do estudo, conforme detalhado a seguir.

A dimensão “Gestão municipal para desenvolvimento da atenção básica” é composta pelas subdimensões: ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe; e apoio institucional e apoio matricial para as equipes de atenção básica. Esta dimensão não foi analisada nesse trabalho.

No que se refere à “Estrutura e condições de funcionamento da Unidade Básica de Saúde” que atenta para as características estruturais da UBS e também da disponibilidade de materiais e insumos para as equipes de AB, foram consideradas para análise: Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na Unidade de Saúde e Medicamentos Componentes da Farmácia Básica. Não foi possível comparar as equipes na subdimensão Medicamentos Componentes da Farmácia Básica, pois todas as equipes foram classificadas como “equipe acima da média”. As

subdimensões Funcionamento da Unidade de Saúde; Características Estruturais, Ambiência e Sinalização da Unidade Básica de Saúde; Informatização, Conectividade e telessaúde; Imunobiológicos na Unidade Básica Saúde e Testes Rápidos na Unidade Básica Saúde não foram consideradas para análise, pois não faziam parte dos objetivos do trabalho.

A dimensão Valorização do trabalhador considera algumas questões fundamentais de atuação da gestão da atenção básica para qualificação das equipes e do vínculo de trabalho e é composta pelas subdimensões: Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica; Educação Permanente; Gestão do Trabalho: Garantia de Direitos Trabalhistas e Previdenciários e Perspectiva de Continuidade do Vínculo; Plano de Carreira e Remuneração Variável. Esta dimensão não foi analisada nesse trabalho.

A dimensão Acesso e qualidade da atenção que contempla aspectos da organização do processo de trabalho se refere ao processo de trabalho das equipes participantes do PMAQ. Foram consideradas para análise as subdimensões: População de Referência da Equipe de Atenção Básica; Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica; Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica; Organização dos Prontuários na Unidade Básica de Saúde; Coordenação, cuidado, Rede de atenção, resolutividade; Condições Crônicas e Obesidade; Visita domiciliar e cuidado realizado em domicílio; Promoção de saúde; Participação do usuário controle social. As subdimensões: População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas e Programa Saúde na Escola também compõem esta dimensão, mas não foram objetos de análise nesta pesquisa.

A dimensão Acesso, utilização e participação e satisfação do usuário está relacionada com a satisfação do usuário. Essa dimensão condiz com a perspectiva do usuário. Compõe esta dimensão as subdimensões: Acesso à marcação de consulta na Unidade de Saúde; Acolhimento à demanda espontânea; Vínculo e responsabilização; Condições Crônicas (HAS e DM); Satisfação e participação usuário. Nesta dimensão não foi possível estabelecer comparações já que todas as equipes tiveram a mesma classificação, sendo Muito Acima da média em Acolhimento demanda espontânea; Acima da Média em Acesso à marcação de consulta, Condições Crônicas e Satisfação usuário; e abaixo da média em Vínculo e responsabilização.

5.1.7 Análise dos dados

Após a coleta de dados, os formulários foram sucessivamente conferidos, duplamente digitados no Excel. O banco de dados finalizado continha as informações sociodemográficas, os escores de adesão e as informações originadas do PMAQ. A análise foi realizada por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 (IBM Corp., Armonk, Estados Unidos).

Para o Manuscrito 1, as variáveis relacionadas à adesão foram calculadas como médias e desvios-padrão, conforme preconizado no instrumento. A distribuição normal dos dados foi verificada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Nas comparações entre os três grupos “Muito acima da média”, “Acima da Média” e “Abaixo da Média” foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, com *post hoc*.

Para o Manuscrito 2, os escores de cada dimensão da adesão

al (2011), o mais desejável é que a pessoa tenha seguido as recomendações de cada uma das dimensões durante pelo menos cinco dias da semana. Assim, foram consideradas como mais desejável de 5-7 dias e como menos desejável 0-4 dias. Para os subitens consumo de gorduras e consumo de doces foi considerado como mais desejável de 0-2 dias e menos desejável de 3-7 dias.

Na análise descritiva foi verificado a frequência absoluta e relativa (variáveis categóricas) e medidas de posição e dispersão dos dados (variáveis numéricas). As variáveis de adesão ao tratamento foram associadas com as variáveis sociodemográficas e clínicas e com as variáveis do PMAQ através do teste qui-quadrado. Para verificar a razão de chances (OR) dos pacientes apresentarem adesão desejável, foi utilizada regressão logística binária bruta e ajustada. Para a análise ajustada foram consideradas as variáveis idade, sexo e tipo de tratamento. Para verificar a qualidade do ajuste nos modelos de regressão foi utilizado o teste de Hosmer-Lemeshow. Foi adotado intervalo de confiança de 95%.

5.2 PERCURSO METODOLÓGICO DA ETAPA QUALITATIVA

5.2.1 Tipo de estudo

Esta etapa do estudo foi direcionada pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), utilizando a vertente construtivista proposta por Charmaz (2009). Como esta etapa foi parte de um estudo misto e secundária a etapa quantitativa, ela foi realizada para explicar os

pela primeira desde a escolha dos participantes até a elaboração das questões norteadoras. Destarte, pretendeu-se compreender a adesão ao tratamento de uma forma mais abrangente levando em consideração os aspectos individuais, sociais e do serviço de saúde nela envolvidos do ponto de vista qualitativo, admitindo a experiência e o vivido.

5.2.2 Local do estudo

Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de São José, sendo selecionadas as mesmas da primeira etapa. A ideia não era separar estes participantes por UBS, assim como na primeira etapa, mas compreender a adesão ao tratamento como um todo e os aspectos a ela relacionados.

5.2.3 Participantes do estudo

Fizeram parte dessa etapa do estudo pessoas com DM2 atendidas em quatro UBS selecionadas. Critérios de inclusão dos participantes:

- Ter mais de 18 anos;
- Ter DM2 há mais de um ano;
- Ter participado da etapa quantitativa do estudo.

Critérios de exclusão:

- Gestantes e pessoas com DM1.

5.2.3.1 Estratégia de recrutamento

Foi adotada uma amostragem intencional. De acordo com Polit e Beck (2011), na amostragem intencional os pesquisadores escolhem

informação do estudo. Os pesquisadores qualitativos se esforçam para selecionar membros da amostra de maneira propositada, com base nas necessidades de informações que emergem das descobertas iniciais.

As pessoas com DM2 foram convidadas a participar do estudo, a partir da etapa quantitativa, ou seja, ao coletar os dados na primeira etapa do estudo. A pesquisadora identificava as pessoas mais acessíveis ou melhores informantes para descrição do fenômeno na etapa qualitativa.

Assim, se aceitavam participar da etapa qualitativa, já prevista no termo de consentimento livre e esclarecido, a pessoa passava o seu contato telefônico. Quando se iniciou a etapa qualitativa, essas pessoas foram contatadas e agendadas as entrevistas na UBS ou na residência da pessoa de acordo com a disponibilidade e preferência.

5.2.3.2 Número de participantes

Na TFD a amostra não se forma *a priori*, mas no decorrer do estudo, seguindo as lacunas da teoria emergente, coletando dados de sujeitos e contextos que apresentam características sobre as quais a teoria emergente ainda é fraca até “saturar” as categorias (TAROZZI, 2011). Dessa forma, os participantes da pesquisa foram elencados a partir da realização do estudo por meio da composição de grupos amostrais com indivíduos que tenham experiências relevantes em relação ao fenômeno em investigação.

Para definição do primeiro grupo amostral, levou-se em consideração, os dados analisados na primeira etapa que evidenciaram que, apesar de haver relação da adesão ao tratamento com a qualidade do cuidado prestado na ABS, alguns aspectos da adesão são mais

consolidados entre as pessoas com DM2, independente da equipe(s) da ESF pela qual são atendidos. Assim, tendo como hipótese de que as pessoas com DM2 que aderem ao tratamento encontram significados distintos para fazê-lo, que vão além do cuidado prestado na ABS, formou-se o primeiro grupo amostral composto por pessoas com DM2 aderentes ao tratamento. A adesão foi mensurada pelo instrumento quantitativo utilizado na primeira etapa, no qual se considerou como aderido aqueles que faziam as práticas recomendadas no instrumento pelo menos 05 dias da semana. A pergunta inicial foi: “Fale-me sobre o significado do tratamento do diabetes para você?”, que originou outros questionamentos acerca do tema (Apêndice 2). As pessoas com DM2 deste grupo amostral foram identificadas pela letra E de entrevistado seguido pelo número da entrevista de 01 a 12.

O quadro 7 mostra as características dos componentes deste grupo amostral.

Quadro 7 – Grupo amostral 1: Pessoas com DM2 que aderem ao tratamento. São José, 2017.

Identificação	Sexo	Idade	Tempo de Doença (anos)	Complicação do DM2	Tratamento	Profissão
E1	F	64	04	Glaucoma, HA	HO	Atendente em supermercado
E2	F	83	40	Não	HO	Aposentada
E3	F	64	12	Não	HO	Costureira
E4	F	64	20	Neuropatia	HO	Aposentada
E5	M	83	04	Não	HO	Aposentado
E6	F	61	02	Não	HO	Agente de saúde
E7	F	55	12	Não	HO	Agente de saúde
E8	F	63	13	AVC	HO+ Insulina	Aposentada
E9	F	63	11	HA	HO	Dona de casa
E10	M	63	03	HA, amputação pododáctilo	HO+ Insulina	Aposentado
E11	F	69	30	Não	HO+ Insulina	Pensionista
E12	M	61	10	Não	HO	Corretor de imóveis

Fonte: elaborado pela autora

Ao final das análises das entrevistas realizadas no primeiro grupo amostral, chegou-se à hipótese de que existiria uma diferença no significado do tratamento entre aqueles que aderiam e aqueles que não aderiam ao tratamento. Definiu-se então, o segundo grupo amostral, composto por pessoas com DM2 que não aderiam ao tratamento, mensurado pelo instrumento quantitativo da primeira etapa. Foi realizada a mesma pergunta do grupo amostral 1, acrescidas de questões referentes às dificuldades e estratégias para seguir o tratamento. As pessoas com DM2 deste grupo amostral foram identificadas pela letra E de entrevistado seguido pelo número da entrevista de 13 a 24, conforme apresentado no Quadro 8.

Quadro 8 - Grupo amostral 2: pessoas com DM2 que não aderem ao tratamento. São José, 2017.

Identificação	Sexo	Idade	Tempo de Doença (anos)	Complicação do DM2	Tratamento	Profissão
E13	F	38	08	Não	HO+ Insulina	Desempregada
E14	F	46	04	Não	HO	Dona de casa
E15	F	49	08	Não	HO	Faxineira
E16	F	51	10	Retinopatia diabética, neuropatia	HO+ Insulina	Aposentada
E17	F	52	04	Não	HO	Massoterapeuta
E18	F	77	02	Não	HO	Aposentada
E19	F	90	05	Coronarianas/ Neuropatia	HO	Aposentada
E20	F	69	05	Não	Insulina	Aposentada
E21	M	67	20	AVC, Cardiopatia grave	HO	Aposentado
E22	F	63	12	Amputação pododactilo /sequela de AVC	HO+ Insulina	Aposentada
E23	M	54	10	Sequela AVC	HO+ Insulina	Aposentado
E24	F	66	05	Sem complicação	HO	Microempresária

Fonte: elaborado pela autora

Após a análise das entrevistas dos dois primeiros grupos amostrais, a partir da população estudada se evidenciou a hipótese de que a adesão ao tratamento entre as pessoas com DM2 é um processo no qual o sistema de saúde oferece um forte apoio. Assim, para buscar dados que corroborassem e/ou redirecionassem tal hipótese foi composto o terceiro grupo amostral formado por profissionais das equipes da ESF que atendem essas pessoas com DM2. Neste terceiro

“pessoas com DM2 para você no que se refere à promoção da adesão ao tratamento?” Os profissionais foram identificados pela letra P de profissional seguido pelo número da entrevista.

Quadro 9 - Grupo amostral 3: profissionais de saúde da ESF que atendem as pessoas com DM2

Identificação	Profissão	Tempo de formação (anos)	Idade
P25	ENFERMEIRA	03	33
P26	ENFERMEIRA	10	34
P27	EDUCADOR FISICO	14	38
P28	EDUCADOR FISICO	14	35
P29	MEDICA	25	50
P30	AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	30	55
P31	AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	25	50

Fonte: elaborado pela autora

Desse modo, participaram desse estudo 31 pessoas divididas em três grupos amostrais. Ao final da coleta de dados, com o terceiro grupo amostral, julgou-se que saturação teórica dos dados foi alcançada, não sendo necessária a busca de novas informações para sustentar o fenômeno encontrado.

5.2.4 Coleta de dados

Duas técnicas foram utilizadas para a coleta de dados: entrevista intensiva e observação. A coleta de dados por meio de múltiplas fontes é incentivada em estudos que utilizam a TFD como uma estratégia para reconstruir de forma mais fidedigna a experiência dos sujeitos como representações de uma realidade objetiva (BANDEIRA-DE-MELO; CUNHA, 2006).

A observação consistiu em detectar comportamentos, atitudes, situações reais vivenciadas pela pesquisadora, que chamassem a atenção, passassem uma mensagem, produzissem reflexões acerca do fenômeno investigado. As observações realizadas não seguiram um roteiro sistematizado, mas dado o longo tempo de permanência da pesquisadora no campo, muitas situações mereceram ser descritas e posteriormente analisadas. As observações realizadas eram anotadas manualmente, diariamente, em um diário de campo e depois transcritas no editor de texto *Microsoft Office Word*®. Os documentos oriundos das transcrições foram exportados para o *software* para análise de dados qualitativos *Atlas Ti*® versão 1.0.45 para Mac (licença n. 110271462), onde foi realizado o processo de codificação deste material que fez parte do trabalho .

As entrevistas intensivas foram realizadas pela pesquisadora. Antes da entrevista, a pesquisadora levava o termo de consentimento, já assinado na primeira etapa e o lia novamente. Com o consentimento da pessoa, era então realizada a entrevista.

Para realização da entrevista, utilizou-se um roteiro (Apêndice 2), em que foram feitas questões para explorar o significado do tratamento atribuído pelas pessoas com DM2, as estratégias utilizadas para aderir a ele e o significado do sistema de saúde nesta adesão. Para os profissionais, buscou-se o significado do cuidado às pessoas com DM2. Tanto as entrevistas realizadas nas residências das pessoas com DM2 quanto as realizadas na UBS foram feitas individualmente. As entrevistas com os profissionais foram realizadas na UBS. Todas elas foram realizadas pela pesquisadora principal. O tempo de entrevista variou de 30 a 80 minutos, tendo em média 40 minutos de duração.

5.2.5 Análise dos dados

As entrevistas foram áudio gravadas em gravador digital, transcritas no editor de texto *Microsoft Office Word*®. As transcrições foram realizadas pela pesquisadora principal, por uma aluna do curso de Graduação em enfermagem, bolsista PIBIC, e por uma aluna do curso de doutorado em enfermagem, todas elas são membros NUCRON.

Os documentos oriundos das transcrições foram exportados para o *software* para análise de dados qualitativos Atlas Ti, versão 1.0.45 para Mac (licença n. 110271462), onde foi realizado o processo de codificação e organização dos dados. A codificação foi feita pela pesquisadora principal.

À medida que os dados eram coletados, procedeu-se à análise dos mesmos, pois na TFD, a análise ocorre concomitante à coleta de dados. Os dados obtidos por meio das observações e das entrevistas foram analisados conjuntamente.

A análise dos dados foi realizada em duas fases principais: a primeira consistiu na codificação inicial e a segunda, na codificação focalizada de acordo com o proposto por Charmaz (2009).

5.2.5.1 Primeira fase: codificação inicial

Para CHARMAZ (2009) a etapa da codificação inicial deve ser feita com palavras que reflitam a ação. Pode ser feito palavra por palavra, linha a linha, incidente por incidente.

Neste estudo, esta etapa envolveu um trabalho atento e minucioso no qual se codificou cada incidente em quantos códigos foram possíveis, utilizando palavras no gerúndio que refletissem a ação. Assim os

códigos ou “*codes*”, como denominado no *software*, eram obtidos a partir da análise linha a linha das entrevistas, buscando compreender os dados a partir dos significados e das experiências dos participantes da pesquisa, o que é o proposto por CHARMAZ (2009).

Alguns dos questionamentos utilizados para examinar cada entrevista foram: o que é isso? O que representa? O que está acontecendo aqui? A figura 7 exemplifica a codificação inicial realizada.

Figura 7- Codificação linha a linha com exemplos de códigos iniciais atribuídos. Atlas TI

The screenshot displays the ATLAS.ti software interface. At the top, the menu bar includes options like File, Edit, Document, Quotation, Code, Memo, Network, Analysis, Tools, View, Window, Help, and a search icon. Below the menu, the 'Documents' pane shows a list of 31 documents, with 'ENTREVISTA_14.F_64_04.docx' selected. The main workspace shows the content of this document, which is a Portuguese text about diabetes treatment. Several lines of text are highlighted in yellow, and each highlight is associated with a specific code from a list on the right. The code list includes 'ENTREVISTA_14.F_64_04.docx', '1 ENTREVISTA_01.US_24.docx', '2 ENTREVISTA_02.LF_45_05.docx', '3 ENTREVISTA_03.F_64_12.docx', '4 ENTREVISTA_04.LF_61_20.docx', '5 ENTREVISTA_05.LF_49_08.docx', '6 ENTREVISTA_06.F_61_02.docx', '7 ENTREVISTA_07.LF_55_12.docx', '8 ENTREVISTA_08.LF_77_02.docx', '9 ENTREVISTA_09.LF_69_05.docx', '10 ENTREVISTA_10.LF_83_12.docx', '11 ENTREVISTA_11.F_68_30.docx', '12 ENTREVISTA_12.LF_61_10.docx', '13 Entrevista_13.F_38_08.docx', '14 ENTREVISTA_14.F_64_04.docx', '15 ENTREVISTA_15.F_84_50.docx', '16 ENTREVISTA_16.F_51_10.docx', '17 ENTREVISTA_17.F_52_04.docx', '18 ENTREVISTA_18.LF_43_04.docx', '19 ENTREVISTA_19.F_50_05.docx', '20 ENTREVISTA_20.LF_63_06.docx', '21 ENTREVISTA_21.LF_67_20.docx', '22 ENTREVISTA_22.LF_53_08.docx', '23 ENTREVISTA_23.LF_55_03.docx', '24 ENTREVISTA_24.LF_65_06.docx', '25 ENTREVISTA ENFERMEIRO 2.pdf', '26 ENTREVISTA ENFERMEIRO 2.pdf', '27 ENTREVISTA EDUCADOR FISICO...', '28 ENTREVISTA EDUCADOR FISICO...', '29 ENTREVISTA MEDICA.pdf', '30 ENTREVISTA ACSJ.pdf', and '31 ENTREVISTA ACSJ.pdf'. The text in the workspace includes phrases like 'P: Fale-me sobre o significado do tratamento para o diabetes para você?', 'E: É evitar muitas coisas assim que podem fazer mal à saúde.', and 'P: E o tratamento, qual o significado dele para você?'. The interface also shows a 'Code' pane on the right with various codes and their descriptions, such as 'Significando a doença', 'Seguindo uma alimentação sa...', and 'Eu sempre me cuidei, independ...'. The bottom of the window shows the system tray with icons for volume, network, and battery status.

Fonte: ATLAS TI

5.2.5.2 Segunda fase: codificação focalizada

Na fase seletiva e focalizada, os códigos mais significativos e/ou frequentes foram agrupados por suas similaridades e diferenças conceituais, formando categorias nomeadas provisoriamente com nomes mais abstratos que sintetizavam e explicavam um segmento maior de dados. Assim, dentro do *software*, segmentos de texto (“*quotations*”) foram comparados, e ao comparar dados com dados foram desenvolvidos os códigos focais. Os códigos foram agrupados em grupos conforme mostra a figura 8.

Figura 8 - Grupos de codificação inicial que se transformaram nas categorias, a partir do *software* Atlas TI.

The screenshot shows the ATLAS.ti software interface. The main window displays a list of codes grouped by 'Nothing'. The table below represents the data shown in the screenshot.

Name	Comment	Creator	Creation Date	Modifier	Modification Date
ADAPTANDO-SE A ALIMENTACAO		Simara Suplicy	25 de mai de 20...	Simara Suplicy	31 de mai de 2017
ADAPTANDO-SE A ATIVIDADE FISICA		Simara Suplicy	25 de mai de 20...	Simara Suplicy	31 de mai de 2017
ADAPTANDO-SE AO TRATAMENTO		Simara Suplicy	25 de mai de 20...	Simara Suplicy	29 de mai de 2017
ADAPTANDO-SE AO TRATAMENTO ME...		Simara Suplicy	25 de mai de 20...	Simara Suplicy	31 de mai de 2017
BUSCANDO AJUDA ESPECIALIZADA		Simara Suplicy	29 de mai de 20...	Simara Suplicy	29 de mai de 2017
BUSCANDO APOIOS		Simara Suplicy	25 de mai de 20...	Simara Suplicy	30 de mai de 2017
CONCLUINDO O TRATAMENTO		Simara Suplicy	25 de mai de 20...	Simara Suplicy	30 de mai de 2017
CUIDANDO DE SI		Simara Suplicy	29 de mai de 20...	Simara Suplicy	31 de mai de 2017
CUIDANDO DOS OUTROS E ESQUEC...		Simara Suplicy	29 de mai de 20...	Simara Suplicy	31 de mai de 2017
CUIDANDO DOS PES		Simara Suplicy	25 de mai de 20...	Simara Suplicy	29 de mai de 2017
CULPABILIZANDO A SI		Simara Suplicy	29 de mai de 20...	Simara Suplicy	30 de mai de 2017
DESCOBRINDO A DOENCA		Simara Suplicy	24 de abr de 2017	Simara Suplicy	29 de mai de 2017
ENFRENTANDO AS COMORBIDADES		Simara Suplicy	29 de mai de 20...	Simara Suplicy	31 de mai de 2017
ENFRENTANDO AS COMPLICACOES CL...		Simara Suplicy	25 de mai de 20...	Simara Suplicy	12 de jun de 2017
ENFRENTANDO PROBLEMAS HANDEIS		Simara Suplicy	29 de mai de 20...	Simara Suplicy	31 de mai de 2017
ESPERANDO NAO PRECISAR MAIS DO...		Simara Suplicy	29 de mai de 20...	Simara Suplicy	31 de mai de 2017
INICIANDO O TRATAMENTO		Simara Suplicy	25 de mai de 20...	Simara Suplicy	25 de mai de 2017
LIDANDO COM AS MODIFICACOES TR...		Simara Suplicy	29 de mai de 20...	Simara Suplicy	12 de jun de 2017
MUDANDO ANTIGOS HABITOS		Simara Suplicy	29 de mai de 20...	Simara Suplicy	31 de mai de 2017
SIGNIFICANDO A DOENCA		Simara Suplicy	24 de abr de 2017	Simara Suplicy	12 de jun de 2017
SIGNIFICANDO O SISTEMA DE SAUDE...		Simara Suplicy	25 de mai de 20...	Simara Suplicy	12 de jun de 2017
SIGNIFICANDO O TRATAMENTO		Simara Suplicy	24 de abr de 2017	Simara Suplicy	12 de jun de 2017
VIENDO-SE COMO EXEMPLO		Simara Suplicy	29 de mai de 20...	Simara Suplicy	31 de mai de 2017
VERIFICANDO A GLUCEMIA		Simara Suplicy	29 de mai de 20...	Simara Suplicy	12 de jun de 2017

Result: 26 of 26 Groups()

In Group:

- Ache difícil essa alimentação, difícil. 2
- adaptando sua alimentação aos intervalos do trabalho 4
- adaptando-se a alimentacao 7
- afastando-se do ambiente nao permitido 1
- An tem horas que a gente cai em tentação. 1
- associando a boa alimentacao a manutencao da glicemia 2
- buscando uma receita alimtar que lhe faca manter a glicemia 3
- colocando a dieta como ponto mais difícil do tratamento 5

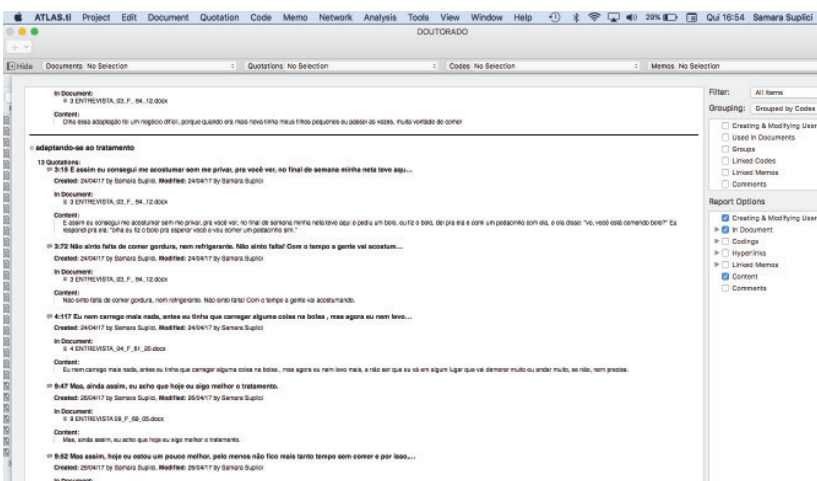
Not In Group:

- A gente tem um grupo de hábitos saudáveis que acontece na unidade desde junho (as terças e... 0
- Aceitando melhor o tratamento 0
- achando difícil comprar o medicamento 2
- achando difícil anotar o medicamento certo 1
- achando estar com anemia 0
- ACHANDO QUE A VERIFICACAO DA GLUCEMIA E UM REMEDIO 0
- achando que sua glicemia nao teria retorno 1
- Aconteceram modificações negativas desde que começou tratamento? 0

Fonte: ATLAS TI

A partir da organização sugerida pelo *software*, cada categoria pode ser ligada ao segmento de texto (“*quotation*”) correspondente, de modo a formar o *corpus* do trabalho, que foi então interpretado. O relatório composto por 402 páginas com os dados divididos por códigos (“*codes*”) e categorias (“*Groupes*”) foi a principal fonte de dados que gerou o relatório de pesquisa que foi então teorizado. A figura apresenta parte deste relatório gerado no *software*.

Figura 9 – Exemplo do relatório gerado no *software* Atlas TI



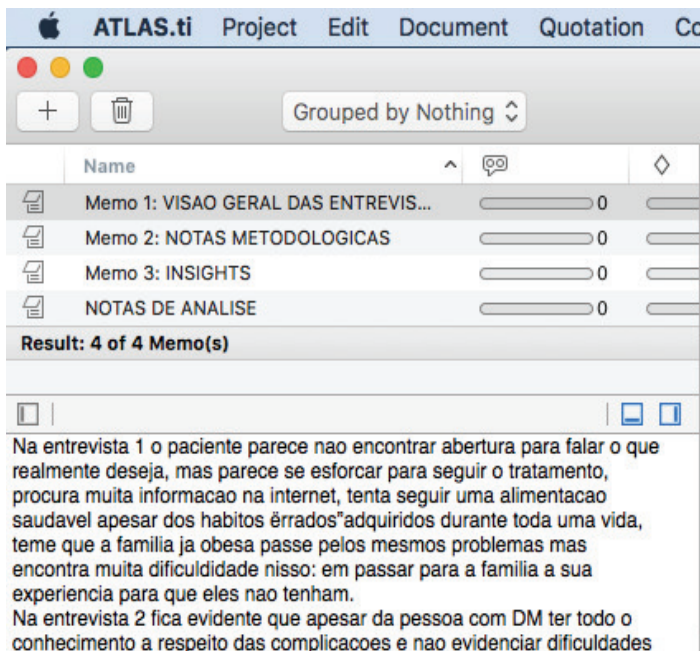
Fonte: ATLAS TI

A codificadora foi a pesquisadora principal que também se reuniu com os outros pesquisadores para chegar a um consenso em relação à sua codificação inicial, e a lista de códigos foi eventualmente modificada com a leitura de cada transcrição para acomodar, para a clareza e riqueza de ideias.

Durante a fase de análise dos dados, uma etapa intermediária fundamental é a redação de memorandos. Os memorandos são anotações

analíticas informais que contribuem para elevar o nível de abstração das categorias. A figura 10 exemplifica a elaboração dos memorandos.

Figura 10 - Exemplo de memorando



Fonte: ATLAS TI

Esse processo analítico é marcado por um movimento indutivo-dedutivo, que demanda grande reflexão e sensibilidade teórica do pesquisador (STRAUSS; CORBIN, 2008). De acordo com Charmaz (2009), o alcance da sensibilidade teórica requer a observação da vida estudada a partir das múltiplas perspectivas privilegiadas, realização de comparação e a exploração de novas ideias.

Ao final do processo de análise dos dados, os resultados foram organizados em 05 categorias e 16 subcategorias, a partir das quais foi

desenvolvida um modelo interpretativo para estabelecer a relação das categorias entre si. Para o Manuscrito 3, que mixou os dados quantitativos e qualitativos, duas dessas categorias foram utilizadas para explicar parte dos resultados quantitativos encontrados.

Para finalizar a descrição dos aspectos metodológicos do estudo, apresenta-se o Quadro 10 com uma síntese dos mesmos.

Quadro 10 - Síntese dos aspectos metodológicos do estudo

DESENHO DO ESTUDO	PESQUISA DE MÉTODOS MISTOS DO TIPO SEQUENCIAL EXPLANATÓRIO	
	QUANTITATIVO	QUALITATIVO
CENÁRIO	04 UBS do município São José na região metropolitana de Florianópolis, SC. Brasil	
PARTICIPANTES	329 pessoas com DM2 atendidas nas 04 UBS participantes do estudo	31 participantes divididos em três grupos amostrais.
COLETA DE DADOS	Caracterização sociodemográfica e clínica; Questionário de Atividades de Autocuidado (QAD); Dados Secundários do segundo ciclo do PMAQ.	Entrevistas Intensivas Observação
ANÁLISE DOS DADOS	Associação das variáveis relacionadas à adesão ao tratamento entre pessoas com DM2 com as variáveis sociodemográficas e clínicas e com as variáveis do PMAQ	Organização no Atlas TI Codificação Inicial Codificação Focalizada
ASPECTOS ÉTICOS	Resolução n. 466/12, do CNS. parecer número: 1.725.368 CAAE: 57796116.7.0000.0121.	

Fonte: elaborado pela autora

5.3 ASPECTOS ÉTICOS

Para atender os critérios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, foram seguidas as recomendações da Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Após a autorização da instituição receptora da pesquisa (ANEXO 2), o projeto de pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado com o Parecer número: 1.725.368 e CAAE: 57796116.7.0000.0121. Os participantes da pesquisa foram convidados a participar e esclarecidos sobre os objetivos e a metodologia da pesquisa, bem como, foi assegurado o seu direito de acesso aos dados, possíveis benefícios, possíveis riscos, sigilo quanto à identidade e a possibilidade de desistência em qualquer momento do processo. Estas informações se encontram detalhadas no apêndice 3 deste trabalho, e ao concordar com elas o participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3) que se encontra em posse das pesquisadoras.

Durante a pesquisa o participante preencheu um instrumento com perguntas tais como sua idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda, tempo de doença e tipo de tratamento, comorbidades e tipos de serviços utilizados nas UBS (Apêndice 1), outro instrumento contendo dezoito perguntas que avaliaram a adesão ao tratamento em pessoas com Diabetes Mellitus (Anexo 1). Por fim, aqueles que também fizeram parte da etapa qualitativa do estudo, responderam algumas perguntas abertas acerca do seu tratamento, através de entrevista semiestruturada (Apêndice 2) que foi gravada em áudio.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros acadêmicos ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar o nome do participante, ou da instituição ou qualquer informação relacionada à identidade.

Ainda, destaca-se que o TCLE (Apêndice 3) foi elaborado em duas vias e, por isso, o participante da pesquisa recebeu uma via que foi assinada por ele e pelas responsáveis pela pesquisa. Por isso, foram orientados que este documento deve ficar guardado, pois traz importantes informações de contato e garante os direitos do participante da pesquisa. Ademais, aponta-se que o participante não teve qualquer despesa advinda da sua participação na pesquisa.

6 RESULTADOS

Neste capítulo, os resultados da pesquisa estão apresentados no formato de três manuscritos científicos, conforme estabelece a instrução normativa 01/PEN/2016 de 17 de agosto de 2016, do PEN/UFSC, conforme exposto no quadro 11 abaixo:

Quadro 11 – Manuscritos elaborados a partir dos resultados da tese

Título	Objetivo
Relação da adesão ao tratamento entre pessoas com Diabetes Mellitus com a qualidade do cuidado prestado na Atenção Básica de Saúde: um estudo transversal.	Comparar a adesão ao tratamento em pessoas com Diabetes Mellitus do tipo 2 com a qualidade do cuidado prestado na Atenção Básica de Saúde de um município do sul do país.
Fatores associados à adesão ao tratamento em pessoas com Diabetes Mellitus atendidas na Atenção Básica de Saúde.	Verificar os fatores sociodemográficos, clínicos e da organização do processo de trabalho associados à adesão ao tratamento entre pessoas com DM2, atendidas na Atenção Básica de Saúde de um município do sul do país.
Adesão ao tratamento entre pessoas com Diabetes Mellitus do tipo 2 no contexto da Atenção Básica de Saúde.	Elaborar um modelo interpretativo sobre a adesão ao tratamento entre pessoas com Diabetes Mellitus do tipo 2 no contexto da Atenção Básica de Saúde.

Fonte: elaborado pela autora

No entanto, para conhecimento de forma mais abrangente e ampla dos resultados que originaram estes manuscritos, serão apresentados a seguir uma breve descrição dos resultados quantitativos e qualitativos encontrados.

6.1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS

Entre as 1.314 pessoas com DM cadastradas nas 04 UBS selecionadas para o estudo, 400 foram convidadas para participar através de cartas convite ou de abordagem direta na UBS. Destes, 329 aceitaram. Dos 71 que recusaram participação, 68 alegaram falta de tempo para receber os pesquisadores e 03 negaram ter DM2.

Ao comparar as variáveis relacionadas à adesão ao tratamento em pessoas com DM2, com as variáveis relacionadas à qualidade do cuidado prestado nas ABS, buscou-se evidenciar os aspectos da adesão ao tratamento relacionados à qualidade do cuidado.

As características sociodemográficas dos participantes do estudo são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Características sociodemográficas das pessoas com DM2 participantes do estudo. São José, SC, Brasil, 2017

Características sociodemográficas	F	%
Sexo		
Masculino	93	28,6
Feminino	232	71,4
Estado Civil		
Casado	166	50,5
Solteiro	24	7,3
Separado	24	7,3
Viúvo	82	24,9
Anos de Escolaridade		
Nunca estudou	27	8,3
De 1 a 5 anos	159	48,6
De 6 a 9 anos	56	17,1
De 10 a 12 anos	54	16,5
13 ou mais anos	31	9,5
Situação Ocupacional		
Ativo	87	26,4
Afastado	17	5,2
Desempregado	100	30,7

Desempregado	32	9,7
Renda		
Menos de um salário	9	2,8
De 1 a 3 salários	238	73,2
De 3 a 6 salários	75	23,1
Mais de 6 salários	3	0,9

No que concerne às características clínicas (Tabela 3) das pessoas com DM2, constatou-se que as comorbidades mais prevalentes entre a população estudada foram a hipertensão, a dislipidemia e a doença cardíaca. Destaca-se que a maioria possui de 01 a 05 anos de tratamento. Em relação à terapia medicamentosa utilizada, destacou-se o uso dos hipoglicemiantes orais.

Tabela 3 - Características Clínicas das pessoas com DM2 participantes do estudo. São José, SC, Brasil, 2017.

Características Clínicas	F	%
Hipertensão		
Não	70	21,3
Sim	259	78,7
Dislipidemia		
Não	146	44,4
Sim	183	55,6
Doença Cardíaca		
Não	230	69,9
Sim	99	30,1
Tempo com DM		
De 1 a 5 anos	113	34,3
De 6 a 10 anos	73	22,2
De 10 a 20 anos	86	26,1
20 ou mais anos	57	17,3
Tempo de tratamento		
De 1 a 5 anos	116	35,3
De 6 a 10 anos	72	21,9
De 10 a 20 anos	89	27,1
20 ou mais anos	52	15,8
Tipo de tratamento		
Hipoglicemiante	216	65,9

oral		
Insulina	21	6,4
Ambos	91	27,7

Legenda: DM – Diabetes Mellitus

A respeito das características atreladas ao atendimento/serviço (Tabela 4), identificou-se que a maioria dos participantes utilizam a UBS numa frequência maior que duas vezes ao ano para consultas médicas, para pegar as medicações e para realização de exames complementares. Aproximadamente um terço (1/3) referiu utilizar a UBS para consultar com o profissional enfermeiro.

Tabela 4 - Tipos de serviços utilizados na UBS pelas pessoas com DM2 participantes do estudo. São José, SC, Brasil, 2017.

Tipo de serviço	F	%
Consulta Médica		
Não	14	4,3
Sim	312	95,7
Consulta de enfermagem		
Não	216	66,3
Sim	110	33,7
Pegar Medicação		
Não	9	2,8
Sim	317	97,2
Realizar Exames		
Não	57	17,5
Sim	269	82,5
Frequência		
Uma vez por ano	4	1,2
Mais de uma vez por ano	311	98,7

A maioria dos participantes deste estudo utiliza apenas a UBS para os seus cuidados de saúde. A tabela 5 apresenta a frequência de pessoas atendidas nas UBS que utilizam apenas este serviço e aquelas

que utilizam outros serviços de saúde particulares ou convênios para os seus cuidados de saúde.

Tabela 5 - Frequência de pessoas com DM2 que utilizam outros serviços de saúde particulares ou convênio além da UBS. São José, SC, Brasil, 2017.

	F	%
Outros serviços		
Não	208	63,8
Sim	118	36,2
Quais		
Consulta particular	48	41,4
Consulta convênio	68	58,6

Na tabela 6 foi feita a comparação entre o tempo de doença e a adesão ao tratamento. A média de dias em que as pessoas com DM2 realizaram a automonitorização glicêmica foi maior naqueles que estão há mais de 20 anos com a doença.

Tabela 6 - Comparação da adesão ao tratamento com o tempo de doença entre as pessoas com DM2 participantes do estudo. São José, SC, Brasil, 2017.

	1 a 5 anos	6 a 10 anos	10 a 20 anos	Mais de 20 anos	p-valor
	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)	
Seguiu Dieta Saudável	3,59 (2,93)	3,97 (2,79)	3,31 (2,91)	3,98 (2,85)	0,400
Seguiu Dieta conforme orientação profissional	3,63 (2,81)	3,96 (2,78)	3,27 (2,90)	3,93 (2,79)	0,412
Consumiu cinco ou mais frutas e	4,61 (2,63)	4,71 (2,61)	4,99 (2,61)	5,05 (2,46)	0,652

Consumiu Gorduras	2,27 (2,73)	2,13 (2,68)	1,91 (2,46)	1,52 (2,21)	0,349
Consumiu Doces	1,91 (2,16)	1,95 (2,41)	2,00 (2,36)	1,73 (2,34)	0,658
Atividade física	1,25 (2,23)	1,99 (2,60)	1,51 (2,26)	1,58 (2,44)	0,217
Exercício físico	1,14 (2,13)	1,71 (2,55)	1,31 (2,14)	1,54 (2,52)	0,567
Automonitorização glicêmica	1,44 (2,51)	2,33 (2,92)	2,22 (2,79)	3,93 (3,09)	<0,001 *
Automonitorização glicêmica conforme recomendação profissional	1,43 (2,58)	2,19 (2,93)	2,03 (2,79)	3,16 (3,29)	0,010*
Examinou os pés	4,96 (3,14)	5,85 (2,34)	5,56 (2,72)	5,18 (2,87)	0,383
Examinou os sapatos	4,79 (3,21)	5,06 (3,03)	5,33 (2,98)	4,95 (3,16)	0,693
Secou os pés	5,82 (2,63)	6,52 (1,78)	6,00 (2,38)	5,63 (2,72)	0,139
Tomou os medicamentos	5,84 (2,47)	5,58 (2,75)	6,02 (2,23)	6,33 (2,00)	0,494

Legenda: * $p < 0,05$; Teste de Kruskal-Wallis

A tabela 7 compara as variáveis de adesão ao tratamento com o tipo de medicamento utilizado no tratamento para o DM2. As pessoas com DM2 que utilizam apenas hipoglicemiantes orais apresentaram média inferior na automonitorização glicêmica. Aquelas que usam apenas insulina, apresentaram média inferior para o “exame dos pés”.

Tabela 7 - Comparação da adesão ao tratamento com o tipo de tratamento entre as pessoas com DM2 participantes do estudo. São José, SC, Brasil, 2017.

		Hipoglicemi- ante oral Média (dp)	Insulina Média (dp)	Ambos Média (dp)	p-valor
Seguiu Dieta Saudável		3,65 (2,97)	2,81 (2,42)	3,88 (2,76)	0,272
Seguiu Dieta conforme orientação profissional		3,65 (2,90)	2,86 (2,43)	3,84 (2,73)	0,315
Consumiu cinco ou mais frutas e vegetais		4,70 (2,67)	4,57 (2,44)	5,09 (2,41)	0,507
Consumiu Gorduras		2,07 (2,67)	2,14 (2,63)	1,84 (2,34)	0,881
Consumiu Doces		1,92 (2,32)	2,24 (2,48)	1,84 (2,22)	0,779
Atividade física		1,53 (2,39)	1,95 (2,65)	1,45 (2,25)	0,822
Exercício físico		1,38 (2,33)	1,86 (2,68)	1,28 (2,16)	0,824
Automonitorização glicêmica		1,06 (1,97)	5,29 (2,88)	4,40 (3,01)	<0,001*
Automonitorização glicêmica conforme recomendação profissional		1,17 (2,25)	4,35 (3,20)	3,68 (3,22)	<0,001*
Examinou os pés		5,30 (2,86)	4,05 (3,30)	5,82 (2,51)	0,030*
Examinou os sapatos		5,03 (3,09)	3,86 (3,48)	5,31 (2,95)	0,129
Secou os pés		6,10 (2,32)	5,24 (3,03)	5,90 (2,52)	0,184
Tomou medicamentos		6,01 (2,32)	6,57 (1,56)	5,60 (2,67)	0,199

Legenda: *p<0,05; Teste de Kruskal-Wallis

Não houve diferença significativa na adesão ao tratamento entre aqueles que utilizam a UBS para a consulta de enfermagem. Também não houve diferença significativa na adesão ao tratamento entre aqueles que utilizam outros serviços de saúde particulares ou conveniados, e mais a UBS.

Além da descrição das variáveis sociodemográficas e clínicas e suas associações com a adesão das pessoas com DM2 ao tratamento, foram realizadas algumas comparações e/ou associações dessas variáveis com variáveis relacionadas à qualidade do cuidado prestado na ABS.

A qualidade do cuidado foi avaliada pelos indicadores do PMAQ que fornece um panorama da qualidade do cuidado prestado por cada equipe de ESF. As variáveis do PMAQ são fornecidas por equipe de ESF e ao final a equipe recebe uma avaliação de desempenho geral que pode variar de “Muito acima da média”, “acima da média” ou “mediano ou abaixo da média”. A adesão ao tratamento foi comparada com o desempenho geral das equipes da ESF.

As pessoas com DM2 atendidas pelas equipes de ESF com desempenho geral “Muito acima da média” tiveram média superior no número de dias em que seguiram uma alimentação saudável na última semana, em que seguiram a orientação alimentar dada por um profissional de saúde e também apresentaram diferenças significativas no número de dias em que avaliaram o açúcar no sangue, conforme recomendado por profissional de saúde quando comparadas com as pessoas atendidas pelas equipes piores avaliadas. As pessoas com DM2 atendidas pelas equipes de ESF avaliadas como “Muito acima da média” no desempenho geral, também tiveram média superior no número de

dias em que usaram os medicamentos para o diabetes conforme recomendado. As pessoas com DM2 atendidas pelas equipes avaliadas como “acima da média”, tiveram diferença significativa para o exame dos pés, conforme evidenciado na tabela 8.

Tabela 8 - Comparação da adesão ao tratamento das pessoas com DM2 com o desempenho geral no PMAQ das Equipes da ESF. São José, SC, Brasil, 2017.

Itens do QAD	Desempenho geral das Equipes			p-valor
	Mediano ou Abaixo da Média Média (dp)	Acima da Média Média (dp)	Muito Acima da Média Média (dp)	
Seguiu Dieta Saudável	2,95 (2,91) [¥]	3,20 (3,00)	4,09 (2,75) [¥]	0,012*
Seguiu Dieta conforme orientação profissional	2,95 (2,91) [¥]	3,20 (3,00)	4,08 (2,66) [¥]	0,013*
Consumiu cinco ou mais frutas e vegetais	4,43 (2,50)	4,84 (2,67)	4,92 (2,58)	0,350
Consumiu Gorduras	2,15 (2,73)	2,29 (2,75)	1,86 (2,43)	0,585
Consumiu Doces	2,08 (2,52)	2,28 (2,58)	1,69 (2,06)	0,456
Atividade física	1,85 (2,63)	1,38 (2,32)	1,51 (2,30)	0,491
Exercício físico	1,36 (2,34)	1,07 (2,16)	1,53 (2,35)	0,225
Automonitorização glicêmica	1,77 (2,60)	2,15 (2,97)	2,49 (2,95)	0,180
Automonitorização glicêmica conforme recomendação	1,28 (2,22) [¥]	1,66 (2,75)	2,48 (3,08) [¥]	0,018*

Examinou os pés	5,85 (2,47)	5,98 (2,48) [#]	4,98 (3,01) [#]	0,002*
Examinou os sapatos	5,13 (3,12)	5,18 (3,06)	4,91 (3,12)	0,707
Secou os pés	6,13 (2,28)	6,06 (2,40)	5,91 (2,49)	0,760
Tomou os medicamentos	4,85 (3,16) [¥]	5,34 (2,82) [#]	6,51 (1,64) ^{¥,#}	<0,001*

Legenda: * $p < 0,05$; Teste de Kruskal-Wallis; ¥ post hoc de Dunn (diferenças entre Mediano ou Abaixo da Média e Muito Acima da Média); # post hoc de Dunn (diferenças entre Acima da Média e Muito Acima da Média).

Além da comparação da adesão ao tratamento com o desempenho geral das equipes da ESF, foram comparadas as variáveis de adesão ao tratamento com dimensões/subdimensões do PMAQ para compreender as relações da adesão ao tratamento entre pessoas com DM2 com aspectos específicos da qualidade do cuidado prestado nas UBS. Todas as dimensões da adesão foram consideradas: adesão à dieta, à atividade física, ao controle glicêmico, aos cuidados com os pés e ao uso da medicação. No que se refere à qualidade do cuidado na ABS foram consideradas as dimensões/subdimensões da Avaliação Externa que, segundo Brasil (2016), contemplam ações voltadas para Doenças Crônicas, sendo estas: Organização da agenda da equipe de atenção básica; Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade; e Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na Unidade de Saúde e ainda os medicamentos componentes da farmácia básica. Esses resultados serão apresentados no artigo 1.

6.1.1 Resultados quantitativos categorizados

O instrumento de avaliação da adesão ao tratamento em DM utilizado neste estudo não propõe um escore geral de adesão e nem uma

Assim, a maioria dos estudos avaliam a adesão como média do número de dias, conforme apresentado anteriormente. No entanto, BOAS et al (2011) propuseram em seu estudo, utilizando este instrumento, considerar cinco dias na semana como o mais desejável para a adesão a cada subdimensão do autocuidado.

Neste sentido, para melhor interpretação da adesão ao tratamento entre as pessoas com DM2, cada item do autocuidado no QAD foi categorizado em menos desejável e mais desejável. O mais desejável é que a pessoa tenha seguido as recomendações da dieta saudável, da atividade física, do uso dos medicamentos, dos cuidados com os pés e do controle glicêmico durante pelo menos cinco dias da semana. Foram então consideradas como mais desejável 5-7 dias e como menos desejável 0-4 dias. Para os subitens consumo de gorduras e consumo de doces foi considerado como mais desejável de 0-2 dias e menos desejável de 3-7 dias. A Tabela 9 apresenta a frequência desses desfechos categorizados.

Tabela 9 - Comparação da adesão ao tratamento das pessoas com DM2 com o desempenho geral no PMAQ das Equipes da ESF. São José, SC, Brasil, 2017.

Itens do QAD	Desempenho Geral das Equipes de acordo com o PMAQ			p-valor
	Mediano ou Abaixo da Média f (%)	Acima da Média f (%)	Muito Acima da Média f (%)	
Seguiu uma Dieta saudável				
Menos desejável (0-4)	37 (62,7)	47 (59,5)	86 (46,5)	0,035
Desejável (5-7)	22 (37,3)	32 (40,5)	99 (53,5)	

Seguiu dieta orientada por profissional					
	Menos desejável (0-4)	37 (62,7)	47 (59,5)	88 (47,8)	0,063
	Desejável (5-7)	22 (37,3)	32 (40,5)	96 (52,2)	
Consumiu cinco/mais porções de frutas e/ou vegetais					
	Menos desejável (0-4)	29 (48,3)	32 (39,0)	68 (37,6)	0,330
	Desejável (5-7)	31 (51,7)	50 (61,0)	113 (62,4)	
Consumiu alimentos ricos em gordura					
	Menos desejável (3-7)	19 (31,7)	26 (32,5)	52 (27,8)	0,693
	Desejável (0-2)	41 (68,3)	54 (67,5)	135 (72,2)	
Consumiu doces					
	Menos desejável (3-7)	17 (28,3)	29 (35,4)	41 (22,3)	0,079
	Desejável (0-2)	43 (71,7)	53 (64,6)	143 (77,7)	
Realizou atividade física					
	Menos desejável (0-4)	46 (78,0)	71 (86,6)	160 (86,0)	0,281
	Desejável (5-7)	13 (22,0)	11 (13,4)	26 (14,0)	
Realizou exercício físico					
	Menos desejável (0-4)	50 (84,7)	74 (88,8)	159 (85,5)	0,520

(0-4)				
Desejável (5-7)	09 (15,3)	08 (9,8)	27 (14,5)	
Realizou automonitorização glicêmica				
Menos desejável (0-4)	50 (83,3)	61 (74,4)	133 (71,1)	0,171
Desejável (5-7)	10 (16,7)	21 (25,6)	54 (28,9)	
Realizou automonitorização glicêmica recomendada				
Menos desejável (0-4)	54 (90,0)	66 (80,5)	128 (68,8)	0,002
Desejável (5-7)	06 (10,0)	16 (19,5)	58 (31,2)	
Examinou os pés				
Menos desejável (0-4)	11 (18,3)	12 (14,6)	60 (32,1)	0,004
Desejável (5-7)	49 (81,7)	70 (85,4)	127 (67,9)	
Examinou os sapatos				
Menos desejável (0-4)	16 (26,7)	21 (26,6)	58 (31,2)	0,670
Desejável (5-7)	44 (73,3)	58 (73,4)	128 (68,8)	
Secou os pés				
Menos desejável (0-4)	08 (13,3)	11 (13,4)	30 (16,0)	0,798
Desejável (5-7)	52 (86,7)	71 (86,6)	157 (84,0)	
Tomou os medicamentos				

desejável (0-4)		(25,6)	
Desejável (5-7)	41 (68,3)	61 (74,4)	174 (93,0)

Dos 106 pacientes que usam insulina, 16 (15,1%) estão na categoria menos desejável (0-4) e 90 (84,9%) estão na categoria desejável (5-7). Dos 308 pacientes que tomam comprimidos, 41 estão na categoria menos desejável (0-4) e 267 (86,7%) estão na categoria desejável (5-7).

Nas análises de regressão logística binária foram comparadas as variáveis relacionadas à adesão ao tratamento, categorizadas tanto com as variáveis sociodemográficas, tanto com as variáveis relacionadas à qualidade do cuidado prestado nas UBS através do testes de associação qui-quadrado. Foram realizadas análise de regressão logística bruta e ajustada.

No que se refere à adesão ao tratamento em DM, todas as variáveis do instrumento foram consideradas. Também foram consideradas todas as variáveis sociodemográficas e clínicas. No que se refere à qualidade do cuidado na ABS foi realizada a comparação da adesão ao tratamento com as subdimensões do PMAQ que compõe a dimensão “Acesso e qualidade da atenção que considera aspectos da organização do processo de trabalho”. Esses resultados serão apresentados no artigo 2.

6.2 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS QUALITATIVOS

A partir do processo de codificação e categorização dos dados, construiu-se o fenômeno “Enfrentando a complexidade do tratamento do Diabetes Mellitus e buscando a adesão”, fundamentado pela articulação de 05 categorias e 16 subcategorias. As categorias foram elaboradas a partir dos dados e à luz dos pressupostos teóricos adotados neste estudo, e não foram pré-selecionadas, conforme estabelece a abordagem construtivista da TFD. Nesta direção, foram analisados os dados empíricos provenientes das entrevistas com os três grupos amostrais e procurou-se identificar as convergências e as divergências no que concerne ao significado da adesão ao tratamento entre as pessoas com DM2 e os aspectos nela envolvidos no âmbito individual, social e relacionados ao sistema de saúde. As categorias com suas respectivas subcategorias estão apresentados no Quadro 12.

Quadro 12 - Categorias e subcategorias

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
DESCOBRINDO A DOENÇA E INICIANDO O TRATAMENTO	DIAGNOSTICANDO A DOENÇA E PROCURANDO SUAS CAUSAS
	PROCURANDO COMPREENDER A DOENÇA E O TRATAMENTO
	DECIDINDO INICIAR O TRATAMENTO
ENCONTRANDO AS DIFICULDADES PARA SEGUIR O TRATAMENTO	PERCEBENDO ASPECTOS INDIVIDUAIS COMO DIFICULTADORES DO TRATAMENTO
	VIVENDO NUMA SOCIEDADE MARCADA PELA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA DOENÇA
	PERCEBENDO-SE VULNERÁVEL DIANTE DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE
BUSCANDO ESTRATÉGIAS DE ADESÃO AO TRATAMENTO	BUSCANDO FORMAS INDIVIDUAIS DE ENFRENTAMENTO
	ENCONTRANDO MOTIVAÇÕES PARA SEGUIR O TRATAMENTO
	RECONHECENDO A IMPORTÂNCIA DE TODOS OS ASPECTOS DO TRATAMENTO
VALORIZANDO OS ASPECTOS FACILITADORES DO TRATAMENTO	SUPERANDO AS DIFICULDADES INDIVIDUAIS E ACEITANDO O TRATAMENTO
	CONTORNANDO AS DIFICULDADES SOCIAIS E ENFRENTANDO O TRATAMENTO
	RECONHECENDO A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE COMO APOIO AO TRATAMENTO
TRANSFORMANDO O TRATAMENTO EM ROTINA DIÁRIA	SIGNIFICANDO O TRATAMENTO COMO UMA POSSIBILIDADE DE VIVER MELHOR
	RECONHECENDO QUE O TRATAMENTO PARA O DIABETES SÃO MUDANÇAS DE HÁBITOS QUE SERVEM PARA TODOS
	SENTINDO AS MODIFICAÇÕES TRAZIDAS PELO TRATAMENTO
	VIVENDO COM A DOENÇA NO CORPO E O TRATAMENTO NO PENSAMENTO: BUSCANDO A ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS DIANTE DA COMPLEXIDADE NELE ENVOLVIDA

Fonte: Elaborado pela autora

6.2.1. DESCOBRINDO A DOENÇA E INICIANDO O TRATAMENTO

Essa categoria foi construída a partir da comparação dos dados evidenciados nos grupos amostrais 1 e 2 que são respectivamente, as pessoas com DM2 que aderem ao tratamento e aquelas que não aderem ao tratamento. Como se trata de aspectos relacionados à adesão sob uma ótica individual, não houve triangulação dos dados com o terceiro grupo amostral constituído pelos profissionais.

6.2.1.1 Diagnosticando a doença e procurando suas causas

Nos dois grupos amostrais de pessoas com DM2, ou seja, independente de aderirem ou não ao tratamento, o momento do diagnóstico foi uma experiência difícil. A doença foi desacreditada, questionada e até negada. Muitas vezes, seu significado foi comparado com outros agravos estigmatizados como câncer ou AIDS.

Ah! Foi horrível descobrir o diabetes! Eu não queria ter diabetes. Não queria ter sinceramente, não queria (E09)!

Foi complicado quando eu soube que era diabética, foi um momento difícil saber que eu tinha diabetes. A vida com uma patologia dessa é complicada, não é uma vida fácil, é ruim, é desagradável... (E17).

Na ocasião, porque deu 180, o médico falou que era diabetes mas eu não aceitei, não acreditei não (E23).

Eu não queria acreditar que realmente fosse diabetes. Apesar que minha família tem, mas eu pensava que eu não ia ter...Mas eu assim, em princípio eu não aceitei (E06).

Às vezes eu questionava, mas, Senhor! Porque que eu tenho diabetes? Deus sabe que eu não nasci pra ser doente. Digo que eu não tenho Diabetes, eu tomo a medicação pra não evoluir, pra não ter diabetes (E12).

Então foi terrível. Eu fiquei sem chão...então era uma coisa pra mim assim, mesmo que dizer: “você está com AIDS, você está com câncer, sabe? (E03)

Para o enfrentando inicial as pessoas com DM2 de ambos os grupos amostrais, sentiram necessidade de compreender as causas da doença e buscar explicações para seu o aparecimento nos quais se destacaram as causas emocionais, a presença da doença na família e ser consequência dos hábitos adquiridos durante toda uma vida.

E eu já percebi que essa minha diabetes não apareceu tanto por causa da comida, ela aumentou por conta da minha emoção. Porque na época eu estava passando por maus momentos, por causa das minhas dívidas, eu estava com muita dívida (E05).

Depois eu entrei na menopausa começou a disparar (a glicemia) e hoje eu tenho uma diabetes emocional (E14).

Danos emocionais bem grandes e que traz junto essas patologias, que está lá escondida e devido teu emocional, você fica tão fraca que as doenças começam a te atacar (E17).

Meu pai era diabético e na família do meu pai tinha grande número de diabéticos então o médico acha que a gente tem uma tendência, lá no DNA (E04).

A gente adquire isso, não sei como, se é genético, se é a vida que a gente vive, a maneira que a gente vive...A gente não tem uma patologia que, ela não aparece do nada (E17).

Se hoje nós estamos doentes é porque algo de errado fizemos pra ter essa doença... Seja na alimentação, seja em outras coisas (E03).

Após esse enfrentamento inicial, as pessoas com DM2 se depararam com o início de um tratamento que seria contínuo e envolveria múltiplos aspectos. Por isso, compreender essa doença e o

tratamento passaram a ser fundamentais para que elas buscassem a adesão.

6.2.1.2 Procurando compreender a doença e o tratamento

O início do tratamento foi marcado por conflitos vivenciados desde o diagnóstico, nos dois grupos amostrais. O caráter crônico da doença, muitas vezes desconhecida, incitou inquietações e por isso, os participantes desta pesquisa, de ambos os grupos amostrais, buscaram uma compreensão sobre a doença e do tratamento.

Todo começo de tratamento é complicado, seja qualquer tipo de doença, até acostumar com o tratamento (E13).

No começo foi difícil...foi difícil no começo mas agora aconteceu uma adaptação (E22).

Tanto aqueles que não sabiam nada sobre a doença como os que já tinham algum conhecimento buscaram aprender sobre a mesma. O fato de, muitas vezes, já conhecerem alguém com a doença fez com que, mesmo que superficialmente, já tivessem algum conhecimento no momento do diagnóstico.

Olha! Eu nem sabia o que que era Diabetes (E14).

Olha quando eu descobri que tinha eu não sabia nada sobre diabetes (E03).

Eu já conhecia muitas pessoas com Diabetes, amanhã ou depois se eu tivesse eu já estava sabendo que eu teria que cuidar mais ainda da minha alimentação (E01).

Assim, informações foram buscadas com amigos, com profissionais de saúde ou na mídia em geral. Dentre as várias fontes utilizadas para buscar a compreensão da doença, as pessoas com DM2,

participantes da pesquisa, procuraram confrontar as informações e escolher aquela que melhor se adequasse à sua realidade.

Eu me preocupei em me informar sobre a doença, ainda hoje eu sempre assisto na televisão, tem sempre médico falando (E22).

Quando eu estava internado no hospital, que descobri o Diabetes, eu decorei um livro de medicina, isso que me ajudou, quando eles me davam alguma orientação, o que que eu fazia?...eu fazia aquela pesquisa, o médico tal, enfermeira tal falou isso para mim, vou ver se bate igual com o que esta no livro. se eu ...ali no livro, não achava, eu ia para internet, para achar um solução para aquele problema (E21).

A compreensão da doença e do tratamento foi marcante para que as pessoas com DM2, de ambos os grupos amostrais, iniciassem o tratamento. Na decisão de iniciar o tratamento entraram em questão os aspectos relacionados ao enfrentamento do viver com o Diabetes Mellitus, como será mostrado a seguir.

6.2.1.3 Decidindo iniciar o tratamento

Para ambos os grupos amostrais iniciar o tratamento foi visto como algo difícil e restritivo. Tal momento exigiu uma decisão que foi “iniciar o tratamento de imediato” ou “protelar esse início”.

Então, eu estou me controlando bastante e o tratamento para mim é isso, controle o tempo todo (E14).

Eu sabia que tinha que fazer o tratamento e tudo, eu fazia mas ficava triste (E07).

Naquele momento, para mim o tratamento significou restrição, tive que privar de muita coisa, porque tem que restringir (E11).

Há muitos relatos de que, ao descobrirem a doença, não iniciaram o tratamento. Muitas vezes, por não acreditarem na doença e no tratamento. A decisão de aderir a ele aconteceu somente depois de algum tempo.

Não aceitei, não fiz o tratamento. Vivi uns bons anos sem me preocupar com ela (E10).

Eu já sabia que tinha que fazer tratamento, mas...quando fiquei sabendo eu tomei só aquela caixa de comprimido que a médica me deu, eram 30, acho...Quando acabou aquela não comprei mais, achei que estava bom... isso passou anos... e só depois que...vi que meu açúcar no sangue era alto mesmo...Aí foi que eu comecei a dar mais atenção, e deste dia em diante eu não parei mais de tomar a medicação (E18).

Quando descobri o Diabetes, o médico prescreveu mas eu nem procurei tomar, estava um pouco aumentada, eu achava que era porque eu andava exagerando no doce... eu achava que não precisava, porque não sentia nada... eu não acreditava muito nisso... e só depois de acho umas duas vezes que fui ao médico, uns dois anos depois, que então eu vi que não tinha jeito mesmo, eu tinha que começar a medicação (E12).

Pode-se observar que “iniciar o tratamento” para os participantes significa “iniciar a medicação” e por isso, as dificuldades iniciais relatadas, apesar de serem várias, estão mais atreladas às dificuldade de adaptação com a medicação. A seguir são apresentados alguns dos aspectos que caracterizam as dificuldades iniciais do tratamento.

Eu fui no médico e comecei uma medicação, que na época não me senti bem com aquela medicação (E04).

Eu quando tomava ele (medicamento) eu tremia

Muito difícil de acertar ela com outros medicamentos, o primeiro mês foi assim, terrível (E04).

O tratamento significou restrição em maior ou menor grau, exigiu controle diário e escolhas que significaram obstáculos e foram vistas como dificuldades, conforme será relatado na categoria a seguir.

6.2.2 ENCONTRANDO AS DIFICULDADES PARA SEGUIR O TRATAMENTO

Muitas dificuldades encontradas para seguir o tratamento são comuns entre os dois grupos amostrais de pessoas com DM2 e estão nos âmbitos individual, social e relacionado ao sistema de saúde. A construção desta categoria contou com a comparação dos dados mencionados pelos grupos amostrais 1 e 2 e posterior triangulação dos dados com o terceiro grupo amostral composto por profissionais de saúde integrantes das equipes da estratégia de saúde da família que atendem as pessoas com DM2 na ABS.

O grupo de pessoas que não adere ao tratamento apontou muito mais dificuldades, se comparado ao grupo de pessoas que adere ao tratamento, principalmente no que se refere aos aspectos individuais. Quanto ao profissionais de saúde os relatos ora convergem e ora divergem do exposto pelas pessoas com DM2, conforme exposto a seguir.

6.2.2.1 Percebendo aspectos individuais como dificultadores do tratamento

Esta subcategoria aponta as dificuldades no âmbito individual que, em grande parte, foram mencionadas pelo grupo de pessoas que não aderem ao tratamento. Sem dúvida a maior dificuldade apontada se

refere à mudança dos hábitos adquiridos durante toda uma vida, em especial, a incorporação cotidiana de uma alimentação saudável e da atividade física.

Uma coisa que já vem lá de trás...É como eu falei, sempre fui acostumada a comer besteira, meu marido tinha bar, a gente comia só salgado...Eu não como fruta e verdura sempre, não faz parte do meu hábito...Imagina eu trabalhava fazendo salgado, ter contato com a comida o tempo todo e não poder comer (E15).

Desde a infância que você, por exemplo, gosta e tem essa vontade do alimento. Eu até posso cuidar em comida, estas coisas, mas atividade física eu não consigo fazer. Caminhar especificamente, não adianta mentir, eu não faço exercício físico. Não fui acostumada a fazer atividade física, então acho muito difícil incorporar esse hábito (E14).

Aí antigamente eu passava comendo doce todos os dias, eu comia doce todos os dias. Todos os finais de semana. Agora ter que ficar controlando é difícil (E17).

Os profissionais também reconhecem que esses hábitos adquiridos representam uma grande dificuldade do ponto de vista individual, mas estes têm determinantes culturais e sociais.

Eu digo que o mais difícil sempre é a mudança de hábito. Então, todas as doenças que eu vejo, diabetes, hipertensão, dislipidemias, estas doenças crônicas...as pessoas acreditam ainda que só o fato delas tomarem o medicamento já vai resolver. Então, vem lá do início da vida delas (P29).

...tem uma cultura ainda que é discutível da educação física aqui no Brasil. Se a gente pensar na educação física na escola, que é onde se deveria estar ensinando as pessoas a praticarem, é a única disciplina que não faz com que a pessoa saia de lá sabendo fazer sozinha aquilo que aprendeu. Tu tens

fazer. A pessoa não sai com aquela ideia da importância do exercício. Fazia na escola porque era obrigada. Eu acho que tem que enfatizar a importância desde a escola senão a pessoa não vai fazer (P28).

Questões clínicas como o fato da doença ser silenciosa foi outro aspecto apontado pelos pelo grupo de pessoas que não aderem ao tratamento, como uma das dificuldades para fazer o tratamento, ou seja, tratar algo que não esta lhe causando sintomas, é uma dificuldade para os participantes.

O fato de a gente não sentir dor nenhuma, por ela ser silenciosa, e a gente acha que está tudo numa boa, e não está. Ela continua dentro da gente agindo, dependendo da alimentação que a gente tem, dependendo do que a gente come, principalmente o açúcar, que é o mais prejudicial (E01).

A gente não tem muita consciência, do mal que é essa doença, que ela é silenciosa, e do mal que ela faz... Mas a doença em si traz alguns sintomas, a gente nem percebe... É um mal-estar, uma tontura, a gente nem percebe, pensa que é outra coisa e é a doença...porque é uma doença silenciosa que mata muito, né? (E17)

Os profissionais também reconhecem que o fato da doença ser silenciosa interfere na adesão ao tratamento

Muitas pessoas por estarem medicadas, por elas não sentirem nada, ainda acreditam que “Ah! Não faz mal, estou bem, estou medicado e pronto!”. E a gente vê, a gente sabe que esse processo ele vai, que é lento, que as pessoas não veem e quando elas percebem já passou o tempo que deveria ter sido feito. As pessoas não dão o devido valor, a devida importância pro problema que é porque é silencioso, a pessoa não sente nada naquele momento, e ela vai, assim está bom vou levando. (P28)

Eu acho que a maioria das pessoas só começam a se conscientizar depois que acontece uma coisa, uma perda, teve alguém na família. Começa a se olhar: “Isso pode acontecer comigo!”. (P29)

Se por um lado, o fato da doença ser silenciosa é um dificultador do tratamento, sentir os sintomas, por sua vez, seja de complicações agudas ou crônicas, pode fazer com que a pessoa se lembre do tratamento e radicalize seus comportamentos de autocuidado quando a glicemia está alta. Então objetivar é uma necessidade. Muitas vezes, nestes momentos, ela segue o tratamento, mas, provisoriamente, sem que este faça realmente parte de sua rotina diária. Esse também foi um aspecto mencionado entre as pessoas com DM2 que não aderem ao tratamento.

A gente não sente nada, acha que não tem nada e só se lembra quando mede a glicemia e está alta. Mas se está boa a gente acha que está tudo bem (E24).

Você começa a sentir uns sintomas e pensa, hoje eu não tomei o remédio do diabetes... começo a sentir, às vezes eu começo a não enxergar direito aí você lembra: “Nossa! Eu não tomei a medicação hoje” (E17).

Quando eu vejo que ela quer subir eu tiro todo o açúcar, fico às vezes uma semana bem restrita mesmo (E20).

Então, quando vejo que está alta eu me cuido mais sim, porque temo as complicações, começo a lembrar do que pode acontecer comigo se não me cuidar (E13).

Conforme o exposto anteriormente, verificar a glicemia e perceber que ela está alta faz a pessoa com DM2 se lembrar do tratamento. No entanto, a verificação constante da glicemia, necessária ao tratamento, também pode trazer inquietações. O desconforto físico de

ter que se “picar” foi mencionado pelos participantes, mas o mais foi relevante foi o desconforto psíquico. Isso porque as alterações constantes na glicemia foi outra dificuldade clínica muito encontrada entre o grupo de pessoas que não adere ao tratamento, sendo que, muitas vezes, estas não conseguem associar esse fato as suas práticas diárias.

E esse negócio de cada dia estar um valor, você olha a glicemia um dia está 90 e você fica toda feliz, no outro está 300 e você não sabe o que aconteceu: “O que que foi que eu fiz?” (E18)

Você não imagina como é chato ter que levar essas picadas. Eu sou revoltada mesmo, até porque o meu diabetes tem dia que aumenta tem dia que diminui, assim do nada...tem dia que controla, mas a maioria dos dias está alto (E22).

Essa balança da diabetes aí, você sabe muito bem, se você come açúcar demais ela vai lá em cima, se deixa de comer vai lá embaixo. Difícil demais controlar (E21).

Para os profissionais de saúde existe uma distorção das pessoas com DM2 sobre a verificação da glicemia. Enfatizam que as pessoas com DM2 parecem ter uma equivocada motivação para a verificação da glicemia, sendo esta uma comprovação de que realmente existe uma hiperglicemia quando não se segue o tratamento.

A gente tem muitos diabéticos tipo 2 que vêm na unidade...e querem fazer o exame da glicemia a qualquer momento. E aí eles falam: “Ah! porque ontem eu comi bastante coisa, então, eu queria ver hoje como que está!”. A gente responde: “Vai estar alta, Sr. João!”, “Vai estar alta, Dona Maria!”. Eles querem usar o HGT, o controle glicêmico, como uma prova dos dados. Querem fazer só pra ver se subiu mesmo (P25).

A gente sensibiliza eles pra isso, no grupo também: “não adianta o senhor fazer o controle e não anotar,

avaliar o tratamento que o senhor está fazendo, é de avaliar se a insulina que o senhor está aplicando é suficiente, se a dieta que o senhor está fazendo com nossas orientações está surtindo efeito, onde a gente está errando! (P26)

Sentir os efeitos colaterais da medicação oral, foi outra dificuldade para seguir o tratamento mencionada entre os dois grupos amostrais e enfatizada pelos profissionais.

Porque se você toma uma dose grande ou coisa parecida, você tem muito enjoo. Eu não posso tomar mais do que a dose que eu tomo habitualmente, porque eu vou ter enjoo, vou ter náusea, eu não vou conseguir comer, coisas assim e é muito desagradável (E04).

Mas eu acho que esse remédio é muito forte pra mim...Porque ele deixa um gosto na minha boca o tempo todo...Aquele gosto esquisito. E a fome vai embora (E18).

Os profissionais de saúde também reconhecem que sentir os efeitos colaterais interfira na adesão ao tratamento entre as pessoas com DM2.

Elas cansam...uma que o comprimido é muito grande...Então, são duas coisas ou o comprimido é grande ou tem que levar espetada, deveria ser uma coisa que facilitasse um pouco mais. Tem uma que diz assim “Só de olhar aquele comprimido já me dá nojo!” (P30)

Mas é que eu acho que aquele remédio acaba fazendo mal...Então, assim, eu vejo muito que para os diabéticos o remédio é complicado (P31).

As questões emocionais que já foram mencionadas como causa da doença, também foi um aspecto individual muito mencionado como

dificultador do tratamento entre as pessoas com DM2 que não aderem ao tratamento.

Dificulta, o estado de nervo! O estado de nervo é a coisa mais louca. Uh! Sou muito nervosa! Agora mesmo eu estou agitada...E isso atrapalha...Eu sou agitada demais (E19).

não consigo perder o peso, porque atualmente não é alimentação, eu digo é a ansiedade, e o pior remédio pra quem tem diabetes é a ansiedade, você fica ansioso, e por ali vai (E21).

Os profissionais de saúde também reconhecem que a questão emocional interfere na adesão ao tratamento.

Mas assim, a gente sabe que influencia o emocional... São muitos fatores que mexem com eles no lado emocional! Não adianta dizer que não, não adianta o médico dizer que não tem nada a ver, porque a gente sabe que influencia (P25).

Eu até acredito que essas questões influenciem no tratamento assim: a pessoa esta ansiosa, come mais, esquece de tomar a medicação. Porque os pacientes falam isso, mas tem que enfatizar pra eles que o mais importante e fazer a dieta, a atividade física e usar a medicação corretamente (P29).

Outra dificuldade individual mencionada pelas pessoas com DM2 que não aderem ao tratamento se refere à vontade de comer doces, de comer o alimento não permitido e sentir o alimento não permitido sempre próximo.

Essa vontade do alimento. Até tive dificuldades de emagrecer por causa disso. Daí vê as coisas diferentes e vira e mexe cai e é induzido a fazer aquilo que não pode. Tem hora que cuida, tem hora que cai e come, dá vontade. Está ali e vai, né? (E13)

Ainda dentro dos aspectos individuais, destaca-se que o fato de possuírem outros problemas de saúde, às vezes, considerados mais graves que o DM2 faz com que as pessoas que não aderem ao tratamento tratem desta doença num plano secundário, ou seja, os outros problemas são muito mais graves e por isso, precisam de muito mais atenção, não sobrando espaço para se preocupar com o DM2. Outras vezes, o DM2 não representa na vida deles o mesmo valor que os outros problemas de saúde, o que pode ser evidenciado nos relatos abaixo:

Porque assim, eu já tenho outros tipos de problemas de saúde. O que já me priva de algumas coisas na alimentação...Eu tenho enxaqueca, tem muita coisa que já me priva de comer, porque se eu comer eu vou para a cama, então, com a enxaqueca tenho que ser rigorosa, senão vou pra cama...Aí quando eu saio por aí tem que dizer: “Sou intolerante à lactose, sou diabética...”Então é muita restrição pra mim que acabo não conseguindo seguir (E13).

Eu tenho esse problema (cardíaco) que é muito pior que o Diabetes. Já me levou pro hospital, quase morri. Então, o Diabetes pra mim não é nada (E20).

Para aqueles que aderem ao tratamento, também existem, muitas vezes, outros problemas de saúde considerados maiores. No entanto, estes são vistos sobre outro ponto de vista, ou seja, se outros problemas maiores exigem tratamentos também complexos, cuidar do DM2 acaba sendo mais fácil, pois o diabetes é só um problema a mais.

Quanto ao diabetes eu não me assusto, não fico desanimada porque é mais uma situação para eu me cuidar ainda mais, tendo que evitar muitas coisas. Já tenho pressão alta, tireoide, então mais um

comprimido e os cuidados com a saúde em geral (E01).

Todo dia eu tomo, e eu já tomo outros remédios...Mas não interfere muito não, não muda muita coisa, é um remédio a mais (E08).

A categoria a seguir destaca que além das dificuldades no âmbito individual mencionadas anteriormente, as pessoas com DM2 participantes deste estudo apontam muitas dificuldades relacionadas aos aspectos sociais.

6.2.2.2 Vivendo numa sociedade marcada pela determinação social da doença

As dificuldades no âmbito social foram mencionadas pelos dois grupos amostrais de pessoas com DM2 e confirmadas pelos profissionais de saúde que atendem estas pessoas que reconhecem viverem numa sociedade marcada pela determinação social da doença. Dificuldades financeiras, questões familiares e problemas na esfera política local e global, dentro e fora do setor saúde, foram apontadas como dificultadoras do tratamento.

As dificuldades financeiras foram apontadas por muitos participantes deste estudo, nos dois grupos amostrais, como dificultadoras do tratamento e elas se refletem na compra do alimento, de medicamentos em falta ou não oferecidos pelo SUS, na realização de atividade física e, ainda, na realização de exames ou consultas não conseguidas pelo SUS. Muitas vezes, é preciso escolher entre comprar um medicamento ou um alimento saudável. Várias outras escolhas são necessárias nesse âmbito, como mostra as falas a seguir:

Infelizmente tem essa questão social e não dá para fechar os olhos para isso, pois a gente passa por essa situação (E17).

Hoje em dia eu sei de tudo que faz mal, sei mais ou menos o tanto de comida que eu tenho que comer...Se eu tivesse realmente condições, eu certamente faria. Porque quando eu posso comprar uma fruta, eu merendo uma fruta, e sempre eu falo isso. Quando eu tenho condições de comprar eu como fruta, verdura...Às vezes eu como assim uma coisa que eu sei que eu não posso comer, mas se eu não tenho outra opção (E18).

Eu tenho consulta, mas é com a médica geral, e eu estou tentando ver se consigo consulta com médico do diabetes aqui...porque particular não dá...Não tenho condições. Eu ia num médico particular mas não deu pra continuar porque é muito caro e falta o principal que é o dinheiro (E23)

E outros tipos de atividades seria bom, tipo uma hidro, mas não dá para mim por enquanto...porque é caro...Seria bom uma hidro porque compensaria a dor no joelho... Só que não dá, está inviável, por causa da questão financeira (E13).

Tem um remédio que eu tomo que é fornecido no posto e tem um que é comprado. Então há uma certa dificuldade para comprar ele...e é um dos remédios que deu certo. Como tomo ele bem direitinho...a diabetes fica que é uma maravilha. Só que ele é um remédio caro...Se eu fico sem tomar...a diabetes não fica muito estabilizada, aí tem que correr pedir para um, para outro, e pela prescrição que o médico falou são duas caixas por mês do remédio, dá 100 reais (E13).

O alimento para o diabético, digamos o *diet*...são produtos caros que a gente não tem possibilidade de comprar. A medicação é cara...agora vem páscoa, se o diabético quiser um chocolate tem que ser *diet* e tem que olhar porque o preço é caro (E17).

...aqui no posto, conseguir fazer exames então, virou uma eternidade. Mas, como a gente não tem como

Os profissionais de saúde reconhecem que as dificuldades financeiras interferem na adesão ao tratamento. No entanto, ressaltam que este problema muitas vezes pode ser contornado.

Acho que o problema financeiro, acho que não é isso! Existem meios que a gente pode estar substituindo. Eu acho que impede uma parte sim, mas não totalmente. Hoje existem alternativas pra caminhar, pra fazer uma atividade física, e nós mesmos podemos dar uma boa orientação nutricional. Eu acho que é importante o nosso apoio aqui da equipe (P29).

Eu tenho trabalhado com o grupo de exercícios físicos que a gente faz, trabalha com exercícios com materiais que os pacientes trazem de casa pra que eles possam repetir esses exercícios em casa sem problemas. Então, o nosso objetivo na verdade é de se encontrar uma vez na semana e a ideia é estimularmos a fazer em casa com materiais que eles facilmente podem reproduzir em casa (P27).

Entre o grupo de pessoas que não adere ao tratamento, a família foi colocada como dificultadora do tratamento em vários aspectos. A família pode não oferecer o apoio esperado pela pessoa que tem DM2 e ainda, exigir cuidados especiais por motivos diversos dentre os quais se destacam o fato de ter alguém dependente fisicamente ou financeiramente, conforme relatado nas falas:

Lá em casa eles querem comer doce, minha mulher tem Diabetes e não está nem aí, pega um pote daqueles de doce e come, minha filha é obesa e não está nem aí, eu digo: “minha filha, olha o Diabetes”... Minha mulher agora tem que se cuidar, eu queria até que você tocasse nesse assunto com ela, porque eu falo pra ela: “veja só, tens neta e não te cuidas!” (E23)

Eu cuidava da minha mãe na época, minha mãe tinha Alzheimer e assim, você não se mata porque não é para morrer, mas tu não percebe o estado que você fica. Até que o médico disse para mim: “Sua mãe, ela não tem diabetes, o que ela tem é a idade, se você não se cuidar, você vai primeiro que ela” (E15).

Durante as entrevistas realizadas nas casas das pessoas com DM2, pôde-se observar a importância da família no tratamento. Tanto houve aqueles em que a família estava próxima como houve observação da família como dificultadora do tratamento. Neste último caso, constatou-se que muitas das entrevistadas são mulheres aposentadas que ficam em casa e são responsáveis por preparar a comida para o restante da família. Isso, também foi mencionado por algumas participantes.

Eu não sei, mas veja só, eu tenho mais dois filhos e tenho que cozinhar para eles, se eu fizer a comida que eu posso comer eles não vão gostar (E14).

Além disso, muitas delas têm entre as suas responsabilidades, o cuidado dos netos, crianças que permaneciam com a avó durante todo o dia. Isso ficou bem evidente em muitas situações, pois um dos meses de entrevista foram dezembro e janeiro, meses de férias escolares. Nestas circunstâncias, a comida era preparada pela avó com DM2 para o paladar e agrado dos netos. Ter que cuidar dos netos também as impedia de sair para caminhar, por exemplo.

Também pela observação, a determinação social da doença pôde ser percebida na precariedade das condições de vida, das casas, fazendo com que estas pessoas fiquem numa situação de vulnerabilidade social, sendo parte das desigualdades da sociedade atual. Isso faz com que outros problemas sociais sejam considerados muito maiores que o DM2

como ter um filho preso, sofrer preconceito racial, ter um marido que agride fisicamente ou um filho doente, fazendo as pessoas com DM2 adiarem o tratamento. Durante as entrevistas, perguntar para estas pessoas o significado do tratamento para o DM2 parecia inócuo, uma vez que o este parece ser o menor dos problemas, diante dos grandes problemas sociais por eles enfrentados. Algumas falas também corroboram com essas observações:

Então, essa situação atual do país e esses preconceitos todos que têm e traz danos. No meu caso pela minha situação de ter morado na rua, de comer o lixo, de comer o que tinha, então desde lá já trago uma situação complicada...Tem o fato de ser negra, é mais dificultoso para uma pessoa que é negra, ela tem que provar três vezes mais que ela é capaz do que uma pessoa branca (E17).

Ela tem câncer nos ossos, minha filha mais moça (62 anos)...o Cacá (outro filho) também está com cinco cistos no rim e ele não pode operar, não pode tomar sangue. Então, tudo me incomoda, tudo isso me incomoda muito mais que o Diabetes. Uh! Muito mais! Essa doença mesmo da Solene (filha) tem me acabado. Acabou, acabou...acabou comigo!

Os profissionais de saúde também veem a determinação social da doença e todos os aspectos nela envolvidos.

...num sentido geral, que o problema muito da saúde da pessoa vem do quadro social...Eu trabalho aqui e trabalho...na UTI. Lá eu vou e trabalho, faço o que tenho que fazer e vou embora ...Claro, às vezes, acontece um óbito que te marca... mas aquilo pontual e acaba. Na estratégia (ESF), dentro da unidade de saúde é diferente! Tu acaba sempre levando muita coisa pra casa, porque assim, é aquele paciente que tu fala, que tu orienta e que tu não vê mudanças muitas vezes. Ou aquela pessoa

que, às vezes, tu não consegue ajudar por causa do quadro social em ela vive (P25).

Todos vão ter problemas, nós trabalhamos com uma população que tem muitos problemas e a gente tem que saber como lidar e tratar um problema de cada vez porque senão eles abandonam o tratamento pra cuidar de outra questão. Nosso desafio é fazer com que eles se cuidem mesmo diante da problemática social em que eles vivem...Se ele sai daqui e tem comprar um medicamento, pelo menos a maioria, não vai comprar, não vai usar. Então, a parte social é o dificultador. E a gente vê que a maioria das pessoas tem problema social, ou é problema com filho drogado, que mexe também...(P26).

Eles não aderem a alimentação, ou eles não fazem atividade; dizem que têm que cozinhar pros filhos, ou não têm tempo, ou porque têm que cuidar do marido, ou porque têm uma dor ali uma dor lá (P31).

Diretamente relacionado a isso, há ainda que se destacar que existe um reconhecimento de que problemas na esfera política local e global, dentro e fora do setor saúde, estão estreitamente ligados ao tratamento, podendo dificultá-lo.

Mas, infelizmente a gente vive em um país que não valoriza a nossa saúde, não valoriza nossa educação...Eu desde pequena não tive a oportunidade que eu deveria ter, estudar, ter mais conhecimento...Então, essa situação atual do país e esses preconceitos todos que têm, traz danos (E17).
...porque a nossa prefeita, não vou mentir pra você, porque eu votei pra ela, mas ela foi uma sucuri, foi uma naja... mudou muita coisa pra pior! No CAT mesmo, todos os anos eu fazia ali, agora mudou tudo...Ela nos empurrou para cima em forquilha... numa, salinha pequena ... muita gente idosa, um por cima do outro. E agora é sorteio e eu

posso ficar sem minha vaga. Então, pra mim, nota zero para ela (E05).

Os profissionais de saúde também reconhecem problemas políticos locais e globais como fatores intervenientes no cuidado de saúde das pessoas com DM2.

Então, não tem essa rede de apoio da parte social está muito fraca...A gente tem o NASF e era pra ter o serviço social no NASF, não tem. Porque a saúde sozinha não dá conta...(P25).

O serviço social deveria estar junto porque o problema na verdade de quase tudo tem alguma coisa social no meio. Serviço social não tem. Daí serviço social vai ajudar no quê? Arrumar um emprego? A gente sabe o problema que a gente está! Que arrumar uma qualificação poderia, mas a nossa parte social está altamente deficitária (P26).

A vulnerabilidade social desta parcela da população estudada faz com que as pessoas com DM2 de ambos os grupos amostrais tenham uma forte dependência do sistema de saúde pública para os cuidados com a sua saúde. No entanto, aspectos estruturais e organizacionais do sistema de saúde pública interferem na adesão ao tratamento e corroboram com a situação de vulnerabilidade, como evidenciado na subcategoria a seguir.

6.2.2.3 Percebendo-se vulnerável diante da Atenção Básica de Saúde

Existe a compreensão de que as dificuldades do tratamento relacionadas ao sistema de saúde pública, em especial a atenção primária de saúde, foco deste estudo, corroboram com a vulnerabilidade social e foram mencionadas pelos grupos amostrais 1 e 2 e, em parte, reconhecidas também pelos profissionais de saúde. Alguns aspectos no

entanto, foram confrontados pelos profissionais de saúde. As dificuldades relacionadas ao sistema de saúde potencializam as dificuldades individuais e as sociais.

Os participantes deste estudo pertencentes aos grupos amostrais 1 e 2 destacaram a demora na realização dos exames, a falta de medicamentos básicos e/ou de opções de medicamentos mais eficazes para o controle da glicemia, a falta de fitas reagentes para o automonitoramento glicêmico, a dificuldade de encaminhamento ao especialista, a mudança constante de médicos e as questões burocráticas do serviço de saúde como dificultadoras da adesão ao tratamento. Estas dificuldades impedem o acesso a aspectos básicos do tratamento e deixam as pessoas com DM2 vulneráveis às complicações à medida em que, às vezes, não encontram outra opção, e terminam por não aderir ao tratamento.

A demora na realização dos exames foi muito mencionada, sendo causa e consequência de dificuldades financeiras, pelo fato em que não conseguindo o exame pelo SUS, as pessoas com DM2 se privam de outras necessidades para pagar os exames. Por sua vez, se o exame demora, o retorno ao médico também vai demorar e as alterações de tratamento vão sendo proteladas.

Para fazer um exame demora, meu endócrino já faz tempo que não consigo consultar (E13).

Muita gente que precisa só do posto de saúde reclama, porque aí se precisa de um exame mais especial demora muito (E02).

Eu estou esperando exame, há mais de sete meses esperando. Estou pensando em pagar e sem exames não tenho como voltar na médica (E24).

Os profissionais de saúde reconhecem essa demora e que ela pode interferir na adesão ao tratamento, bem como no trabalho dos profissionais de saúde.

Se é rotina vai esperar até três meses, é verdade, está ocorrendo isso. Agora se o paciente está lá com alguma alteração, daí o médico vai colocar o motivo e a gente consegue liberar antes. Porque aqui a gente libera exames de acordo com os dados clínicos. Só que antes desta crise, em meados de 2016, o exame saía na hora. O paciente saiu do consultório, ia no balcão e saía com a data agendada...era feito na hora (P26).

...Principalmente agora nesses últimos meses, com essa crise econômica; o exame de laboratório que você pedia hoje e uma semana já estava sendo realizado, agora está levando de três a quatro meses. Então, aqui nesse posto...ainda têm pessoas que: “Ah! Eu vou fazer particular!”...mas não é o comum. Então, muitas vezes, a gente faz a dosagem do HGT aqui e se dá alto, a gente encaminha ou entra com a medicação... E é fundamental você ter esses exames, porque o diabético com uma doença crônica precisa desse acompanhamento (P29).

A falta de medicamentos, bem como a falta de opções de medicamentos, também são fatores apontados pelas pessoas com DM2 que interferem na adesão.

...deixa a gente meio ruim, o fato de chegar lá (UBS) e não ter o remédio. E anda faltando muito. Então quando chega lá e falta, atrapalha, porque a gente precisa daquilo (E13).

Agora os remédios, sabe, alguns eu tenho que comprar porque não tem no posto. O da pressão eu comprei (E08).

Os profissionais igualmente acreditam que essa falta de medicamentos ou não ter opções mais eficazes de medicamentos interferem no tratamento.

Porque se a pessoa usou o medicamento que tem no posto, que também já não são tudo isso...fez o tratamento...e não resolveu, vai ter que dar alguma outra coisa que às vezes não tem no posto...Então, daí como que ele vai comprar isso? Não vai comprar, não vai usar...uma coisa que eu fui numa reunião... que eles iam começar a conversar com os médicos pra fazer uma reavaliação destas medicações quando eles vêm pra atenção básica. Porque têm medicações muito antigas usadas aqui (P25).

...é o medicamento, que não tem dinheiro pra comprar o medicamento, que às vezes não tem aqui ou a insulina daqui já não funciona. Daí tu tem que mandar pra abrir um processo no fórum. Eles dificultam horrores pra conseguir essa medicação, a pessoa desiste. Tem insulinas hoje em dia que fazem uma grande diferença. E daí muitos têm que entrar com processo pelo estado, e recebem (P26).

O controle glicêmico é uma das medidas necessárias para o autocuidado relacionado ao DM2. Para isso, o município oferece fitas e glicosímetros para as pessoas com DM2 que utilizam insulina. No entanto, desde o início da coleta de dados estes não estavam sendo fornecidos e por isso, as pessoas com DM2 sentiam dificuldade de fazer o autoavaliação da glicemia, acreditando ser este, um dos aspectos que interferem na adesão. O fato de não realizarem o controle glicêmico pode afetar o uso correto da medicação e também os outros aspectos do tratamento.

A única coisa que ainda está faltando para completar o tratamento é chegar a fita e isso aí está dificultando...e está demorando... Porque daí eu veria a glicemia sempre em casa para não ter que ir no posto toda hora. Semana passada já não fui, era para ir pelo menos duas vezes mas não dá. Ainda não consegui o aparelho, isso aí atrapalha porque

não pude acompanhar direito ainda. Eu tinha que fazer o teste (glicemia) mais vezes. Tenho pedido da médica para fazer no posto, tinha que ir três vezes, até comecei certo mas sabe, não é tão perto assim, o posto daqui fica longinho, difícil se programar para ir assim muitas vezes, então o mais difícil é isso. Mas usar, a picada, isso não acho difícil não. Mas parece que as fitas vão chegar logo e isso também se resolve (E10).

Entre os profissionais de saúde, as opiniões sobre interferência da falta de glicosímetros e fitas na adesão ao tratamento das pessoas com DM2 divergem. Reconhecem ser esse um aspecto importante do tratamento, mas outros aspectos são igualmente importantes. Ressaltam que este fato não deveria prejudicar a adesão ao tratamento e até orientam medidas que podem tentar melhorar essa questão.

Eu acho que com a falta de fitas o paciente ele fica desestimulado por ver que, ele se sente até menos cuidado, vamos dizer assim (P29).

A fita, o controle glicêmico é uma das coisas, é um dos cuidados... Não adianta também fazer o controle glicêmico e a outra parte ficar desassistida. Então, a gente só veio a pensar que a fita é só mais uma coisa pra ajudar e não um fator determinante nessa situação...nossa estratégia é tentar diminuir essa quantidade de pacientes recebendo a fita e sensibilizando eles pra entender que a fita não é tudo, que eles têm que fazer outras coisas (P25).

Então, não sei até que ponto isto influencia realmente. Uma dosagem, uma testagem vai influenciar numa adesão? ...Então, aquele que usa regular, acho que isso pode influenciar no tratamento, porque depende da dosagem da regular pra aplicar...Agora...a grande maioria usa ou comprimido ou só NPH, daí é um conjunto (P26).

Ressaltam que, por outro lado, as pessoas com DM2 não fazem o teste conforme recomendado, mesmo tendo as fitas.

Tem paciente que recebe seis, cinco testes por dia. Só que o que a gente observa, que o paciente faleceu ou aconteceu qualquer coisa que não usou mais, a gente recebe caixas, sacolas de fitas. Ou seja, ou eles não precisam fazer três vezes ou mais conforme o médico coloque, ou eles não estão fazendo. É praxe. Paciente faleceu, vem a família com caixas de fitas (P26).

A consequência da falta de glicosímetros e fitas aliada à falta de medicamentos mencionados pelos participantes, faz com que as pessoas com DM2 tomem medidas para sanar esse problema. Entre aqueles que não aderem ao tratamento as decisões, às vezes, são equivocadas: ou prioriza o medicamento em detrimento de outros aspectos do tratamento ou deixa de tomar o medicamento.

Ainda está faltando fita e lanceta...Então eu olho, só duas vezes por semana para economizar fita (E23).
Eu uso insulina regular, mas atualmente não estou usando porque ela está prescrita pra fazer dependendo do teste (HGT) e como não tenho mais fita não estou fazendo (E22).

Ainda no que se refere às dificuldades encontradas pelas pessoas com DM2 dentro da Atenção Básica de Saúde, muitos aspectos relacionados aos profissionais de saúde foram mencionados dentre eles a mudança contínua de médicos, a falta de empatia profissional e a falta de especialistas nas UBS.

mas muda muitos os médicos lá, e ficam um tempo sem, é difícil também (E09).
tem outra que não prestava, ela estava aqui era (nome do profissional)...A (nome do profissional) era um bicho que estava aqui até que um dia ele

saiu lá e eu disse “já devia desaparecer, porque não presta” (E05).

E quando eu falei pro médico que não tinha feito o controle (da glicemia) porque não tinha condições ele me respondeu: “quando a geladeira da minha casa estraga eu tenho que mandar consertar, então todo mundo pode dar um jeito!” Olha só o que ele me respondeu (E10).

Você vai marcar um consulta não tem...não têm todas especialidades de médico (E09).

Sobre a empatia profissional, os profissionais a destacam como importante para a adesão ao tratamento.

Acho que qualquer tipo de tratamento, pra você ter um bom retorno pro paciente é você ter um vínculo com o paciente. Criar um vínculo, manter uma boa relação médico-paciente que eu acho que isso é fundamental (P29).

Sobre a dificuldade de especialistas na UBS, os profissionais de saúde ressaltam a necessidade do especialista, mas ao contrário do destacado pelas pessoas com DM2, estes encaminhamentos não costumam demorar muito. Além disso, existem critérios claros para estes encaminhamentos, que muitas vezes não são compreendidos pelas pessoas com DM2 que acabam interpretando o seu não encaminhamento como falta de profissionais.

Quando tinha o SIASC...não se levava em consideração os dados clínicos. Quem entrava primeiro ganhava a primeira consulta. Com a vinda do SISREG, ainda continuava um pouco esse padrão, mas já se pensando em regulação, em avaliar critério de urgência. São consultas que não costumam demorar. Então, se o paciente deixa de consultar é por irresponsabilidade dele...não trazer o pedido no tempo certo pra gente solicitar. Todos eles são orientados. E a gente consegue antecipar

se houver necessidade. Claro que a gente vai acompanhando, pelas consultas, aqueles pacientes que participam do grupo, a gente está sempre perguntando (P25).

Talvez, em especialidade, quando tu precisa de endocrinologista, quando não é mais primário, quando é atendimento secundário. Daí realmente tem menos profissionais...e vai demorar um pouquinho. Mas é tudo de acordo com a gravidade. Então, agora a gente não trabalha, boto na fila e vai ficar na fila. Não! É de acordo com a lista de prioridade (P26).

A gente precisa tirar aquela questão de que tudo é na base do encaminhamento que realmente está muito enraizado. E aí as pessoas não entenderam o que é realmente essa questão da Saúde da Família (P28).

A gente tenta explicar que o médico da família trata isso. Ainda está muito desacreditado o médico da família...não tem a necessidade de estar pipocando em tudo quanto é médico...Em vez de marcar especialista...marca...com o médico em família...O médico da família...encaminha, quando vê que o exame está alterado. Às vezes eles vão direto para o endocrinologista e pagam consulta. Mas eles ainda têm essa mentalidade de que tem que ser especialista (P30).

Ainda sobre esse item, os profissionais da educação física destacam seu importante trabalho, além do endocrinologista, enfatizando que poderiam auxiliar ainda mais na adesão ao tratamento. No entanto, existe pouca procura por estes profissionais que muitas vezes chegam a ter agenda aberta para atendimentos individuais, conforme ressaltado na fala a seguir:

Quando percebo que uma pessoa precisa de um atendimento mais individualizado, eu faço à parte...marco a consulta individual, chamo a

muito baixa, 4 ou 5 marcações pra 1 atendimento. Disponibilizar agenda, dois profissionais, pra 20, 30% de comparecimento! (P27)

A superação dos obstáculos, seja encontrando estratégias individuais, seja se apoiando nas estratégias apresentadas pelos profissionais de saúde, será determinante para a pessoa aderir ou não ao tratamento. O modo como as pessoas com DM2 revelaram a adesão ao tratamento está relacionado ao modo como elas buscaram estratégias de adesão.

6.2.3 BUSCANDO ESTRATÉGIAS DE ADESÃO AO TRATAMENTO

À medida que as dificuldades surgem, a pessoa com DM2 busca estratégias para inserir o tratamento em sua vida. As subcategorias a seguir mostram que tanto as pessoas com DM2 aderentes ao tratamento como aquelas não aderentes ao tratamento buscam estratégias através de formas individuais de enfrentamento, encontrando motivações e reconhecendo a importância de todos os aspectos do tratamento. As diferenças dessas estratégias entre os dois grupos amostrais são um ponto importante para a adesão ao tratamento.

6.2.3.1 Buscando formas individuais de enfrentamento

Na busca pela adesão ao tratamento, as pessoas com DM2, tanto as que aderem como as que não aderem ao tratamento buscam formas de enfrentamento diversas para contornar os obstáculos. Na verdade, todos tentam colocar na sua vida algo que “caiba no seu dia a dia” seja para

vontade de comer os alimentos não permitidos, lembrar de tomar a medicação.

Na época que eu emagreci vinte e poucos quilos...eu fazia um mingau de aveia, porque eu não posso ter fome à noite, e aquilo me satisfazia, consegui emagrecer só assim. Eu comia tudo muito regrado e fazia hidro e pilates...tem que ir achando o seu caminho...Eu acho assim, a gente pode comer de tudo, o problema é a quantidade (E04).

Caminhar, eu caminho quase todos os dias, mas eu não estou caminhando, assim, largo a bolsa e vou caminhar. Não! Mas, eu desço do ônibus dois pontos antes. Assim, sou obrigada a caminhar (E17).

A malinha de medicamento meu e do meu marido fica ali na sala, pra gente não esquecer de tomar (E14).

Entre aqueles que não aderem ao tratamento, nem sempre essas estratégias são adequadas.

Mas a insulina eu tomo assim, quando vejo que está muito alta porque quando está controlada eu não tomo porque uma vez eu tomei e baixou demais. O médico mandou tomar duas vezes, uma de manhã e outra à noite. Mas só que quando eu tiro a medida (HGT) e vejo que está controlada eu não tomo (E23).

Quando chega lá (UBS) e falta (medicamento) a gente tem alguma coisa em casa ainda. Em vez de tomar a quantidade certa, diminui. Mas agora, deixar de tomar toda a quantidade ali, daí não. Daí diminui o comprimido para dar certo até ir lá e pegar de novo (E13).

Ainda está faltando fita e lanceta, esse mês fui obrigado a comprar, mas é caro demais. Então eu passei a olhar só uma vez por dia (E23).

6.2.3.2 Encontrando motivações para seguir o tratamento

Encontrar motivações para seguir o tratamento foi uma das estratégias de adesão ao tratamento evidenciadas nos dois grupos amostrais. Assim, exemplos positivos e negativos foram vistos como motivações para seguir o tratamento. As pessoas com DM2, muitas vezes, conhecem alguém com a doença e, por isso, vão buscando esses exemplos positivos e negativos que, de certo modo, irão influenciar na sua forma de lidar com o tratamento. As pessoas reconhecem muitos exemplos positivos e tentam segui-los.

Segundo uma amiga minha, isso é hábito, tem que comer porque você tem que ser amiga das verduras. Porque ela tinha que emagrecer...então ela disse que aprendeu a comer, começava comendo meia folhinha. E foi comendo e agora ela gosta. Disse que não consegue mais viver sem o verde... (E14).

...Eu fui pra uma policlínica, aí...o médico me disse: “eu sou diabético, tenho diabetes há muitos anos e estou aqui trabalhando, ajudando as pessoas, então te digo que o tratamento é você se cuidar...só tu te cuidando! Não tem remédio que vai fazer milagre” (E03).

E ela (amiga)...ficou hipertensa e o diabetes dela ficou em 300. Então, ela começou a ser mais disciplinada no tratamento, ela é muito disciplinada... E todas as irmãs (da igreja) que têm diabetes são obedientes ao tratamento (E15).

Na busca pela adesão ao tratamento, querer um destino diferente daqueles conhecidos que sofreram com as complicações é um desejo relatado em ambos os grupos amostrais e parece ser um dos aspectos que favorecem a adesão ao tratamento.

Lembrar do meu pai que já teve várias complicações

derrame numa vista...daí ele se machuca, demora pra cicatrizar, teve que parar de dirigir. Então, eu às vezes, tenho vontade de seguir o tratamento, porque eu não quero ficar cega, imagina, tenho netos pequenos, quero ver eles crescerem, então eu tenho medo (E14).

Mas o diabetes, eu tenho experiência com a minha mãe, ela era dependente de insulina, não tinha mais onde aplicar a insulina. E ela faleceu com 63 anos, ela tinha obesidade mórbida e o diabetes descompensado...Eu fico pensando que a minha vida pode ser diferente da dela... Talvez se não fizesse esse tratamento eu tivesse o mesmo destino da minha mãe...eu posso fazer diferente, diferente da minha mãe (E17).

Além de verem outras pessoas como exemplos a serem seguidos ou não, as pessoas buscam outros estímulos para seguir o tratamento, destacando-se a vontade de viver e, principalmente, o temor de ficar dependente de outras pessoas, de sofrer com as complicações ou mesmo de mudar o tratamento.

O que me dá força é a vontade de viver, ver os netos crescendo, ver os filhos vencendo, estar junto deles (E03).

Quero ver meus netos criados e não quero dar trabalho pra ninguém ...isso tem me estimulado a me cuidar (E23).

Mas agora, eu estou com medo, porque ela não está abaixando e aí...o médico falou que se não abaixar vai me passar pra insulina... mas eu não quero usar insulina (E15).

Apesar de pessoas que aderem e que não aderem buscarem estímulos para adesão eles nem sempre são encontrados e isso desfavorece a adesão ao tratamento.

Porque eu poderia ter mais força de vontade, e isso é da pessoa mesmo, não tem outro culpado se não a pessoa mesma. De repente, está me faltando a

motivação...o fato de fazer tudo sozinha...eu tenho medo mas também não faço por merecer (E14).

Hoje em dia não tenho nada que ajude a seguir o tratamento não! Não tenho nada que me estimule. Vivo aqui sozinha, só fico em casa, tenho medo de sair e cair, às vezes não saio nem pra levar o lixo (E22).

6.2.3.3 Reconhecendo a importância de todos os aspectos do tratamento

Se o momento inicial do tratamento foi basicamente marcado pelo início do tratamento medicamentoso, à medida que a pessoa busca a adesão ao tratamento, os outros aspectos parecem ganhar mais destaque. Entre o grupo de pessoas que adere ao tratamento, obviamente que o valor do tratamento medicamentoso continua, isso é fato, mas, o tratamento não medicamentoso vai gradativamente sendo valorizado e evidencia-se que outros aspectos são considerados parte da adesão ao tratamento.

Hoje tenho muita preocupação em emagrecer, preocupação com a alimentação. Mudei bastante, para fazer um exercício, para cuidar, enfim, o meu foco tem sido esse, além da medicação (E05).

...Então, a alimentação, lógico! Medicação lógico! A caminhada, eu comecei. Nossa! Eu pesava 116 quilos e fui emagrecendo...eu não fico sem fazer nada, parada em casa, foi difícil no começo mas agora aconteceu uma adaptação (E09).

Entre o grupo de pessoas que não aderem ao tratamento, a importância de todos os aspectos do tratamento também são reconhecidas, mas sempre existe uma justificativa para não realização.

Eu tinha uma bicicleta e eu andava muito, mas agora, não tenho andado não. Depois do AVC eu participei do programa de reabilitação do Hospital

ando bem, mas aí passaram para eu andar na rua, passou a pesar mais pra mim por causa do joelho, daí eu parei (E23).

A hidroginástica, eu já fiz, fiz o ano passado, ano retrasado. Mas esse ano eu disse: “Ah! Estou cansada de ir no centro!” (E15)

A glicemia eu tinha que olhar todo dia, na verdade três vezes por dia, mas não olho todo dia, não! Porque parece que você fica olhando fica aquela coisa assim na sua cabeça, aquela preocupação, sabe? Te estressa também, daí então, não olho. Eu tenho aparelho e tudo mas não olho todo dia, não (E22).

Na verdade, a gente sabe que tem que cuidar dos pés, tem que examinar todos os dias, mas a gente esquece, essa correria do dia a dia (E17).

Os profissionais de saúde ganham destaque como estimuladores destas estratégias de adesão ao tratamento. Eles também reconhecem que as pessoas com DM2, de uma maneira geral, buscam diversas estratégias, no entanto, entre aqueles que não aderem ao tratamento existem sempre justificativas para a não adesão. Reforçam ainda que independente de aderirem ou não ao tratamento é necessário, durante o mesmo, através das consultas e grupos, fortalecer as formas individuais de enfrentamento, mostrar as motivações para segui-lo e a importância de todos os aspectos do tratamento.

Então, eles sempre têm uma justificativa... na verdade é uma fuga...a nós, enquanto profissionais, cabe destacar que alimentação, atividade física e medicamento são igualmente importantes...e nos perguntar: “O que podemos fazer dentro do nosso alcance?” (P26).

Eu acho que à medida que eles começam a vir no grupo, a ver que a atividade física pode ser prazerosa, e principalmente se eles começam a ver

os resultados eles ficam motivados. Esse e o maior estímulo que podemos dar (P31).

6.2.4 VALORIZANDO OS ASPECTOS FACILITADORES DO TRATAMENTO

A adesão ao tratamento em DM2 envolve a superação das dificuldades nos âmbitos individual, social e relacionadas ao sistema de saúde e ao enfrentamento do tratamento. Superar as dificuldades que muitas vezes são comuns entre os dois grupos amostrais é a grande diferença entre aderir e não aderir ao tratamento. Assim, essa categoria evidencia diferenças entre os dois grupos amostrais de pessoas com DM2 participantes do estudo. Quanto aos profissionais de saúde, estes reconhecem que a valorização dos aspectos facilitadores em detrimento das dificuldades é um importante aspecto ligado à adesão ao tratamento.

6.2.4.1 Superando as dificuldades individuais e aceitando o tratamento

Se questões individuais foram apontadas como dificultadoras do tratamento, também existem dentro delas aspectos facilitadores a este. Tanto as pessoas com DM2 que aderem ao tratamento como aquelas que não aderem reconhecem estes aspectos facilitadores, mas eles parecem ser mais valorizados entre aqueles que aderem. Por isso, estes últimos, destacam no que se refere à adesão, no âmbito individual: a aceitação da doença, o enfrentamento do tratamento com pensamento positivo e encontrar apoio em si mesmo.

Apesar do processo de adaptação ao tratamento mostrar-se difícil em ambos os grupos amostrais, aceitá-lo é fundamental para aderir a ele. Esta subcategoria mostra uma diferença entre o grupo de pessoas que

com DM2 que o aderem ocorre uma aceitação da doença e do tratamento e até dentre aqueles que inicialmente não aderiram pode haver uma mudança e a pessoa passar a aderir ao tratamento.

Olha a adaptação foi um negócio difícil, porque quando era mais nova tinha muita privação financeira. Passava vontade de comer muitas coisas. Agora que poderia comprar o que quisesse pra comer, tenho essa privação!...Tive que aceitar essa doença para poder fazer melhor o tratamento (E03)
Daí agora eu, não vou dizer a palavra conformada porque não é legal ter diabetes para ninguém...mas assim, estou aceitando melhor. E depois que eu comecei a aceitar melhor a glicose está dentro do normal (E06).

Então foi com o tempo, me liberando mais dessas várias atividades que eu tinha, começando a trabalhar, ficando mais independente...foi que eu fui compreendendo melhor o tratamento e aceitando mais (E07).

Entre aqueles que não aderem ao tratamento, existe uma dificuldade de aceitação ou uma não valorização da doença e do tratamento.

Nem tenho vontade de fazer esse tratamento, eu falei pro médico que não ia mais tomar o remédio, ele ficou bravo comigo. E às vezes eu fico mesmo dias sem tomar a medicação (E19).

Não me preocupo com ela, quer dizer, preocupar eu preocupo mas, eu procuro não dizer que eu tenho. Tento viver como se nada estivesse acontecendo, não tenho doença nenhuma. Não quero nem pensar que eu tenho, se eu for pensar que eu tenho isso, Deus o livre! Eu vivo melhor assim! (E16)

O modo como cada pessoa irá experienciar a doença e significar o tratamento será decisivo para aderir ou não. Então, enfrentar o tratamento com pensamento positivo, encontrar apoio espiritual através da fé são

também aspectos individuais que podem favorecer a adesão.

Porque eu acredito neste ser superior e também a vencer o diabetes que não é um bicho de sete cabeças... A primeira coisa é cuidar do espiritual, eu busco muito força espiritual (E03).

Mas eu sou uma pessoa positiva, não fico pensando que sou doente, não fico lamentando não (E11).

Ter fé, e não deixar a peteca cair...não deixar de fazer os acompanhamentos, cuidar da alimentação, medicação, e atividade física, e em frente que vive muitos anos (E09).

Outro aspecto marcante entre as pessoas com DM2 dos dois grupos amostrais está no fato delas reconhecerem a si mesmas como o principal apoio, acreditando que a adesão ao tratamento envolve, além da aceitação da doença e de enfrentá-la com pensamento positivo, acreditar em si mesmo como apoio.

Eu me apoio mim mesma, no meu conhecimento...sou eu mesma que tenho que cuidar de mim. Moro sozinha, e também não tenho ninguém que dependa de mim...sou eu e eu mesma e sou feliz assim (E08).

Só que é assim: eu penso que sou eu que tenho que fazer por mim...Por isso, que eu tento fazer o tratamento. É meu mesmo, porque a doença é minha...Minha família é muito unida, demais até mas só que ...a doença é minha... quem tem que viver com ela sou eu (E16).

Acho que falta força de vontade minha mesmo. Eu sei como deve ser, mas não faço. Aí fica difícil, né? Sinceramente, não tenho apoios. Mas, não sinto falta não. Acho que depende de mim mesma (E24).

Os profissionais de saúde também reconhecem que o principal responsável pelo tratamento é a própria pessoa. Sem a vontade dela os demais setores não terão resolutividade.

Muitos pacientes pecam nessa parte. Perdem a consulta, o exame, a gente tem que ir atrás. Fazem a glicemia mas não anotam, não trazem a folha. Tem mais de uma folha, daí num dia traz uma, no outro traz outra. Ou quando vai consultar e esquece de levar as folhas todas. Então, a gente tem muito problema nessa participação deles...Porque é um contexto grande. Então, não adianta a gente ter exame, ter consulta se eles não comparecem (P25). A participação da pessoa no tratamento é importante...No caso da atividade física, a gente está tentando remediar aqui. Porque eles não tiveram essa educação e ... quando começam aqui veem a importância, as melhoras no dia a dia...entendem a importância e começam a praticar...Talvez por isso que a gente veja hoje mais pessoas idosas praticando. Então, o problema vem lá da educação. Não adianta dizer que eles não fazem atividade física porque não querem, eles não fazem porque não lhes foi ensinado a importância desde a escola como eu falei... Então cuidar de si depende deles, lógico, mas depende de muitos outros fatores educacionais (P28).

6.2.4.2 Contornando as dificuldades sociais e enfrentando o tratamento

Superar as dificuldades sociais nem sempre é possível, uma vez que estas envolvem questões fora do âmbito individual. Se, por um lado as dificuldades relacionadas à falta de recursos financeiros foi vista como um dificultador do tratamento, por outro, ter recursos financeiros foi visto pelos participantes do estudo de ambos os grupos amostrais como um facilitador do tratamento.

Também sou grata por ter tudo que eu tenho...meu

vale nada, e falam assim: “Essa miséria!” e eu fico pensando: “E se não fosse essa miséria?” Olha só, minha avó morreu com 96 anos nunca ganhou um melhoral de graça. Hoje, olha pra você ver! Eu ganho todos os meus remédios de graça, ganho todos os meus exames de graça, às vezes demora, mas sai (E03).

Eu também tenho plano que eu pago, eu uso o posto, recebo a visita da (ACS), que eu gosto muito, mas uso também o plano de saúde...Eu vou a médico sempre, faço meus exames, de seis em seis meses eu faço meus exames. Mas aí tem que ser pelo plano, né? Não dá pra esperar o do SUS, se não, não faria de seis em seis meses (E02).

Ainda no âmbito social, as pessoas que aderem ao tratamento mencionaram a família como um apoio, conforme pode ser visto nos seguintes depoimentos:

E graças a Deus eu tenho minhas filhas e minha neta que cuidam muito de mim, eu vou na casa delas e elas dizem: “Oh! Eu vou te dar esse bolo, mas só um pedacinho, porque não quero que você fica mal”. Eles ficam me controlando, às vezes, eu até fico brava porque eles me controlam bastante (E03). Ah! É porque a vida que eu tenho é muito boa, tanto os filhos não me incomodaram, só deram alegria, o marido também não me incomodou...E a família estando bem a gente fica feliz e tudo fica mais fácil, então não vai ser uma doença que dá pra tratar, que vai me tirar do prumo (E02).

E tem um fiscal também: meu marido. Aqui um cuida do outro, eu cuido dele que tem pressão alta e ele cuida de mim que tenho esse monte de coisa aí: pressão, diabetes, tireoide (E08).

Encontrar apoio social em programas públicos foi muito mencionado pelas pessoas com DM2 que aderem ao tratamento. A importância destes programas, como exemplo o Centro de Atenção à

Terceira Idade (CAT), entre as pessoas que aderem a atividade física foi fundamental. Também os espaços públicos merecem importância nesse sentido como explicitado nos depoimentos a seguir.

Têm muitos anos que eu faço hidro e alongamento, faço ali no CAT, mas agora eles suspenderam porque tudo vai ser sorteio, só vai voltar em abril...me cadastrei para hidro, agora vou ter que esperar a resposta. Tem que ser! Porque caminhada não posso fazer, tenho problema no joelho, então se não for sorteada não sei, vamos ver... esse último mês não fiz nada porque o CAT não voltou ainda (E11).

Ali é uma coisa maravilhosa, maravilhoso mesmo...eu acho que o CAT é uma economia para o município, que as pessoas que frequentam o CAT, a gente vê como funciona, são menos doentes...Justamente pela atividade e pelo interagir, trocar ideias (E05).

Eu caminho na beira mar...Eu faço caminhada praticamente todos os dias...sempre fiz ...Claro que hoje eu faço pensando que isso vai me prevenir de ter complicações, faço já com uma objetivo diferente...(E12)

Faço exercício, caminhada, é isso que eu faço. Faço todo dia de manhã, 10 km aqui na beira mar de São José. Quer ver dançar! Que coisa boa um baile! Deus do céu, como é bom! Ajuda à beça (E16).

Os profissionais de saúde também reconhecem a importância do apoio social na adesão ao tratamento conforme mostram as falas abaixo.

Então, a gente sempre tem que está tentando ver, porque sempre tem algum fator social, familiar, envolvido no nosso insucesso. Não seria insucesso nosso, mas, acaba comprometendo tudo. A gente tem que achar alguma estratégia. Aquele paciente que...não está melhorando, a gente vai lá na casa: onde que o senhor guarda o remédio? Quem que dá o remédio pro senhor? A gente já sabe que ele é

analfabeto, como ele vai tomar o comprimido. No que o senhor se baseia pra tomar a medicação? (P25)

A assistente social, a única que tem na saúde, está na minha equipe. Às vezes eu digo: “Ah! você espera que semana que vem eu vou ver os contatos de lá, eu vou ver o que dá de fazer pelo CAT”. Daí ela faz os contatos. Às vezes tem uns que falam: “Ah! Porque eu estou com um problema, está ruim de sair. Aí marca a consulta pra poder ter um programa de amparo ao idoso...(P27)

A importância do CAT é gigantesca porque é o local que eles se reúnem para fazer, só que a dificuldade é que são poucas vagas e a gente tem uma quantidade muito grande de idosos, isso é uma realidade...Deveriam deixar aquilo ali para quem realmente não tem condições de pagar! Aí vai dar certo, já que o município talvez não possa ampliar (P30).

6.2.4.3 Reconhecendo a Atenção Básica de Saúde como apoio ao tratamento

No contexto da população estudada, muitos aspectos facilitadores do tratamento foram encontrados dentro do sistema de saúde. O sistema de saúde mencionado foi basicamente o sistema de saúde pública, e em especial a atenção básica de saúde. Foram apontados anteriormente vários aspectos deste sistema que são dificultadores do tratamento sendo estes muito mais referentes às características estruturais e organizacionais. Enquanto isso, o que se observa fortemente é que apesar das dificuldades estruturais e organizacionais apontadas, as relações humanas estão mantidas e representam um forte apoio à adesão ao tratamento. As pessoas com DM2 apontam o apoio na UBS como um todo e, em especial, nos profissionais de saúde: Médicos, Enfermeiros,

Educadores Físicos e Agentes Comunitários de Saúde. As falas a seguir esboçam sobre esse tópico:

Depois que eu comecei a ...frequentar mais o posto ...que eu vejo que a gente só aprende as coisas se estiver mais próximo...buscar que cuidados eu tenho que ter, o que eu posso fazer para cuidar mais de mim...Muitas vezes a televisão fala mas não entra na cabeça ou um filho fala e não entra na cabeça e aqui (UBS) é diferente (E07).

A (ACS) vem cá, me orienta não só sobre o meu tratamento não, mas como conseguir as coisas, onde ir, o que levar, eles têm muita consideração com a gente (E11).

Porque eu uso o posto pra tudo...A gente vai pegando idade, aparece um monte de coisas, e eu só posso contar e com o posto mesmo, de lá é que eu sempre faço os tratamentos que preciso, os exames, pego as medicações... Todo mundo dizia assim: “Vais amputar esse dedo”. E foi lá no posto que salvaram meu dedo. Ia três vezes por semana pra fazer o curativo, (E16)

Uso o posto de saúde sempre, pego lá a medicação, as consultas, tudo direitinho, tudo certinho. Quando chega a época de eu ir no médico, elas telefonam pra cá, eu atendo, vou lá para confirmar, o local que eu vou, se é ali ou lá (E05).

Mas minha alimentação mudou completamente depois que eu comecei a frequentar o grupo aqui no posto. Eu aprendi além de melhorar a qualidade do que eu como, também aprendi a fazer as substituições, eu cheguei a perder 8 Kg (E10).

As falas acima apontaram que no que se refere ao apoio dos profissionais de saúde se destacou a empatia estabelecida com os profissionais de saúde, a importância do trabalho dos enfermeiros, ACS, educadores físicos e Médicos, em algumas UBS através de grupos de atividade física ou de hábitos saudáveis, a referência das enfermeiras das

áreas e a proximidade dos agentes comunitários de saúde como esclarecedores de dúvidas relacionadas à doença e ao tratamento e também sobre o funcionamento do SUS.

Isso também foi evidenciado durante a observação quando a caminho das entrevistas, muitas vezes, os ACS eram abordados pela população, para perguntarem dúvidas clínicas ou burocráticas do serviço e estes davam os encaminhamentos necessários. Uma forte relação da comunidade com os ACS foi observada. A importância do trabalho do ACS também foi evidenciado na entrevistas com os profissionais

Quem é o nosso protagonista da situação, quem que vai fazer a saúde dentro da estratégia da saúde primária acontecer? É o agente de saúde. Desde quando eu assumi a unidade, a gente está capacitando eles o tempo inteiro (P25).

Também nas entrevistas, os profissionais de saúde reconhecem o esforço do sistema de saúde na adesão ao tratamento das pessoas com DM2, sempre buscando mecanismos de apoio em várias áreas do conhecimento.

Eu acho que temos nos esforçado em conjunto para cuidar dessas pessoas dentro da unidade hoje... O acolhimento...que dá valor ao trabalho da enfermeira. A gente tem um grupo de hábitos saudáveis...e que temos feito muito esforço pra manter...(P25).

O grupo de exercícios físicos que a gente faz, trabalha com exercícios...que os pacientes...possam repetir...em casa... Então, o nosso objetivo... é de se encontrar uma vez na semana e a ideia é estimularmos a fazer em casa. E além disso a gente tem trabalhado...um grupo que a gente chama de hábitos saudáveis, nos trabalhamos em conjunto eu, a nutricionista e a psicóloga. (P28).

Toda equipe, o trabalho da enfermeira, a enfermeira vê mais essa parte dos pés, da orientação, até quanto à higiene também. Principalmente em idosos, as senhoras, às vezes fazem infecção urinária porque não fazem uma boa higiene. É importante você ver o paciente como um todo. Todas as doenças crônicas. Mostrar também o cuidado na hora que você vai avaliar o paciente. Você ver as complicações sempre, não deixar de ver os pulsos, os pés, orientar como que ele vai cuidar desse pé, isso é importante. (P29).

6.2.5 TRANSFORMANDO O TRATAMENTO EM ROTINA DIÁRIA

6.2.5.1 Significando o tratamento como uma possibilidade de viver melhor

Esta subcategoria mostra uma diferença entre os grupos amostrais de quem adere e quem não adere ao tratamento. Entre as pessoas com DM2 que aderem ao tratamento, as dificuldades individuais, sociais e relacionadas ao sistema de saúde passam a ser superadas ou contornadas e, ao longo do tempo, o tratamento passa a ser visto como uma possibilidade de viver melhor, conforme mostra as falas abaixo:

Pra mim o tratamento hoje é uma coisa que nem qualquer outra coisa da sua vida, faz parte, e quando deixo de comer algo não é por causa do Diabetes é porque é saudável (E03).

Mas hoje eu encaro o tratamento como uma possibilidade de viver melhor (E06).

Tranquilo, sabe é como qualquer outra coisa que a gente faz. Como escolher uma roupa, assim, não vejo muito problema não (E07).

Pra mim, assim, no tratamento pro Diabetes, eu não faço nada que eu já não faria se não tivesse diabetes...Mas, agora eu acredito que o tratamento seja para eu ficar melhor, não ter complicações

Significa viver melhor porque o problema não é morrer de diabetes, é ficar aí dependendo dos outros (E12).

Entre as pessoas com DM2 que não aderem ao tratamento, também fica clara a importância do tratamento.

Eu acho que o tratamento significa muita coisa para mim (E15)

Significa uma qualidade de vida melhor...A gente se privando que vai ter uma saúde melhor. Se privar do que não pode ou tentar conciliar. (E13).

Fazendo o tratamento eu posso viver melhor, ter saúde, ter uma vida ativa (E16).

No entanto, sentem dificuldade de superar os obstáculos e fazem o tratamento incorretamente, mesmo tendo consciência de que seus comportamentos não são aqueles esperados.

Tem que se privar de muita coisa...como qualquer outro tipo de problema de saúde, tem algum tipo de privação. A diabetes tem a privação de algumas coisas. Aí têm horas que a gente cai em tentação (E13).

O tratamento com certeza me deixa melhor, seguir o tratamento me deixa melhor mas, ter que fazer o tratamento é muito complicado (E22).

Significa dificuldade, ter que lembrar toda hora que eu não faço algo que deveria estar fazendo. Porque tenho que fazer o tratamento, mas esqueço. Esqueço de tomar a medicação. Eu nem olho minha glicemia. A medicação eu não tomo, eu esqueço mesmo. O pior é que eu não estou fazendo direito nem a alimentação, nem a atividade física e nem usando o remédio (E14).

O tratamento pra mim significa muita privação...Eu deveria me cuidar mais, deveria cuidar mais de mim... Se eu me cuidasse na dieta acho que emagreceria, acho que tudo seria melhor (E24).

Quando os cuidados exigidos pela doença passam a se tornar, de certa forma, “naturais” no dia a dia de quem tem que fazer o tratamento, a busca pela adesão se concretiza e o tratamento passa a ser parte da rotina diária, conforme mostra a próxima subcategoria.

6.2.5.2 Reconhecendo que o tratamento para o diabetes são mudanças de hábitos que servem para todos

As pessoas com DM2 que aderem ao tratamento reconhecem que hábitos diários precisam ser modificados quando se busca aderir ao tratamento. A adesão ao tratamento significa retirar da sua rotina diária hábitos adquiridos durante toda uma vida. Ao mesmo tempo envolve inserir outros hábitos que nunca fizeram parte da rotina. Elas estabelecem que estes hábitos vão se tornando naturais, vão fazendo parte da vida e na verdade, deveriam fazer parte da vida de todas as pessoas.

No que se refere aos hábitos retirados da rotina diária, a alimentação ganha destaque. Retirar da rotina os alimentos ricos em açúcares e gorduras e substituí-los pelos alimentos naturais e integrais é um grande desafio. Naqueles que o conquistam existe o reconhecimento de que, apesar das dificuldades, a vida sem eles fica melhor.

Eu fui tirando aos poucos o excesso, era acostumada a comer tudo muito, muita carne, muito arroz, fui diminuindo e hoje não sinto mais falta disso. Não sinto falta de comer gordura, nem refrigerante. Não sinto falta! Com o tempo a gente vai acostumando... gordura nem pensar, e por isso tudo que eu larguei de comer, eu comecei a emagrecer e estou me sentindo super bem. Eu já pesei 97,5 Kg, agora eu estou super bem! (E03)

Antes, no verão, eu acho que eu tomava até um litro de coca durante um dia e agora eu não posso botar

um gole de coca na boca que eu tenho um nojo tão grande, eu não sei se foi o médico que fez eu enjoar que eu não posso, não consigo mais tomar (E06).

...uma restrição alimentar tem que ser pra todo mundo, vale pra todo mundo, pra quem tem e pra quem não tem Diabetes. Porque doce e gordura não faz bem pra ninguém, faz mal pra todo mundo mesmo para quem não tem diabetes...nada me dificulta no tratamento. Não vejo nenhuma dificuldade de seguir uma alimentação saudável, uma vida saudável (E02).

Apesar de retirarem de sua rotina diária vários alimentos que antes faziam parte da rotina, a flexibilização da dieta, também faz parte da adesão. A medida que a pessoa se conhece, ela julga que pode eventualmente sair da rotina de tratamento e sem exageros experimentar uma vida como se as privações não existissem. Esse fato, foi relatado entre as pessoas com DM2 que aderem ao tratamento.

E assim eu consegui me acostumar sem me privar, pra você ver, no final de semana minha neta teve aqui e pediu um bolo, eu fiz o bolo, dei pra ela e comi um pedacinho com ela, e ela disse: “vó, você está comendo bolo?” Eu respondi pra ela: “olha eu fiz o bolo pra esperar você e vou comer um pedacinho, sim”(E03).

Eu me cuido, às vezes tem aniversário aqui, tem bolo, eu como um pedacinho pequeno (E07).

Eu não vou dizer que eu também não coma, mas é só um pedacinho, é um pedacinho de bolo. Claro, que aí eu escolho aquele sem recheio, tanto que minha glicose está controlada... mas isso é numa festa, porque numa festa, não é que não coma, mas escolho mais o que vou comer, escolho uma coisa pra comer e, às vezes, fico com vontade, mas não como mais. Assim, até perdi peso nos últimos tempos, tenho comido bem menos (E11).

As pessoas que não aderem ao tratamento também tentam flexibilizar, mas reconhecem que muitas vezes a flexibilização vira rotina.

Ah! Eu extrapolo bastante, bastante, sempre! Nesse final de semana mesmo eu extrapolei bastante (E14).

Outra coisa que eu não consigo controlar muito é o refri. Então tem semana que eu tomo muito e quando eu verifico geralmente ela está meio alterada... Agora não tenho ideia assim de quanto está, andei comendo besteira, andei tomando refrigerante. O refri pra mim é um problema (E13).
quando vou num aniversário, a gente esquece que tem a “bete”...se tiver uma festinha eu já sei que ela vai subir na certa. Sempre um docinho vai. Fujo muito da dieta! (E16)

E na busca pela adesão oscilam períodos de cuidado com descuido.

É como eu digo, têm horas que cuido e têm horas que eu vou para comer o doce, principalmente o doce...Então, têm horas que consigo controlar... Agora tenho que cuidar duas semanas para daqui duas semanas é o meu aniversário, para poder comer uma fatia generosa de um bolo de aniversário, uma coisa para compensar a outra (E13).

Mas, às vezes eu me cuido um tempão, chego a ficar meses sem comer açúcar, mas tem semana que eu como a semana quase toda, depende (E16).

Teve época que eu me cuidava melhor, mas agora, não sei, estou relaxada. Então, acho que não estou fazendo o tratamento como deveria (E24).

Entre os hábitos que precisam ser inseridos, a atividade física ganha um grande destaque. Algumas pessoas com DM2 que aderem ao tratamento, já tinham essa atividade como rotina mas muitos inseriram essa atividade somente após o diagnóstico da doença.

Eu faço caminhada praticamente todos os dias mas isso, eu sempre fiz independente de ter diabetes (E12).

Caminhada sempre fiz, sempre gostei de fazer (E01).

Eu vou na casa dos filhos a pé, vou em tudo quanto é lugar mais perto, que tem que pegar ônibus, eu vou a pé. Aproveito para fazer minha caminhada do dia. Além disso, eu varro meu terreiro, 180 m de grama (risos), eu que varro. Eu gosto de varrer (E02).

Pra mim não dá pra ficar sem atividade física, pra mim é uma falta que não tem explicação. O corpo da gente fica duro, é ruim para dormir, pra comer não, mais pra dormir (E05).

Os profissionais de saúde também reconhecem que tornar a alimentação saudável e a atividade física como hábitos é a grande diferença entre aderir ou não ao tratamento e representa um grande desafio para as pessoas com DM2 e também para os profissionais da saúde.

Quando você vê que virou hábito que você vê os teus alunos caminhando mesmo por conta, aí tu vê: agora criou o hábito, agora criou um comportamento. (P27).

Dizem que precisa de um ano pra daí criar aquilo como um hábito. Senão, a tendência de tu deslanchar e não fazer, e retroceder...é um ano. É muito tempo. E contando que as pessoas têm problemas e que eles usam isso como pretexto, a adesão é difícil. Mas, às vezes, a gente tenta amarrar isso. Então, se tu entra num programa, por exemplo, o CAT...Tem alongamento, tem hidro. Então, é uma forma de eles, se fizeram a matrícula, de eles sentirem-se obrigados...Se eles não forem, se começam a faltar, perdem a vaga (P26).

Difícil mesmo mudar hábitos... Sem contar o cultural... de fazer óleo em tudo. Daí vai preparar e

comida, taca óleo, tu vai fritar uma cebolinha tem que tacar óleo, tudo é óleo. Então as pessoas têm essa ideia que pra fazer qualquer comida tem que colocar óleo (P31).

Só falar de atividade física pra quem nunca fez nada, a adesão demora um pouco. Aqui, não tenho uma estatística mas, de paciente que entre a fica mesmo acho que dá uns 30%. Tenho sempre o grupo de atividade física cheio, mas a maioria não fica nem um mês (P27).

É fundamental a mudança de estilo de vida, e aí a questão do vínculo, de mostrar como é importante essa mudança de hábito, a atividade física. Dá pra fazer um bom trabalho (P29).

6.2.5.3 Sentindo as modificações trazidas pelo tratamento

Os dois grupos amostrais sentem que a doença e o tratamento trazem mudanças positivas e negativas em suas vidas. As pessoas que aderem ao tratamento valorizam mais as modificações positivas trazidas reconhecendo que o tratamento muda a vida para melhor.

Hoje eu sou melhor do eu era, sou magra, venci a depressão, acho que tudo isso me faz sentir orgulho de mim mesma. Eu estou controlando cada vez mais e estou vendo o resultado, eu tinha sempre uma glicemia perto de 300 e nos últimos dois anos que eu segui mais a sério o tratamento ela vai no máximo a 140 (E03).

Antes de começar o tratamento pro Diabetes eu era um pouquinho gorda, depois do diabetes, eu controlo minha comida e isso é bom! (E20)

Agora até que eu consigo me manter mais magrinha, peso 72 antes eu pesava 80 (E16).

O tratamento com certeza me deixa melhor...e quando eu vejo que está 70, 90, eu fico feliz, porque eu me cuidei também (E22).

Os profissionais também reconhecem que aqueles que aderem ao tratamento sentem os benefícios e ficam mais estimulados a seguir o tratamento. No entanto, também é preciso adequar as expectativas de resultados, pois quando essa expectativa é muito alta e a pessoa não consegue alcançá-la mesmo fazendo o tratamento, isso pode desestimular a adesão.

A melhora clínica também, eles dizem “Ah! Hoje eu estou dormindo melhor, eu estou me sentindo mais disposto”. Isso estimula a pessoa a dar continuidade no cuidado (P29).

E quando eles sentem o benefício da atividade física eles vão tomando gosto... Mas eu vejo assim, que a percepção deles é: “Ah! Eu saio de casa, eu venho e tudo, e espero um resultado maior do que acaba acontecendo no meu dia a dia”. Então eu preciso trabalhar com eles: “Não vamos agravar! Se a gente não agravar a saúde já é um grande ponto. Nós levamos anos pra chegar aqui, agora a gente não pode tentar resolver em semanas, meses, tudo que já veio acumulado da vida. Vocês têm uma história de chegada aqui, agora a gente está tentando trabalhar.” Eu acho que um dos fatores da baixa adesão ao nosso programa está nessa expectativa aumentada que eles têm dos resultados (P27).

6.2.5.4 Vivendo com a doença no corpo e o tratamento no pensamento: buscando a adesão ao tratamento do diabetes mellitus diante da complexidade nele envolvida

Outro ponto comum entre os dois grupos amostrais é que no tratamento de uma doença crônica é preciso lembrar cotidianamente que a doença existe, ela está lá e exige uma ação propositada. Se a pessoa não segue o tratamento ou mesmo se tenta negá-lo, ou ainda, se tenta

não se preocupar com ele, a doença permanece no corpo e o tratamento está sempre no pensamento.

O tempo todo eu tenho que pensar nisso, vou no supermercado, tenho que pensar no que comprar, vou almoçar com alguém, tenho que pensar, isso tem açúcar, isso não tem (E23).

Demais, demais...estou sempre preocupada com isso. Fico pensando. E cada vez que eu olho e vejo que está alta, eu fico pensando o que foi que eu fiz, que eu comi que ela aumentou? Daí é só tomar um café que ela já aumenta. Meu Deus do céu! Que coisa, né? Essa Diabetes! (E20)

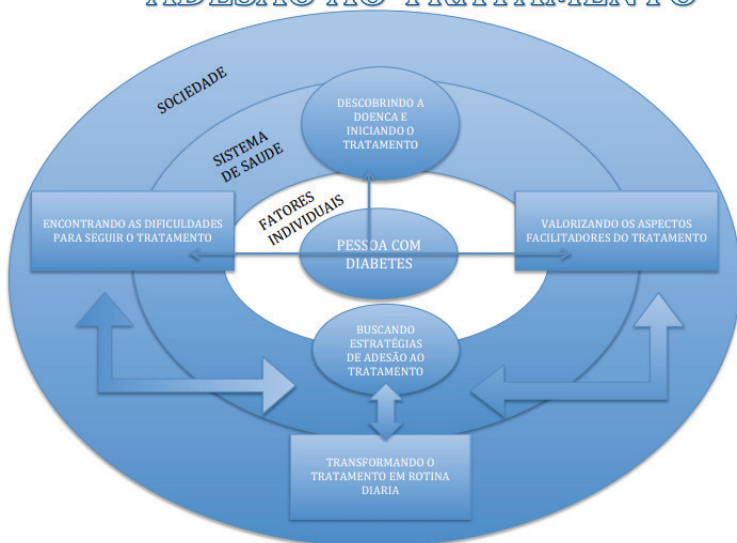
É a minha glicemia, eu estou sempre preocupada. Como será que ela está? Eu comi isso, eu fiz aquilo...Então é uma luta constante de preocupação...É preocupante sim (E17).

6.2.6 ARTICULAÇÃO DAS CATEGORIAS FRENTE AO FENÔMENO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA DM2

Evidencia-se que o fenômeno “Enfrentando a complexidade da adesão ao tratamento em DM2” é explicado a partir das cinco categorias: descobrindo a doença e iniciando o tratamento; encontrando as dificuldades para seguir o tratamento; buscando estratégias de adesão ao tratamento; valorizando os aspectos facilitadores do tratamento; e, transformando o tratamento em rotina diária, que estão articuladas diante dos aspectos sociais, individuais e relacionados ao sistema de saúde, conforme apresentado na Figura 11.

Figura 11 - Diagrama representativo da integração da articulação entre as categorias, as subcategorias e o fenômeno. São José, SC, Brasil, 2017.

ENFRENTANDO A COMPLEXIDADE DA ADESAO AO TRATAMENTO



Fonte: elaborado pela autora

6.3 MANUSCRITO 1- RELAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ENTRE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS COM A QUALIDADE DO CUIDADO PRESTADO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: UM ESTUDO TRANSVERSAL.

RELAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ENTRE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS COM A QUALIDADE DO CUIDADO PRESTADO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: UM ESTUDO TRANSVERSAL

ADHERENCE TO TREATMENT IN PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS AND THE QUALITY OF THE CARE PROVIDED IN THE BASIC CARE OF HEALTH: A CROSS-CURRENT STUDY

RELACIÓN DE LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ENTRE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS CON LA CALIDAD DEL CUIDADO PRESTADO EN LA ATENCIÓN BÁSICA DE SALUD: UN ESTUDIO TRANSVERSAL,

RESUMO

Objetivo: comparar a adesão ao tratamento em pessoas com Diabetes Mellitus do tipo 2 com a qualidade do cuidado prestado na Atenção Básica de Saúde. **Metodologia:** estudo quantitativo realizado em quatro Unidades Básicas de Saúde de um município de médio porte no sul do Brasil. Participaram 329 pessoas com Diabetes Mellitus. Coletaram-se dados referentes às características sociodemográficas e clínicas e dados referentes à adesão ao tratamento através de um Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes. Dados secundários do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica foram referência para avaliação da qualidade do cuidado prestado na Atenção Básica de Saúde. As análises foram realizadas através do *software* IBM SPSS versão 20.0. As estatísticas descritivas foram calculadas como médias e desvios-padrão. Na comparação entre os grupos melhores e piores avaliados foi utilizado o teste Kruskal-Wallis com *post hoc*. **Resultados:** encontrou-se uma predominância de mulheres, aposentadas, que têm de um a cinco anos de estudo, renda familiar de um a três salários mínimos e que utilizam apenas a Atenção Básica de Saúde para seus cuidados de saúde. As pessoas atendidas por equipes com melhor desempenho geral, melhor coordenação do cuidado e melhor organização da agenda tiveram melhor adesão à dieta e

automonitorização glicêmica e ao uso dos medicamentos. As pessoas atendidas por equipes melhores avaliadas em equipamentos, materiais e insumos apresentaram melhor adesão à dieta, menor consumo de alimentos gordurosos e melhor uso dos medicamentos. **Discussão:** A baixa escolaridade e renda encontradas tornam as pessoas com uma forte dependência da Atenção Básica de Saúde, sendo que a melhor qualidade desta no cuidado à saúde das pessoas se refletiu na adesão às dimensões importantes do autocuidado entre as pessoas com Diabetes. **Conclusão:** pessoas com Diabetes atendidas com melhor organização da agenda, coordenação do cuidado e resolutividade e melhores equipamentos, materiais e insumos na Atenção Básica de Saúde têm melhor adesão à dieta saudável, ao automonitoramento glicêmico e ao uso da medicação. Estas contribuições podem fortalecer as ações de cuidado no município estudado, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde. **Descritores:** Diabetes Mellitus. Adesão do paciente. Atenção Básica de Saúde.

ABSTRACT

Aim: to compare adherence to treatment in people with Type 2 Diabetes Mellitus with the quality of care provided in Primary Health Care. **Method:** a quantitative study performed in four Basic Health Units of a medium-sized municipality in the south of Brazil. 329 people with Diabetes Mellitus participated. Data on sociodemographic and clinical characteristics and data on adherence to treatment were collected through a Diabetes Self-Care Activities Questionnaire. Secondary data from the Program for Improving Access and Quality of Primary Care were used as reference for assessing the quality of care provided in Primary Health Care. The analyzes were performed using IBM SPSS software version 20.0. Descriptive statistics were calculated as means and standard deviations. In the comparison between the best and worst groups, the Kruskal-Wallis test was used with post hoc. **Results:** a predominance of retired women with one to five years of schooling, family income of one to three minimum wages, and who only use Basic Health Care for their health care. People attended by teams with better overall performance, better coordination of care and better organization of the agenda had better adherence to diet, glycemic self-monitoring and medication use. The people served by better teams evaluated in equipment, materials and inputs presented better adherence to the diet, lower consumption of fatty foods and better use of the medications. **Discussion:** The low schooling and income found make people with a

in people's health was reflected in adherence to the important dimensions of self-care among people with Diabetes. **Conclusion:** people with Diabetes treated with better organization of the agenda, coordination of care and resolution and better equipment, materials and supplies in Primary Health Care have better adherence to healthy diet, glycemic self-monitoring and medication use. These contributions may strengthen the care actions in the studied municipality, in accordance with the guidelines of the Unified Health System.

Descriptors: Diabetes Mellitus. Patient Compliance. Primary Health Care

RESUMEN

Objetivo: comparar la adhesión al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus del tipo 2 con la calidad del cuidado prestado en la Atención Básica de Salud. **Metodología:** estudio cuantitativo realizado en cuatro Unidades Básicas de Salud de un municipio de mediano porte en el sur de Brasil. Participaron 329 personas con Diabetes Mellitus. Se recogieron datos referentes a las características sociodemográficas y clínicas y datos referentes a la adhesión al tratamiento a través de un Cuestionario de Actividades de Autocuidado con la Diabetes. Los datos secundarios del Programa de Mejoramiento del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica fueron referencia para evaluación de la calidad del cuidado prestado en la Atención Básica de Salud. Los análisis se realizaron a través del software IBM SPSS versión 20.0. Las estadísticas descriptivas se calcularon como medias y desviaciones estándar. En la comparación entre los grupos mejores y peores evaluados se utilizó la prueba Kruskal-Wallis con post hoc. **Resultados:** se encontró una predominancia de mujeres, jubiladas, que tienen de uno a cinco años de estudio, ingreso familiar de uno a tres salarios mínimos y que utilizan apenas la Atención Básica de Salud para su atención de salud. Las personas atendidas por equipos con mejor desempeño general, mejor coordinación del cuidado y mejor organización de la agenda tuvieron mejor adhesión a la dieta, a la automonitorización glucémica y al uso de los medicamentos. Las personas atendidas por equipos mejor evaluados en equipamientos, materiales e insumos presentaron mejor adhesión a la dieta, menor consumo de alimentos grasos y mejor uso de los medicamentos. **Discusión:** La baja escolaridad y renta encontrada hacen a las personas con una fuerte dependencia de la Atención Básica de Salud, siendo que la mejor calidad de esta en el cuidado a la salud de las personas se reflejó en la adhesión a las dimensiones importantes del

con Diabetes atendidas con mejor organización de la agenda, coordinación del cuidado y resolución y mejores equipamientos, materiales e insumos en la Atención Básica de Salud tienen mejor adhesión a la dieta sana, al automonitoramiento glucémico y al uso de la medicación. Estas contribuciones pueden fortalecer las acciones de cuidado en el municipio estudiado, en consonancia con las directrices del Sistema Unico de Salud.

Descriptor: Diabetes Mellitus. Cooperación del Paciente. Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

As pessoas com Diabetes Mellitus (DM) representam hoje uma grande parcela da população mundial, pois é uma das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) mais prevalentes no mundo (IDF, 2015; SBD, 2017). O tratamento do DM exige medidas complexas que envolvem a modificação da dieta, a incorporação de atividade física, o uso contínuo de medicamentos, a automonitorização glicêmica e cuidados dos pés. Esses comportamentos de autocuidado, quando incorporados à vida das pessoas com DM, são entendidos como a adesão ao tratamento (SBD, 2016; ADA, 2017).

Apesar dos benefícios de saúde associados à maior adesão ao tratamento, esta continua relativamente baixa, principalmente entre a população de baixa renda. (CHOI, LEE e RUSH, 2011; LEVINE et al., 2009). Nesta população, o sistema de saúde pública, particularmente a Atenção Básica de Saúde (ABS) é uma das fontes mais importantes para que as pessoas com DM aprendam sobre estratégias de autocuidado bem-sucedidas (PAIVA, BERSUS, ESCUDER, 2006). Um dos maiores desafios da ABS hoje é melhorar a qualidade da atenção à saúde das pessoas com DM e prevenir as complicações decorrentes da doença garantindo acesso, resolutividade, maior integração entre os serviços

(OPAS, 2010).

A organização da ABS no Brasil se dá através da Estratégia da Saúde da Família (ESF), operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais de saúde em Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas nas comunidades. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, e reabilitação de agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade (BRASIL, 2011a), componentes importantes no cuidado da pessoa com DM. Por isso, uma ABS de qualidade se torna necessária para o alcance dos objetivos propostos na atenção à saúde das pessoas com DM.

Uma forma de garantir a qualidade do cuidado na ABS no Brasil é através do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que avalia as equipes da ESF com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços e melhorar a qualidade da atenção. (BRASIL, 2013b). A certificação das equipes participantes do PMAQ foi estruturada em três eixos de avaliação: autoavaliação; monitoramento dos indicadores e avaliação externa (BRASIL, 2013b).

Destaca-se que, na avaliação externa são verificados padrões de qualidade organizados em cinco dimensões: Gestão municipal para desenvolvimento da ABS; Estrutura e condições de funcionamento da UBS; Valorização do trabalhador; Acesso e qualidade da atenção que considera a organização do processo de trabalho das equipes; e, Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário. Cada uma destas possui subdimensões específicas.

Após o processo de avaliação nos três eixos mencionados, as equipes são classificadas em quatro categorias: Desempenho insatisfatório, mediano ou abaixo da média, acima da média e muito

acima da média. As equipes recebem uma avaliação de desempenho geral e em cada subdimensão da avaliação externa (BRASIL, 2013c).

Acredita-se que um cuidado de qualidade na ABS pode trazer bons resultados à saúde de pessoas com DM e em especial a um dos maiores desafios que é a adesão ao tratamento. Martínez Domínguez et al (2011) destacam a importância de melhorar as condições de acesso aos serviços de saúde para as pessoas com DM com enfoque integral e interdisciplinar, como uma estratégia para melhorar o cumprimento terapêutico. Outros estudos buscaram associar a adesão ao tratamento com as relações estabelecidas entre pessoas com DM2 e os profissionais de saúde ou modelos assistenciais (BELL et al., 2013; CHATSIRI et al., 2013; JARAB et al., 2012). No entanto, estes mesmos estudos recomendam a realização de outros estudos que possam evidenciar mais aspectos dessas associações (BELL et al., 2013; CHATSIRI et al., 2013; JARAB et al., 2012). Os estudos sobre adesão ao tratamento em DM não têm sido conduzidos para examinar a relação entre a adesão ao tratamento e a qualidade do cuidado prestado na ABS, e a compreensão desta relação é necessária. É preciso que os profissionais de saúde, que cuidam das pessoas com DM, tenham medidas para avaliar se um serviço prestado resulta em melhoria da saúde das pessoas, e se devem manter ou melhorar os padrões para que as pessoas atendidas por eles alcancem a adesão ao tratamento.

Assim, tem-se como questão de pesquisa: Qual a relação entre a adesão ao tratamento em pessoas com Diabetes Mellitus do tipo 2 e a qualidade do cuidado prestado na ABS?

A hipótese é que as pessoas com DM2 que recebem cuidados de melhor qualidade tenham adesão mais desejável ao tratamento. Deste

modo, o objetivo deste estudo é Comparar a adesão ao tratamento em pessoas com Diabetes Mellitus do tipo 2 com a qualidade do cuidado prestado pela ESF na Atenção Básica à Saúde de um município do sul do país.

METODOLOGIA

Tipo de estudo: Trata-se de um estudo quantitativo transversal, realizado em quatro UBS do Município de São José, Santa Catarina, Brasil. Foram selecionadas duas UBS onde estavam as ESF melhores avaliadas e duas UBS onde estavam as ESF piores avaliadas de acordo com o segundo ciclo do PMAQ. O critério para as melhores avaliadas foi: possuir pelo menos duas equipes de ESF, possuir todas as equipes com avaliação de desempenho geral do PMAQ “Muito Acima da Média”. As piores avaliadas deveriam possuir pelo menos duas equipes de ESF, sendo pelo menos uma “abaixo da média” sendo critério de exclusão possuir equipes com avaliação “Muito Acima da Média”.

População e Amostra: A população da pesquisa foi composta por 1.314 pessoas com DM cadastradas nas quatro UBS selecionadas. Para o cálculo amostral, utilizou-se intervalo de confiança de 95%, e prevalência de 50% (desfecho desconhecido). Adotou-se prevalência de 50% devido à variabilidade da adesão para cada item do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD). Após o cálculo, o tamanho mínimo da amostra foi de 297 pessoas.

A amostra deste estudo foi de 329 pessoas com DM2, estratificada conforme a população de pessoas com DM cadastradas em cada equipe da ESF de cada UBS. Os cálculos foram feitos no *website* SEstatNet[®]/IIFSC (NASSAR, 2016) para o ensino de estatística. A

amostra foi intencional, pois se desejava entrevistar as pessoas que realmente utilizam as UBS em questão. O número de participantes por equipe, bem como o desempenho geral das Equipes de ESF participantes do estudo são apresentados na tabela 1.

Tabela 1- Desempenho das Equipes de ESF participantes do estudo, frequência absoluta e relativa de participantes por equipe.

Equipe	Desempenho Geral	FA	FR%
03	Muito Acima da Média	44	13,4
08	Muito Acima da Média	26	7,9
09	Muito Acima da Média	29	8,8
17	Acima da Média	23	7,0
18	Mediano ou abaixo da Média	28	8,5
19	Acima da Média	32	9,7
23	Acima da Média	27	8,2
28	Mediano ou Abaixo da Média	32	9,7
38	Muito Acima da Média	55	16,7
39	Muito Acima da Média	33	10,0

Fonte: elaborado pela autora

Estratégias de recrutamento: As pessoas com DM2 foram localizadas através da indicação dos profissionais das equipes da ESF. Quando estas vinham à UBS para a consulta com médico/enfermeiro, o convite era feito de forma verbal, por um dos pesquisadores, na sala de espera. As entrevistas eram realizadas naquele momento ou agendadas na UBS ou residência da pessoa, de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Também foram encaminhadas cartas convite às pessoas com DM2 através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e aqueles que aceitassem participar eram agendados.

Os critérios para inclusão dos participantes foram: ser usuários dos serviços disponibilizados nas UBS selecionadas, ter mais que 18 anos, possuir DM2 há mais de 01 ano. Em relação aos critérios de exclusão, foram consideradas gestantes, pessoas com DM1 e as pessoas

acamadas que não tinham condições de realizar as atividades de autocuidado questionadas no instrumento.

Coleta de dados: Aqueles que aceitaram participar foram esclarecidos sobre a pesquisa pelos pesquisadores e, conduzidos à sala destinada à coleta de dados na UBS, ou recebiam a visita de um dos pesquisadores na residência. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), depois de lido em voz alta, era assinado pelo participante. As entrevistas na UBS foram realizadas individualmente em consultório disponibilizado para este fim, e as entrevistas na residência da pessoa eventualmente tinham a presença de algum familiar, que era orientado a não interferir nas respostas.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal e por uma aluna do curso de Graduação em Enfermagem (treinada previamente pela pesquisadora principal para realizar as entrevistas) até se atingir o número mínimo da amostra proporcionalmente estratificada para cada equipe da ESF.

Os dados foram coletados nos meses de setembro de 2016 a fevereiro de 2017. O tempo médio de cada entrevista foi de 15 min.

Instrumentos:

- Características sociodemográficas e clínicas - obtidas por meio de instrumento estruturado com variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, tempo de doença, tipo de tratamento, comorbidades, tipos de serviços utilizados na UBS, frequência de utilização da UBS.
- Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD): versão adaptada para a cultura brasileira do instrumento *Summary of Diabetes Self-Care*

Activities (SDSCA) (MICHELS, 2010) – composto por quinze itens, avalia a adesão ao tratamento em DM a partir de sete dimensões: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, automonitorização da glicemia, cuidados com os pés e uso da medicação, referentes aos últimos sete dias da semana. O QAD não fornece um escore geral da aderência ao tratamento, o que também ocorre no SDSCA e suas adaptações. Para cada item que compõe as dimensões, a média do número de dias é calculada. Valores mais próximos de sete indicam adesão mais desejável. Optou-se por aplicá-lo em forma de entrevista em virtude da dificuldade de leitura ou visual de muitos dos participantes.

Outras medidas: Foram utilizados dados secundários oriundos do segundo ciclo do PMAQ. Dentre as várias dimensões do PMAQ, foram consideradas para análise, o desempenho geral das equipes e as subdimensões/indicadores da Avaliação Externa que, segundo Brasil (2016), contemplam ações voltadas para Doenças Crônicas, sendo estas: Organização da agenda da equipe de atenção básica; Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade; e Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na Unidade de Saúde. Como, segundo Tavares et al. (2013), o acesso aos medicamentos é um fator importante na adesão ao tratamento medicamentoso, a subdimensão: Medicamentos Componentes da Farmácia Básica também foi considerada. Tanto o desempenho geral como cada uma dessas subdimensões tem uma classificação: “Muito acima da média”, “Acima da Média” e “Abaixo da Média”, conforme já mencionado. Esses indicadores/subdimensões

foram considerados como medida de avaliação da qualidade do cuidado prestado às pessoas com DM2 na ABS.

Análise dos dados: Os dados foram organizados em uma planilha no Excel[®] e as análises realizadas através do *software* IBM[®] SPSS versão 20.0. As estatísticas descritivas foram calculadas como médias e desvios-padrão. A distribuição dos dados foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Nas comparações entre os três grupos “Muito acima da média”, “Acima da Média” e “Abaixo da Média” foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, com *post hoc*.

Este estudo seguiu os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos, segundo a resolução n.466/2012 do CNS, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob CAAE: 57796116.7.0000.0121.

RESULTADOS

Entre as 1314 pessoas com DM cadastradas nas 04 UBS selecionadas para o estudo, 400 foram convidadas para participar. Destas, 329 aceitaram participar. Das 71 que negaram participar, 68 alegaram falta de tempo para receber os pesquisadores e 03 negaram ter DM2. As características sociodemográficas das pessoas com DM2 participantes do estudo são apresentadas na tabela 2.

Tabela 2 - Características sociodemográficas das pessoas com DM2 participantes do estudo. São José, SC, Brasil, 2017.

	F	%
Sexo		
Masculino	93	28,6
Feminino	232	71,4
Estado Civil		
Casado	166	50,5
Solteiro	24	7,3
Separado	24	7,3
Viúvo	82	24,9
Anos de Escolaridade		
Nunca estudou	27	8,3
De 1 a 5 anos	159	48,6
De 6 a 9 anos	56	17,1
De 10 a 12 anos	54	16,5
13 ou mais anos	31	9,5
Situação Ocupacional		
Ativo	87	26,4
Afastado	17	5,2
Aposentado	193	58,7
Desempregado	32	9,7
Renda		
Menos de um salário	9	2,8
De 1 a 3 salários	238	73,2
De 3 a 6 salários	75	23,1
Mais de 6 salários	3	0,9

Fonte: elaborado pela autora

A maioria dos participantes (63,8%) deste estudo utiliza apenas a UBS para os seus cuidados de saúde. Os demais 36,2% utilizam além da UBS, outros serviços de saúde, através de convênio e/ou particulares. Constatou-se ainda, que 98,7% utilizam a UBS numa frequência maior que duas vezes ao ano para consultas médicas (95,7%), pegar as medicações (97,2%), para realização de exames complementares (82,5%) e para consultas de enfermagem (33,7%). Não houve diferença significativa na adesão ao tratamento entre aqueles que utilizam outros serviços de saúde particulares em comparação com aqueles que utilizam apenas a UBS ($p > 0,05$).

Quanto às características clínicas, constatou-se que as comorbidades mais prevalentes foram a Hipertensão Arterial (HA) (78,7%), a dislipidemia (55,6%) e a doença cardíaca (30,1%). A maioria possui de 01 a 05 anos de tratamento (65,6%) e terapia medicamentosa com hipoglicemiantes orais (65,9%).

Na tabela 3 foi feita uma comparação entre o tempo de doença com as variáveis da adesão ao tratamento. A média de dias em que os pacientes “Avaliaram o açúcar no sangue” e “Avaliaram o açúcar no sangue conforme recomendado por profissional” foi maior naqueles que estão há mais de 20 anos com a doença.

Tabela 3 - Comparação da adesão ao tratamento com o tempo de doença entre as pessoas com DM2 participantes do estudo. São José, SC, Brasil, 2017.

Itens do QAD	Tempo de doença				p-valor
	1 a 5 anos Média (dp)	6 a 10 anos Média (dp)	10 a 20 anos Média (dp)	Mais de 20 anos Média (dp)	
Seguiu Dieta Saudável	3,59 (2,93)	3,97 (2,79)	3,31 (2,91)	3,98 (2,85)	0,400
Seguiu Dieta conforme orientação	3,63 (2,81)	3,96 (2,78)	3,27 (2,90)	3,93 (2,79)	0,412
Consumiu cinco ou mais frutas/ vegetais	4,61 (2,63)	4,71 (2,61)	4,99 (2,61)	5,05 (2,46)	0,652
Consumiu Gorduras	2,27 (2,73)	2,13 (2,68)	1,91 (2,46)	1,52 (2,21)	0,349
Consumiu Doces	1,91 (2,16)	1,95 (2,41)	2,00 (2,36)	1,73 (2,34)	0,658
Atividade física	1,25 (2,23)	1,99 (2,60)	1,51 (2,26)	1,58 (2,44)	0,217
Exercício físico	1,14 (2,13)	1,71 (2,55)	1,31 (2,14)	1,54 (2,52)	0,567
Automonitorização	1,44 (2,51)	2,33 (2,92)	2,22 (2,79)	3,93 (3,09)	<0,001 *

Automonitori- zação conforme recomendação	1,43 (2,58)	2,19 (2,93)	2,03 (2,79)	3,16 (3,29)	0,010*
Examinou os pés	4,96 (3,14)	5,85 (2,34)	5,56 (2,72)	5,18 (2,87)	0,383
Examinou os sapatos	4,79 (3,21)	5,06 (3,03)	5,33 (2,98)	4,95 (3,16)	0,693
Secou os pés	5,82 (2,63)	6,52 (1,78)	6,00 (2,38)	5,63 (2,72)	0,139
Tomou os medicamentos	5,84 (2,47)	5,58 (2,75)	6,02 (2,23)	6,33 (2,00)	0,494

Legenda: * $p < 0,05$; Teste de Kruskal-Wallis; ¥ post hoc de Dunn (diferenças entre Mediano ou Abaixo da Média e Muito Acima da Média); # post hoc de Dunn (diferenças entre Acima da Média e Muito Acima da Média).

As pessoas com DM2 que utilizam apenas hipoglicemiantes orais apresentaram média inferior no número de dias em que realizaram automonitorização glicêmica, sendo de 1,06 dias (dp 1,97), se comparado aos que usam insulina que tiveram média de 5,29 dias (dp 2,88) e aos que utilizam ambos (insulina + hipoglicemiante oral) que tiveram média de 4,40 dias (dp 3,01) ($p < 0,001$). Apresentaram também, média de 1,17 dias (dp 2,25) em que realizaram a automonitorização glicêmica conforme recomendado por profissional, sendo significativamente inferior se comparado aos que usam apenas insulina, cuja média foi de 4,35 dias (dp 3,20) e aos que utilizam ambos cuja média foi de 3,68 dias (dp 3,22) ($p < 0,001$). As pessoas que usam apenas insulina, por sua vez, apresentaram média inferior no número de dias em que examinaram os pés que foi 4,05 dias (dp 3,30) se comparado aos que usam apenas hipoglicemiantes orais que tiveram média de 5,30 dias (dp 2,86) e aos que usam ambos cuja média encontrada foi de 5,82 dias (dp 2,51) ($p < 0,001$).

Na comparação da adesão ao tratamento das pessoas com DM2 atendidas pelas diferentes equipes, evidenciou-se que as pessoas com DM2 atendidas pelas equipes avaliadas como “Muito acima da média” no desempenho geral tiveram média superior no número de dias em que seguiram uma alimentação saudável na última semana, no número de dias por semana em que seguiram a orientação alimentar dada por um profissional de saúde, no número de dias em que realizaram a automonitorização glicêmica conforme recomendado por profissional de saúde e no uso dos medicamentos. O exame dos pés foi melhor nas equipes “acima da média”, Conforme evidenciado na tabela 4.

Tabela 4 - Comparação da adesão ao tratamento das pessoas com DM2 com o desempenho geral no PMAQ das Equipes da ESF. São José, SC, Brasil, 2017.

Itens do QAD		Desempenho geral das Equipes			p-valor
		Mediano ou Abaixo da Média Média (dp)	Acima da Média Média (dp)	Muito Acima da Média Média (dp)	
Seguiu Saudável	Dieta	2,95 (2,91) [¥]	3,20 (3,00)	4,09 (2,75) [¥]	0,012*
Seguiu conforme orientação	Dieta	2,95 (2,91) [¥]	3,20 (3,00)	4,08 (2,66) [¥]	0,013*
Consumiu cinco ou mais frutas/vegetais		4,43 (2,50)	4,84 (2,67)	4,92 (2,58)	0,350
Consumiu Gorduras		2,15 (2,73)	2,29 (2,75)	1,86 (2,43)	0,585
Consumiu Doces		2,08 (2,52)	2,28 (2,58)	1,69 (2,06)	0,456
Atividade física		1,85 (2,63)	1,38 (2,32)	1,51 (2,30)	0,491
Exercício físico		1,36 (2,34)	1,07 (2,16)	1,53 (2,35)	0,225
Automonitorização glicêmica		1,77 (2,60)	2,15 (2,97)	2,49 (2,95)	0,180
Automonitorização glicêmica conforme recomendação		1,28 (2,22) [¥]	1,66 (2,75)	2,48 (3,08) [¥]	0,018*

			(2,48) [#]		
Examinou os sapatos		5,13 (3,12)	5,18 (3,06)	4,91 (3,12)	0,707
Secou os pés		6,13 (2,28)	6,06 (2,40)	5,91 (2,49)	0,760
Tomou medicamentos	os	4,85 (3,16) [¥]	5,34 (2,82) [#]	6,51 (1,64) ^{¥,#}	<0,001 *

Legenda: *p<0,05; Teste de Kruskal-Wallis; ¥ post hoc de Dunn (diferenças entre Mediano ou Abaixo da Média e Muito Acima da Média); # post hoc de Dunn (diferenças entre Acima da Média e Muito Acima da Média).

No que se refere aos aspectos da qualidade do cuidado na ABS associados à adesão ao tratamento entre as pessoas com DM2, praticamente se mantiveram os mesmos achados das comparações com o desempenho geral das equipes, conforme apresentado a seguir.

A tabela 5 compara a adesão ao tratamento das pessoas com DM2 com a **Coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade** das equipes da ESF. Uma melhor adesão a uma dieta saudável, a uma dieta conforme a orientação de um profissional e automonitoramento glicêmico foi evidenciado entre as pessoas com DM2 atendidas por equipes melhores avaliadas na coordenação do cuidado.

Tabela 5 - Comparação da Adesão ao tratamento das pessoas com DM2 com Coordenação do cuidado, Rede de atenção e resolutividade das UBS. São José, SC, Brasil, 2017.

Desempenho das equipes na subdimensão Coordenação do cuidado, Rede de atenção e resolutividade					
Itens do QAD		Mediano ou Abaixo da Média (dp)	Acima da Média (dp)	Muito Acima da Média (dp)	p-valor
Seguiu Dieta Saudável	Dieta	2,78 (2,88) ^{¥,€}	3,95 (3,00) [€]	4,05 (2,66) [¥]	0,003 *
Seguiu Dieta conforme orientação	Dieta	2,78 (2,88) ^{¥,€}	3,96 (2,86) [€]	4,02 (2,64) [¥]	0,003 *
Consumiu		4,52 (2,68)	4,70 (2,53)	5,09 (2,56)	0,183

frutas/vegetais				
Consumiu	2,32 (2,75)	2,19 (2,68)	1,67 (2,32)	0,270
Gorduras				
Consumiu	2,20 (2,63)	2,08 (2,37)	1,58 (1,93)	0,463
Doces				
Atividade física	1,69 (2,54)	1,34 (2,08)	1,59 (2,46)	0,745
Exercício físico	1,20 (2,26)	1,24 (2,02)	1,63 (2,53)	0,445
Automonitorização glicêmica	1,77 (2,67)	2,34 (3,02)	2,57 (2,92)	0,080
Automonitorização conforme recomendação profissional	1,37 (2,39) [¥]	1,97 (2,96) [#]	2,61 (3,07) ^{¥,#}	0,004*
Examinou os pés	5,95 (2,42) [¥]	5,12 (2,99)	5,11 (2,93) [¥]	0,049*
Examinou os sapatos	5,08 (3,14)	4,90 (3,09)	5,06 (3,09)	0,854
Secou os pés	6,05 (2,37)	5,96 (2,43)	5,97 (2,47)	0,946
Tomou medicamentos	5,13 (3,01) [¥]	5,83 (2,46)	6,53 (1,61) [¥]	<0,001*

Legenda: * $p < 0,05$; Teste de Kruskal-Wallis; ¥ post hoc de Dunn (diferenças entre Mediano ou Abaixo da Média e Muito Acima da Média); € post hoc de Dunn (diferenças entre Mediano ou Abaixo da Média e Acima da Média); # post hoc de Dunn (diferenças entre Acima da Média e Muito Acima da Média).

A tabela 6 compara a adesão ao tratamento entre as pessoas com DM2 com a **organização da agenda** das equipes da ESF. As pessoas com DM2 atendidas por equipes muito acima da média neste item apresentam médias maiores no número de dias em que seguiram uma dieta saudável, em que realizaram a automonitorização glicêmica conforme recomendado por profissional e ainda, no uso dos medicamentos.

Tabela 6 - Comparação da adesão ao tratamento das pessoas com DM2 com Organização da Agenda das Equipes de Atenção Básica. São José, SC, Brasil, 2017.

		Desempenho das equipes na subdimensão organização da agenda			
Itens do QAD		Mediano ou Abaixo da Média (dp)	Acima da Média (dp)	Muito Acima da Média (dp)	p-valor
Seguiu Dieta Saudável		3,20 (3,00)	2,67 (2,94) ^{#,€}	4,05 (2,66) [#]	0,002*
Seguiu Dieta conforme orientação		3,20 (3,00)	2,67 (2,94) ^{#,€}	4,02 (2,64) [#]	0,001*
Consumiu cinco ou mais frutas/vegetais		4,66 (2,53)	4,56 (2,68)	5,09 (2,56)	0,188
Consumiu Gorduras		1,95 (2,57)	2,60 (2,84)	1,67 (2,32)	0,060
Consumiu Doces		2,12 (2,43)	2,15 (2,57)	1,58 (1,93)	0,451
Atividade física		1,43 (2,13)	1,59 (2,51)	1,59 (2,46)	0,995
Exercício físico		1,30 (2,03)	1,12 (2,25)	1,63 (2,53)	0,280
Automonitorização glicêmica		2,34 (2,91)	1,77 (2,81) [#]	2,57 (2,92) [#]	0,026*
Automonitorização conforme recomendação		2,04 (2,88)	1,29 (2,47) [#]	2,61 (3,07) [#]	0,001*
Examinou os pés		5,03 (3,01) [€]	6,07 (2,33) ^{#,€}	5,11 (2,93) [#]	0,008*
Examinou os sapatos		4,63 (3,21)	5,41 (2,95)	5,06 (3,09)	0,175
Secou os pés		5,97 (2,42)	6,04 (2,38)	5,97 (2,47)	0,963
Tomou medicamentos		5,69 (2,60) [¥]	5,29 (2,89) [#]	6,53 (1,61) ^{#,¥}	0,001*

Legenda: *p<0,05; Teste de Kruskal-Wallis; ¥ post hoc de Dunn (diferenças entre Mediano ou Abaixo da Média e Muito Acima da Média); € post hoc de Dunn (diferenças entre Mediano ou Abaixo da Média e Acima da

Média); # post hoc de Dunn (diferenças entre Acima da Média e Muito Acima da Média).

A adesão ao tratamento entre as pessoas com DM2 foi comparada com a quantidade e condições de uso de **equipamentos, materiais, insumos e impressos** na Unidade de Saúde. A tabela 7 mostra que as pessoas com DM2 atendidas por equipes muito acima da média neste item, apresentaram melhor adesão à dieta, melhor adesão ao seguimento da dieta conforme a orientação profissional, menor consumo de alimentos ricos em gorduras e melhor adesão ao uso dos medicamentos.

Tabela 7 - Comparação da adesão ao tratamento das pessoas com DM2 com a qualidade dos equipamentos, materiais, insumos e impressos na UBS. São José, SC, Brasil, 2017.

Itens do QAD		Desempenho das equipes na subdimensão equipamentos, materiais e insumos			
		Mediano ou Abaixo da Média (dp)	Acima da Média (dp)	Muito Acima da Média (dp)	p-valor
Seguiu Saudável	Dieta	2,24 (2,80) ^{é,¥}	3,86 (2,79) ^é	4,29 (2,81) [¥]	<0,001*
Seguiu conforme orientação	Dieta	2,24 (2,80) ^{é,¥}	3,86 (2,77) ^é	4,26 (2,64) [¥]	<0,001*
Consumiu cinco ou mais frutas/vegetais		4,36 (2,76)	5,05 (2,53)	4,63 (2,55)	0,139
Consumiu Gorduras		2,68 (2,82) ^é	2,25 (2,55)	1,66 (2,43) ^é	0,007*
Consumiu Doces		2,41 (2,81)	1,72 (2,14)	1,93 (2,15)	0,438
Atividade física		1,87 (2,70)	1,36 (2,30)	1,66 (2,24)	0,147
Exercício físico		1,27 (2,45)	1,30 (2,29)	1,64 (2,23)	0,119
Automonitorização		1,78 (2,79)	2,34 (2,90)	2,50 (2,95)	0,160

Automonitori- zação conforme recomendação		1,31 (2,47)	2,18 (2,90)	2,36 (3,10)	0,051
Examinou os pés		5,89 (2,50) [¥]	5,64 (2,64) [#]	4,98 (3,21) ^{¥,#}	<0,001*
Examinou os sapatos		5,00 (3,18)	5,12 (3,07)	4,82 (3,10)	0,670
Secou os pés		5,75 (2,66)	6,03 (2,40)	6,08 (2,29)	0,665
Tomou os medicamentos		4,97 (3,05) ^{€¥}	5,97 (2,38) [€]	6,49 (1,61) [¥]	0,003*

Legenda: *p<0,05; Teste de Kruskal-Wallis; ¥ post hoc de Dunn (diferenças entre Mediano ou Abaixo da Média e Muito Acima da Média); € post hoc de Dunn (diferenças entre Mediano ou Abaixo da Média e Acima da Média); # post hoc de Dunn (diferenças entre Acima da Média e Muito Acima da Média).

Na subdimensão **Medicamentos Componentes da Farmácia Básica** todas as equipes foram classificadas como “muito acima da média”, não sendo, portanto, estabelecidas comparações.

DISCUSSÃO

Foi encontrada uma predominância de mulheres, aposentadas, com baixa escolaridade e renda familiar, perfil comum das pessoas que buscam atendimento na ABS no Brasil. Dados descritos na literatura já demonstraram que o DM2 é uma doença mais diagnosticada em mulheres (BRASIL, 2017). Esse fato se deve aos cuidados que as mulheres têm de procurarem com mais frequência os serviços de saúde (LESSMANN; SILVA; NASSAR, 2011, MENDES et al., 2011; OLIVEIRA; ZANETTI, 2011; OLIVEIRA et al., 2016) e a feminização do envelhecimento (CAMARANO, KANSO, 2009).

A baixa escolaridade e renda encontradas tornam as pessoas com uma forte dependência do sistema de saúde pública, principalmente

da ABS, o que também fica evidenciado no fato de a maioria dos participantes usarem apenas a UBS para os seus cuidados de saúde. A não diferença significativa na adesão ao tratamento entre aqueles que utilizam outros serviços de saúde, além da UBS, demonstra uma resolutividade da ABS em algumas dimensões da adesão ao tratamento, a destacar a adesão aos cuidados com os pés e ao uso dos medicamentos que tiveram boas médias em todas as equipes. Diferente do estudo de Tavares et al (2013) no qual, ter plano privado de saúde se mostrou associado à melhor adesão ao tratamento.

A alta prevalência de HA encontrada também é destacada na literatura que evidencia que as pessoas com DM tem 3 vezes mais chances de terem HA se comparado às pessoas sem DM (LÓPEZ-JARAMILLO et al., 2014), requerendo ainda mais medidas de cuidado por parte da pessoa e do sistema de saúde.

As pessoas com mais tempo de doença tiveram adesão mais desejável ao automonitoramento glicêmico. Em outros estudos o maior tempo de doença favoreceu a adesão ao tratamento como um todo (SILVA; PAIS-RIBEIRO, CARDOSO, 2006; FARIA et al., 2013). De fato, quanto maior o tempo de diagnóstico do DM2, espera-se maior conhecimento sobre a doença e, conseqüentemente, maior adesão ao tratamento (FARIA et al., 2013). Neste trabalho, no entanto, a relação entre adesão ao automonitoramento glicêmico e o tempo de doença reflete uma questão organizacional, pois as pessoas com mais tempo de doença têm maior probabilidade de estarem usando insulina e, na ABS em questão, somente têm direito a receber o glicosímetro e as fitas reagentes, aqueles que usam insulina. Isso pode significar, além da necessidade de maior verificação da glicemia por pessoas que usam

insulina (recomendado pela ADA, SBD), que ter o aparelho em casa favorece a automonitorização glicêmica. Isto pode ser confirmado ao se identificar que os que utilizam apenas hipoglicemiantes orais tem menor adesão ao automonitoramento glicêmico.

Quanto às comparações da adesão ao tratamento em DM2 com o desempenho geral das equipes, melhor adesão à dieta saudável, à automonitorização glicêmica conforme recomendado por profissional e ao uso dos medicamentos foi encontrada entre as pessoas com DM2 atendidas por equipes com melhor desempenho, o que demonstra um reflexo da qualidade do cuidado em dimensões importantes do autocuidado em DM2. Apesar disso, uma adesão menos desejável à dieta e à automonitorização glicêmica foi encontrada em todas as equipes. Muitos estudos identificaram a baixa adesão à dieta saudável (BOAS et al., 2011; FARIA et al., 2014), e ao automonitoramento da glicemia (MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ et al., 2011). De fato, a adesão a uma dieta saudável é um dos fatores mais difíceis no ponto de vista das pessoas com DM2 (TORRES, FERNANDES, CRUZ et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2016) e um dos maiores desafios das equipes da ESF, em decorrência da complexidade que envolve o comportamento alimentar (PONTIERI, BACHION, 2010; FARIA et al., 2013; FARIA et al., 2014; ZANETTI et al., 2015). A automonitorização glicêmica, por sua vez, cuja importância é indiscutível entre pessoas com DM1 e entre as pessoas com DM2 que usam insulina, tem uma frequência bastante discutível na prática clínica, no que se refere aos cuidados entre pessoas com DM2 (ADA, 2017), tornando difícil inferências sobre essa dimensão do autocuidado.

Destaca-se que as pessoas com DM2 atendidas pelas equipes melhores avaliadas na coordenação do cuidado e na organização da agenda tiveram melhor adesão à dieta, melhor automonitoramento glicêmico conforme recomendado por profissional e melhor adesão ao uso dos medicamentos.

De fato, um trabalho coordenado envolve, entre outros aspectos, que a pessoa seja encaminhada para consulta especializada, que existam protocolos que orientem a priorização dos casos que precisam de encaminhamento, que sejam solicitados exames e que se realizem práticas que melhorem a qualidade do serviço (BRASIL, 2013b). Os resultados encontrados fortalecem a importância do suporte à promoção e ao desenvolvimento de ações organizadas e coordenadas que mobilizem os recursos internos da pessoa com DM2 para a adaptação ao plano alimentar, à automonitorização glicêmica (aspectos ainda frágeis na população estudada) e ao uso da medicação.

A organização da agenda, por sua vez, envolve uma programação semanal de atividades entre os profissionais que integram as equipes, incluindo a realização de visita domiciliar, atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde, reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames (BRASIL, 2013b), o que também pode fortalecer a adesão à dieta, à automonitorização glicêmica e ao uso da medicação, pois ter esses espaços individuais e/ou coletivos podem fazer com que a pessoa com DM2 tenha mais contato com serviço e maior oportunidade de resolução das suas dúvidas referentes a estas dimensões do autocuidado.

Este estudo também evidenciou que entre as pessoas com DM2

atendidas por equipes melhores avaliadas em equipamentos materiais e insumos houve uma melhor adesão à dieta geral, menor consumo de alimentos ricos em gordura e melhor adesão ao uso de medicamentos. Essa subdimensão do PMAQ avalia a presença em quantidade e condições de uso de equipamentos como: aparelho de pressão adulto, balança e régua antropométricas, estetoscópio adulto, seringa, glicosímetros (entre outros, não tão específicos para o atendimento às pessoas com DM2) (BRASIL, 2013b). Assim, a presença em quantidade e condições de uso destes equipamentos e materiais são fundamentais para que a pessoa com DM2 conheça seu estado de saúde e assim tenha melhor adesão ao tratamento, pois, segundo Campos et al. (2016), as pessoas com DM2 que conhecem sua situação de saúde têm maior facilidade para aderirem ao tratamento.

Destaca-se ainda, que as desigualdades de acesso a insumos concorrem para a redução da adesão ao tratamento pois, coadunam para insatisfação com a assistência prestada e, por conseguinte, resultam em menor motivação para o seguimento do tratamento (SOARES et al., 2014).

No que se refere aos Medicamentos Componentes da Farmácia Básica que verifica a disponibilidade de oitenta e cinco medicamentos, dentre eles, os medicamentos para o controle glicêmico, o fato de todas as equipes serem “muito acima da média” neste item, pode explicar as melhores médias de adesão a essa dimensão do autocuidado encontrada em todas as equipes, pois segundo Tavares et al (2013), as pessoas que precisam comprar medicamentos têm menor adesão ao tratamento medicamentoso. Isso reforça a importância do acesso aos medicamentos na adesão ao tratamento medicamentoso, mas não basta ofertar se o

mesmo não for utilizado corretamente.

Nesse sentido, esse estudo reforça que melhor adesão ao tratamento medicamentoso pode ser alcançada quando a pessoa tem acesso ao medicamento, mas também, que adesão mais desejável é alcançada pelas pessoas atendidas por equipes com melhor coordenação do cuidado, organização da agenda e melhores equipamentos, materiais e insumos. Isso porque, o tratamento medicamentoso é uma das principais estratégias para o controle do DM, em nível individual, principalmente entre pessoas com baixo nível socioeconômico (OSBORN; MAYBERRY; KIM, 2016). Um melhor cumprimento farmacoterapêutico pode ser alcançado quando existe maior vínculo da pessoa com a UBS, quando existem mais oportunidades de contato com os profissionais de saúde e quando se pode conhecer melhor seu estado de saúde, questões estas que podem ser alcançadas através da coordenação do cuidado, da organização da agenda e com equipamentos, materiais e insumos.

O exame dos pés apresentou melhores médias de adesão, inclusive nas equipes abaixo da média na coordenação do cuidado e em equipamentos materiais e insumos sendo superior a outros estudos (REZENDE NETA et al., 2015; BASTOS, SEVERO, LOPES, 2007; MICHELS et al., 2010). Os resultados dos vários estudos sobre cuidados com os pés podem estar fortalecendo o comportamento das pessoas com DM2 e as ações dos profissionais nesse sentido, refletindo uma mudança de paradigma nesse comportamento.

Quanto às Limitações do estudo, podem-se destacar aquelas comuns aos delineamentos transversais e à análise de informações autorrelatadas. Outra limitação se refere à escala utilizada para

mensuração da adesão que apresenta alguns itens muito subjetivos como a adesão a uma dieta saudável e outros ainda bastante discutíveis como a frequência de realização do automonitoramento glicêmico. É preciso considerar, todavia, que não há consenso sobre um método para avaliar a adesão que possa ser tomado como padrão-ouro. No entanto, essas limitações não reduzem a confiabilidade e relevância das associações detectadas, mas devem ser consideradas na interpretação dos resultados.

CONCLUSÕES

Conclui-se que as pessoas com DM2 atendidas pelas equipes da ESF na ABS são mulheres, aposentadas, com baixa escolaridade e renda e possuem a hipertensão como principal comorbidade. Não houve diferenças na adesão ao tratamento entre aqueles que, além da ABS, utilizam serviços particulares ou convênios. O tempo de doença fez com que as pessoas com DM2 tivessem melhor adesão ao automonitoramento glicêmico.

Em relação à adesão ao tratamento, as pessoas com DM2 atendidas por equipes da ESF com melhor desempenho geral e especificamente, com melhor organização da agenda, melhor coordenação do cuidado e resolutividade e melhores equipamentos, materiais e insumos na UBS, tiveram melhor adesão à dieta saudável, ao automonitoramento glicêmico e ao uso da medicação. A presença de medicamentos componentes da farmácia básica também pode ter favorecido as boas médias encontradas de adesão à medicação, já que todas as equipes tiveram avaliação máxima neste item. Quanto ao cuidados com os pés, evidenciou-se boas médias de adesão independente da qualidade do cuidado na ABS.

Pode-se afirmar que avaliar a adesão das pessoas com DM2 ao tratamento e conhecer os aspectos da qualidade do cuidado a ele relacionados é um ponto fundamental para o planejamento de uma gestão de saúde de qualidade e, também, no planejamento dos processos de trabalho dos profissionais de saúde, o que reflete diretamente na população atendida. Isso porque, enquanto a organização da agenda e a coordenação do cuidado são aspectos diretamente relacionados ao processo de trabalho das equipes, os equipamentos, materiais e insumos e os medicamentos componentes da farmácia são aspectos relacionados à estrutura. Por isso, as contribuições desse trabalho se dão no âmbito da gestão e das relações estabelecidas entre as pessoas com DM2 e os profissionais da ESF.

Sendo o enfermeiro, um dos principais agentes moduladores na coordenação do cuidado e na organização da agenda das equipes da ESF, esse trabalho traz muitas contribuições para estes profissionais que precisam fortalecer suas práticas no sentido de garantir o cumprimento destas ações, sabendo o quão valiosas elas podem ser para a saúde das pessoas com DM2. Portanto, comparar a adesão ao tratamento entre as pessoas com DM2 com aspectos da qualidade do cuidado a ela relacionados, tem relevância clínica e organizacional para a Enfermagem, pois possibilita direcionar a tomada de decisões em relação ao tratamento das pessoas com DM2.

O modelo de atenção adotado na ESF, as políticas públicas de distribuição gratuita de medicamentos pela rede de saúde e a avaliação das ações realizadas pelas equipes da ESF são aspectos importantes a serem considerados no cuidado às pessoas com DM2 e na adesão ao tratamento. Nesse contexto, merece destaque que a confluência de

programas que objetivam o cuidado à saúde da população são aspectos fundamentais na adesão ao tratamento: a Estratégia da saúde da família que garante o acesso aos serviços de saúde; o PMAQ que avalia as ações prestadas pelas equipes da ESF buscando a qualidade do cuidado na ABS; e programas que garantem o acesso aos medicamentos básicos convergem no sentido de que as pessoas com DM2 alcancem os resultados desejados na adesão ao tratamento.

Frente aos achados, recomenda-se o fortalecimento das diretrizes institucionais no município estudado, em consonância com as diretrizes do SUS, garantindo a longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado às pessoas com DM2. Por fim, ressalta-se, a relevância destes resultados pelo pioneirismo do estudo no município, servindo como indicadores para o planejamento de ações estratégicas. Além disso, as conclusões podem ser aplicáveis para municípios do mesmo porte, e conseqüentemente, subsidiar novos estudos nesse sentido. Recomenda-se que sejam realizados futuros estudos relacionados à identificação das variáveis da qualidade do cuidado preditoras da adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

- ADA. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, Danvers, v. 40, n. suppl. 1, p. S1-S2, 2017.
- BASTOS, F; SEVERO, M; LOPES, C. Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 20, n. 1, p. 11-20, 2007.
- BELL, R. A. et al. Correlates of physician trust among rural older adults with diabetes. **American Journal of Health Behaviour**, Oak Ridge, v. 37, n. 5, p. 660-666, 2013.

BOAS LCG-V. et al. Adherence to diet and exercise among people with diabetes mellitus. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 272-279, 2011.

BRASIL. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário Oficial da União, Poder Executivo, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento De Atenção Básica. **Manual Instrutivo Saúde: Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília : Ministério da Saúde; 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 535, de 03 de abril de 2013**. Altera a Portaria n. 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e a Portaria n. 866/GM/MS, de 03 de maio de 2012, que altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília: Diário Oficial da União, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento De Atenção Básica. **PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CAMARANO AA, KANSO S. Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados. **Instituto de Pesquisa Econômica Ampliada**, Rio de Janeiro, 2009.

CAMPOS, T.S.P. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pessoas com diabetes mellitus assistidos pela atenção primária de saúde. **Journal of Health and Biocial Sciences**, Fortaleza, v.4, n.4, p. 251-256, 2016.

CHATSIRI, M.S.H.; NOPPAWAN P.; DECHAVUDH, N. Comparison of Outcomes of Patients with Diabetes Receiving Care by Way of Three Primary Care Practice Models. **Pacific Rim International Journal of Nursing Research**, Nonthaburi, v. 17, n. 1, p. 39-55, 2013.

CHOI, S.; LEE, J. A.; RUSH, E. Ethnic and language disparities in diabetes care among California residents. **Ethnicity & Disease**, Virginia v. 21, n. 2, p. 183–189, 2011.

FARIA, H. T. G. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 231-237, 2013.

_____. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 257-263, 2014.

IDF. **International Diabetes Federation. Diabetes Atlas**. Belgium: IDF, 2015

JARAB, A.S. et al. Randomized controlled trial of clinical pharmacy management of patients with type 2 diabetes in an outpatient diabetes clinic in Jordan. **Journal of Managed Care Pharmacy**, Alexandria, v. 18, n. 7, p. 516-526, 2012.

LESSMANN, J. C. ; SILVA, D. M. G. V. ; NASSAR, S. M. . Estresse em mulheres com Diabetes mellitus tipo 2. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 451-456, 2011.

LÓPEZ-JARAMILLO, P. et al. Consenso latino-americano de hipertensão em pacientes com diabetes tipo 2 e síndrome metabólica.

58, n.3, p. 205-225, 2014.

LEVINE, D. A. et al. Disparities in self-monitoring of blood glucose among low-income ethnic minority populations with diabetes, United States. **Ethnicity & Disease**, Virginia, v. 19, n. 2, p. 97–103, 2009.

MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ, G. I. et al. Adherence and metabolic control in patients with Type 2 Diabetes Mellitus in a hospital of Medellin (Colombia), **Archives of medical research**, Mexico DC, v.14, n. 1, p. 44-50, 2011.

MENDES, T. A. B. et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1233-1243, 2011.

MICHELS, M.J. et al. Questionário de atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica**, São Paulo, v. 54, n. 7, p. 644-651, 2010.

NASSAR, S. M. et al. **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. URL de acesso: <http://sestatnet.ufsc.br> . Florianópolis - SC, Brasil. Acesso em 04 de maio de 2016.

PAIVA, D.C.P; BERSUSA, A.A.S.; ESCUDER, M.M.L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, 2006.

OLIVEIRA, K. C. S.; ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 862-868, 2011.

OLIVEIRA, L.M.S.M. et al. Adesão ao tratamento dietético e evolução nutricional e clínica de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 4, p. 277-282, 2016.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p.

OSBORN, C. Y.; MAYBERRY, L. S.; KIM, J. M. Medication adherence may be more important than other behaviours for optimizing glycaemic control among low-income adults. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, Medford, v.41 [S.l.], p.256-259, 2016.

PONTIERI, F.M.; BACHION, M.M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 151-160, 2010.

REZENDE NETA, D.S.; SILVA, A.R.V.; SILVA, G. R.S. Adherence to foot self-care in diabetes mellitus patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 103-108, 2015.

SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

SBD. Sociedade Brasileira De Diabetes. **Posicionamento Oficial da SBD 02/2017. Conduta Terapêutica No Diabetes Tipo 2: Algoritmo**, 2017.

SILVA I, PAIS-RIBEIRO J, CARDOSO H. Diabetes Mellitus treatment adherence; the relevance of demographic and clinical characteristics. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 2, n. 2, p. 33-41, 2006.

SOARES, D. A. et al. Adesão ao tratamento da hipertensão e do diabetes: Compreensão de elementos intervenientes segundo usuários de um serviço de Atenção à Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 17, n. 3, p. 311-317, 2014.

TAVARES, N.U.L. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1092-1101, 2013.

TORRES, R. M. et al. Estrutura das Representações Sociais da Adesão

UFPE on line, Recife, v. 8, n. 10, p. 3412-3419., 2014. (*on-line*)

ZANETTI, M. L. et al. Adesão às recomendações nutricionais e variáveis sociodemográficas em pacientes com diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 619-625, 2015.

6.4 MANUSCRITO 2 FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

FACTORS ASSOCIATED WITH ADHERENCE TO TREATMENT IN PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS TREATED IN PRIMARY HEALTH CARE

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS ATENDIDAS EN LA ATENCIÓN BÁSICA DE SALUD

RESUMO

Objetivo: verificar os fatores sociodemográficos, clínicos e da organização do processo de trabalho na Atenção Básica de Saúde associados à adesão ao tratamento entre pessoas com Diabetes Mellitus. **Metodologia:** estudo quantitativo realizado em quatro Unidades Básicas de Saúde de um município no sul do Brasil. Participaram 329 pessoas com Diabetes Mellitus. Os dados foram coletados através de instrumento estruturado com as características sociodemográficas e clínicas e um Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes. Dados secundários do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica foram referência para avaliação do acesso e qualidade do cuidado prestado na Atenção Básica de Saúde. As análises foram realizadas através do *software* IBM SPSS versão 20.0. Análise descritiva verificou frequência absoluta e relativa e medidas de posição e dispersão dos dados. As variáveis de adesão ao tratamento foram categorizadas em mais desejável e menos desejável e verificada a razão de chances (OR) das pessoas apresentarem adesão mais desejável através de regressão logística binária bruta e ajustada. **Resultados:** As variáveis sociodemográficas e clínicas: sexo, idade, presença de comorbidades e estar trabalhando foram associadas à adesão. As variáveis da organização do processo de trabalho que tiveram associação com a adesão foram: coordenação do cuidado, a organização da agenda

sociodemográficos e clínicos devem ser considerados pelos profissionais de saúde para promoção da adesão. O acolhimento à demanda espontânea, a organização da agenda e a coordenação do cuidado estabelecem mecanismos que asseguram a acessibilidade e pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde e aumento da sua resolutividade. **Conclusão:** foi possível verificar os fatores associados à adesão ao tratamento dentro desta população, contribuindo para gerar um corpo de evidência que dê suporte ao direcionamento de intervenções voltadas a esse grupo de pessoas.

Descritores: Diabetes Mellitus. Adesão do paciente. Atenção Básica de Saúde.

ABSTRACT

Aim: To verify the sociodemographic, clinical and organizational factors of the work process in the Basic Health Care associated to adherence to treatment among people with Diabetes Mellitus. **Method:** quantitative study carried out in four Basic Health Units of a municipality in the south of Brazil. 329 people with Diabetes Mellitus participated. Data were collected through a structured instrument with sociodemographic and clinical characteristics and a Diabetes Self-Care Activities Questionnaire. Secondary data from the Program for Improving Access and Quality of Primary Care were used as reference for assessing the access and quality of care provided in Primary Health Care. The analyzes were performed using IBM SPSS software version 20.0. Descriptive analysis verified absolute and relative frequency and measurements of position and dispersion of data. The treatment adherence variables were categorized as more desirable and less desirable and the likelihood ratio (OR) of the individuals showed more desirable adherence through gross and adjusted binary logistic regression. **Results:** the sociodemographic and clinical variables that were associated with adherence were: gender, age, presence of comorbidities and being working. The variables of the organization of the work process that had association with the adhesion were: coordination of the care, the organization of the agenda and welcoming the spontaneous demand. **Discussion:** Sociodemographic and clinical factors should be considered by health professionals to promote adherence. The reception of spontaneous demand, the organization of the agenda and the coordination of care establish mechanisms that ensure accessibility and presuppose a logic of organization and operation of the health service and increase its resolution. Conclusion: it

within this population, contributing to generate a body of evidence that supports the targeting of interventions aimed at this group of people.

Descriptors: Diabetes Mellitus. Patient Compliance. Primary Health Care

RESUMEN

Objetivo: verificar los factores sociodemográficos, clínicos y de la organización del proceso de trabajo en la Atención Básica de Salud asociados a la adhesión al tratamiento entre personas con Diabetes Mellitus. Metodología: estudio cuantitativo realizado en cuatro Unidades Básicas de Salud de un municipio en el sur de Brasil. Participaron 329 personas con Diabetes Mellitus. Los datos fueron recolectados a través de un instrumento estructurado con las características sociodemográficas y clínicas y un Cuestionario de Actividades de Autocuidado con la Diabetes. Los datos secundarios del Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica fueron referencia para evaluación del acceso y calidad del cuidado prestado en la Atención Básica de Salud. Los análisis se realizaron a través del software IBM SPSS versión 20.0. El análisis descriptivo verificó frecuencia absoluta y relativa y medidas de posición y dispersión de los datos. Las variables de adhesión al tratamiento se clasificaron en más deseable y menos deseable y se verificó la razón de posibilidades (OR) de las personas presentar adhesión más deseable a través de regresión logística binaria bruta y ajustada. Resultados: Las variables sociodemográficas y clínicas: sexo, edad, presencia de comorbilidades y estar trabajando se asociaron a la adhesión. Las variables de la organización del proceso de trabajo que tuvieron asociación con la adhesión fueron: coordinación del cuidado, la organización de la agenda y acogida la demanda espontánea. Discusión: Factores sociodemográficos y clínicos deben ser considerados por los profesionales de salud para promover la adhesión. La acogida a la demanda espontánea, la organización de la agenda y la coordinación del cuidado establecen mecanismos que aseguran la accesibilidad y presupone una lógica de organización y funcionamiento del servicio de salud y aumento de su resolutivez. Conclusión: fue posible verificar los factores asociados a la adhesión al tratamiento dentro de esta población, contribuyendo a generar un cuerpo de evidencia que dé soporte al direccionamiento de intervenciones dirigidas a ese grupo de personas.

Descriptoros: Diabetes Mellitus. Cooperación del Paciente. Atención

INTRODUÇÃO

A adesão ao tratamento entre pessoas com Diabetes Mellitus do tipo 2 (DM2) envolve mudanças no estilo de vida que implicam em ter uma alimentação saudável, atividade física regular, uso contínuo de medicamentos, verificação frequente da glicemia e cuidados com os pés. A adesão a essas atividades de autocuidado são necessárias para prevenir as complicações decorrentes da doença que podem levar à incapacidade ou morte (IDF, 2015; SBD, 2016).

Os fatores associados à adesão da pessoa com DM2 ao tratamento são complexos e, às vezes, divergem na literatura. Alguns estudos apontam que a adesão pode mudar como resultado de circunstâncias inerentes à própria pessoa como a idade, a escolaridade e o sexo (FRENCH, WADE, FARMER, 2013; SCHMITT et al., 2014; CHOU et al., 2014) enquanto outros afirmam que variáveis sociodemográficas são fracos preditores da adesão (FREITAS et al., 2011; ZHU et al., 2011; FARIA et al., 2013). A forma de enfrentamento da doença (PUPKO; AZZOLLINI, 2012; JOHNSON et al., 2014; ALBAI et al., 2017) e questões externas que envolvem aspectos sociais (MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ et al., 2011) e ações realizadas pelo sistema de saúde (KROESE, ADRIAANSE, RIDDER, 2012; 2013; SCHMITT et al., 2014, ARORA, 2014) podem também interferir na adesão ao tratamento.

Destaca-se quanto ao sistema de saúde, que a Atenção Básica de Saúde (ABS) é uma das fontes mais importantes para que as pessoas com DM2 aprendam sobre estratégias de autocuidado bem-sucedidas. Um dos maiores desafios da ABS hoje é melhorar a qualidade da atenção à saúde das pessoas com DM e prevenir as complicações

decorrentes da doença garantindo acesso, resolutividade, maior integração entre os serviços e avanços no sentido da integralidade (OPAS, 2010; BRASIL, 2013a).

A Atenção Básica de Saúde (ABS) é organizada no Brasil através da Estratégia da Saúde da Família (ESF) na qual equipes multiprofissionais, localizadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) são responsáveis pelos cuidados de saúde de uma população numa determinada área geográfica. A ESF visa dentre seus objetivos que a população tenha acesso aos serviços de saúde e qualidade no cuidado que garanta a resolutividade dos seus problemas. Para isso, conhecer as características da sua população de referência e garantir uma organização dos processos de trabalho é fundamental para que as equipes alcancem os resultados desejados.

Para melhorar o acesso e a qualidade do cuidado na ABS foi criado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e uma das dimensões avaliadas no programa se refere ao Acesso e à Qualidade da Atenção, que considera os aspectos da organização do processo de trabalho (BRASIL, 2013b). Acredita-se que a organização do processo de trabalho das equipes da ESF seja um fator também importante no seguimento do tratamento das pessoas com DM2.

Salci, Meirelles e Silva (2017) realizaram uma avaliação qualitativa da atenção à saúde às pessoas com Diabetes Mellitus na ABS e encontraram dentre outras, fragilidades na integralidade do cuidado e na articulação entre os profissionais. Campos et al (2016) evidenciaram, também num estudo qualitativo, que dentre os fatores que dificultavam a

adesão ao tratamento entre pessoas com DM2, alguns eram relacionados à organização do processo de trabalho na ABS

Considerando, que a associação entre os fatores sociodemográficos e clínicos com a adesão ao tratamento entre pessoas com DM2 é bastante divergente na literatura e necessitam ser melhor explorados e; que apesar dos muitos estudos que afirmam a influência do sistema de saúde na adesão ao tratamento, poucos enfatizaram os fatores da organização dos processos de trabalho na ABS associados à adesão das pessoas com DM2 ao tratamento, tem-se como questão norteadora para este trabalho: Quais são os fatores sociodemográficos, clínicos e da organização do processo de trabalho na ABS associados à adesão ao tratamento entre pessoas com DM2?

As hipóteses são que variáveis sociodemográficas e clínicas estão associadas à adesão ao tratamento e que as pessoas com DM2 atendidas por equipes da ESF com melhor organização do seu processo de trabalho tenham adesão mais desejável ao tratamento.

O objetivo foi verificar os fatores sociodemográficos, clínicos e da organização do processo de trabalho associados à adesão ao tratamento entre pessoas com DM2 atendidas na ABS.

METODOLOGIA

Tipo de estudo: quantitativo transversal, realizado em quatro UBS do município de São José, Santa Catarina, Brasil. Foram selecionadas para o estudo duas UBS com ESF melhores avaliadas e duas UBS com ESF piores avaliadas de acordo com o PMAQ. O critério de escolha para as melhores avaliadas foi: possuir pelo menos duas equipes de ESF, possuir todas as equipes com avaliação de desempenho

geral “Muito Acima da Média”. As piores avaliadas deveriam possuir pelo menos duas equipes de ESF sendo pelo menos uma “abaixo da média” sendo critério de exclusão possuir equipes com avaliação “Muito Acima da Média”. Se mais de duas equipes preenchessem os critérios de inclusão seria escolhida aquela com maior número de pessoas com DM cadastradas.

População e Amostra: A população da pesquisa foi constituída 1314 pessoas com DM cadastradas nas quatro UBS selecionadas. Foi calculado o tamanho mínimo da amostra de 297 pessoas, com estimativa de 50% e intervalo de confiança de 95%. A amostra (n) deste estudo foi de 329 pessoas com DM2, estratificada conforme a população de pessoas com DM cadastradas em cada equipe da ESF de cada UBS. Os cálculos foram feitos no *website* SStatNet[®]/UFSC (NASSAR, 2016) para o ensino de estatística. A amostra foi intencional, pois se desejava entrevistar as pessoas que realmente utilizam as UBS em questão.

O quadro 1 apresenta o total de participantes do estudo divididos entre as 10 equipes da ESF das 04 UBS selecionadas.

Quadro 1- Divisão dos participantes do estudo entre as equipes da ESF. São José, SC, Brasil, 2017

Equipe	Número Total de Pessoas com DM	Número de pessoas com DM2 participantes da pesquisa
03	175	44
08	100	26
09	124	29
17	101	23
18	100	28
19	77	32
23	28	27
28	190	32
38	253	55
39	166	33

Fonte: Elaborado pela autora

Estratégias de recrutamento: As pessoas com DM2 foram convidadas de forma verbal, por uma das pesquisadoras, na sala de espera, quando compareciam para a consulta com médico/enfermeiro. A partir do aceite, as entrevistas eram agendadas e/ou realizadas na UBS ou residência da pessoa, de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Foram ainda, encaminhadas cartas convite através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e aqueles que aceitassem participar também eram agendados.

Os critérios para inclusão dos participantes eram ser usuários dos serviços disponibilizados nas UBS selecionadas, ter mais que 18 anos, possuir DM2 há mais de 01 ano. Em relação aos critérios de exclusão, foram consideradas as pessoas acamadas que não tinham condições de realizar as atividades de autocuidado questionadas no instrumento, gestantes e pessoas com DM1.

Coleta de dados: A partir do aceite, as entrevistas eram realizadas individualmente em consultório disponibilizado para este fim na UBS, ou na residência da pessoa. Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa pelos pesquisadores, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) era lido em voz alta e depois assinado. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal e por uma aluna do curso de Graduação em Enfermagem (treinada previamente pela pesquisadora principal para realizar as entrevistas) até se atingir o número mínimo da amostra proporcionalmente estratificada para cada equipe da ESF. Os dados foram coletados nos meses de setembro de 2016 a fevereiro de 2017. As entrevistas foram audiogravadas, com

tempo médio de duração de 15 min. e, posteriormente transcritas em arquivo Word[®].

Medidas:

- Características sociodemográficas e clínicas – obtidas por meio de instrumento estruturado com variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, tempo de doença, tipo de tratamento, comorbidades, tipos de serviços utilizados na UBS, frequência de utilização da UBS.
- Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD): versão adaptada para a cultura brasileira do instrumento *Summary of Diabetes Self-Care Activities* (SDSCA) (MICHELS, 2010) – avalia a adesão ao tratamento em DM a partir de quinze itens divididos em sete dimensões: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, automonitorização da glicemia, cuidados com os pés e uso da medicação, referentes aos últimos sete dias. As respostas de cada item são pontuadas de zero a sete conforme seja a menos desejável (zero) e a mais desejável (sete). Boas et al (2011), propuseram em seu estudo, que o mais desejável é que a pessoa tenha seguido as recomendações de cada um dos itens durante pelo menos cinco dias da semana. Assim, neste trabalho, cada item foi categorizado como mais desejável (5-7 dias) e como menos desejável (0-4 dias). Para os itens consumo de gorduras e consumo de doces foi considerado como mais desejável de 0-2 dias e menos desejável de 3-7 dias. Optou-se por aplicá-lo em

forma de entrevista em virtude da dificuldade de leitura ou visual de muitos dos participantes.

- PMAQ: Foram utilizados dados secundários oriundos da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ sendo considerada para análise a dimensão “Acesso e qualidade da atenção que considera aspectos da organização do processo de trabalho”. Esta dimensão possui várias subdimensões sendo consideradas neste trabalho as seguintes: População de Referência da Equipe de Atenção Básica; Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica; Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica; Organização dos Prontuários na Unidade Básica de Saúde; Coordenação do cuidado, Rede de atenção e resolutividade; Condições Crônicas e Obesidade; Visita domiciliar e cuidado realizado em domicílio e Promoção de saúde. Cada uma dessas subdimensões possui uma classificação de desempenho categorizada em ordem crescente como: insatisfatório, mediano ou abaixo da média, acima da média e muito acima da média.

Análise de dados:

Os dados coletados foram organizados no Excel e as análises foram realizadas através no pacote estatístico do *software* IBM SPSS (versão 2.0). Na análise descritiva foi verificada a frequência absoluta e relativa (variáveis categóricas) e medidas de posição e dispersão dos dados (variáveis numéricas). As variáveis de adesão ao tratamento foram associadas com as variáveis sociodemográficas e clínicas e com

as variáveis do acesso e qualidade da atenção que considera os processos de trabalho na ABS através do teste qui-quadrado.

Para verificar a razão de chances (OR) das pessoas com DM2 apresentarem adesão mais desejável, foi utilizada regressão logística binária bruta e ajustada. Devido ao grande número de variáveis, optou-se por apresentar nas tabelas dos resultados apenas aquelas que mantiveram a associação após as análises ajustadas. Para a análise ajustada foram consideradas as variáveis idade, sexo e tipo de tratamento. Para verificar a qualidade do ajuste nos modelos de regressão foi utilizado o teste de Hosmer-Lemeshow. Foi adotado intervalo de confiança de 95%.

Aspectos Éticos

A pesquisa seguiu os aspectos éticos da resolução n.466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, segundo CAAE: 57796116.7.0000.0121.

RESULTADOS

Entre as 1314 pessoas com DM cadastradas nas 04 UBS selecionadas para o estudo, 400 foram convidadas a participar. Destas, 329 aceitaram participar do estudo. Dos 71 que negaram participar do estudo, 68 alegaram falta de tempo para receber os pesquisadores e 03 negaram ter diagnóstico de DM2.

Quanto às características sociodemográficas, a maioria dos participantes foi do sexo feminino (71,45%), possui companheiro (50,50%), tem 01 a 05 anos de estudo (48,60%), são aposentados (58,70%) com renda familiar de 01 a 03 salários mínimos (73,20%). As

comorbidades mais prevalentes foram a hipertensão arterial (78,70%), a dislipidemia (55,6%) e a doença cardíaca (30,1%). A maioria possui de 01 a 05 anos de tratamento para o DM2 (65,6%) e segue terapia medicamentosa apenas com hipoglicemiantes orais (65,9%).

No que se refere à adesão às várias dimensões do tratamento entre as pessoas com DM2, a tabela 1 apresenta a frequência dos desfechos categorizados entre a população estudada.

Tabela 1- Frequência absoluta e relativa dos desfechos categorizados. São José, SC, Brasil, 2017

Desfecho	FA	FR%
Dieta saudável		
Menos desejável (0-4)	170	52,6
Desejável (5-7)	153	47,4
Orientação por profissional		
Menos desejável (0-4)	172	53,4
Desejável (5-7)	150	46,6
Porções de frutas e vegetais		
Menos desejável (0-4)	129	39,9
Desejável (5-7)	194	60,1
Ricos em gordura		
Menos desejável (3-7)	97	29,7
Desejável (0-2)	230	70,3
Doces		
Menos desejável (3-7)	87	26,7
Desejável (0-2)	239	73,3
Atividade física		
Menos desejável (0-4)	277	84,7
Desejável (5-7)	50	15,3
Exercício físico		
Menos desejável (0-4)	283	86,5
Desejável (5-7)	44	13,5
Avaliou açúcar		
Menos desejável (0-4)	244	74,2
Desejável (5-7)	85	25,8
Avaliou açúcar recomendado por profissional		
Menos desejável (0-4)	248	75,6

Desejável (5-7)	80	24,4
Examinou os pés		
Menos desejável (0-4)	83	25,2
Desejável (5-7)	246	74,8
Examinou os sapatos		
Menos desejável (0-4)	95	29,2
Desejável (5-7)	230	70,8
Secou os pés		
Menos desejável (0-4)	49	16,1
Desejável (5-7)	280	83,9
Tomou medicamentos		
Menos desejável (0-4)	53	16,1
Desejável (5-7)	276	83,9

As tabelas a seguir apresentam as variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas ao acesso e qualidade da atenção que considera os processos de trabalho na ABS que tiveram associação com a adesão ao tratamento entre pessoas com DM2.

Adesão à dieta

As mulheres apresentaram 1,93 (IC95% 1,12-3,34) mais chances de estarem com um consumo de gorduras desejável se comparado aos homens. As pessoas com outras comorbidades e aquelas com 70 anos ou mais tiveram 3,20 vezes (IC95% 1,15 – 5,88) e 2,87 vezes (IC95% 1,40 – 5,88), respectivamente, mais chances de adesão mais desejável ao consumo de alimentos ricos em gorduras.

As pessoas com DM2 atendidas pelas equipes com desempenho muito acima da média no que se refere à coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade tiveram maiores chances de aderirem a uma dieta saudável. As pessoas com DM2 atendidas pelas equipes avaliadas como muito acima da média em acolhimento a demanda espontânea e organização da agenda tiveram maiores chances de terem

adesão mais desejável no que se refere ao consumo de doces. A tabela 2 mostra estas associações.

Tabela 2 - Variáveis sociodemográficas, clínicas e do acesso e qualidade da atenção que considera os processos de trabalho na ABS associadas à adesão à dieta entre pessoas com DM2, em um modelo de regressão logística binária. São José, SC, Brasil, 2017

	Mais Desejável n (%)	Menos desejável n (%)	Bruta OR (IC 95%)	Ajustada [¥] OR (IC 95%)
Adesão a dieta saudável				
Coordenação cuidado rede atenção resolutividade				
Mediano ou abaixo da média	30 (33,7)	59 (66,3)	1	1
Acima da média	53 (51,5)	50 (48,5)	2,08 (1,16 – 3,74)	1,85 (1,01 – 3,39)
Muito acima da média	70 (53,4)	61 (46,6)	2,25 (1,29 – 3,94)	2,16 (1,22 – 3,82)
Consumo de cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais				
Nenhuma variável sociodemográfica, clínica ou da organização do processo de trabalho foi associada				
Consumo de gorduras				
Sexo				
Masculino	56 (60,9)	36 (39,1)	1	1
Feminino	171 (74,0)	60 (26,0)	1,83 (1,09 – 3,05)	1,93 (1,12 – 3,34)
Idade (anos)*				
Até 59	69 (62,7)	41 (37,3)	1	1
60-69	84 (66,7)	42 (33,3)	1,18 (0,69 – 2,03)	1,17 (0,67 – 2,04)
70 ou mais	72 (83,7)	14 (16,3)	3,05 (1,53 – 6,09)	2,87 (1,40 – 5,88)
Outras doenças				
Não	8 (42,1)	11 (57,9)	1	1
Sim	207 (72,4)	79 (27,6)	3,60 (1,39 –	3,20 (1,15 –

				9,28)		5,88)	
Consumo de doces							
Acolhimento a demanda espontânea							
Acima da média	146 (69,2)	65 (30,8)	1			1	
Muito acima da média	93 (80,9)	22 (19,1)	1,88 (3,25)	(1,08	–	1,83 (3,21)	(1,04 –
Organização da agenda equipe de atenção básica							
Mediano ou abaixo da média	72 (69,2)	32 (30,8)	1			1	
Acima da média	62 (68,1)	29 (31,9)	0,95 (1,74)	(0,51	–	1,07 (2,00)	(0,57 –
Muito acima da média	105 (80,2)	26 (19,8)	1,79 (3,26)	(0,98	–	1,95 (3,61)	(1,05 –
¥ = ajustada por idade e escolaridade *ajustada por escolaridade							

Monitorização glicêmica

As mulheres e as pessoas que trabalham tiveram menos chances de automonitorização glicêmica mais desejável. As pessoas com DM2 atendidas nas equipes melhores avaliadas em Coordenação do cuidado, rede de atenção e resolutividade tiveram maiores chances de realizarem automonitorização glicêmica conforme recomendado por profissional. A tabela 3 mostra essas associações.

Tabela 3 - Variáveis sociodemográficas, clínicas e do acesso e qualidade da atenção que considera os processos de trabalho na ABS associadas à Adesão à automonitorização glicêmica entre pessoas com DM2, em um modelo de regressão logística binária. São José, SC

	Mais Desejável n (%)	Menos desejável n (%)	Bruta OR (IC 95%)	Ajustada [¥] OR (IC 95%)
Automonitorização glicêmica				
Sexo				
Masculino	32 (34,4)	61 (65,6)	1	1
Feminino	52 (22,4)	180 (77,6)	0,45 (0,32 – 0,93)	0,47 (0,23 – 0,95)
Trabalho				
Outros	71 (29,3)	171 (70,7)	1	1
Ativo	14 (16,1)	73 (83,9)	0,46 (0,24 – 0,87)	0,41 (0,17 – 0,99)
Automonitorização glicêmica conforme recomendado por profissional				
Coordenação do cuidado, rede de atenção, resolutividade				
Mediano ou abaixo da média	12 (13,0)	80 (87,0)	1	1
Acima da média	25 (23,8)	80 (76,2)	2,08 (0,97 – 4,43)	1,36 (0,58 – 3,15)
Muito acima da média	43 (32,8)	88 (67,2)	3,25 (1,60 – 6,61)	3,63 (1,65 – 8,01)

¥= ajustada por idade, escolaridade e uso de insulina;

Atividade física

As mulheres tiveram 79% menos chances de realizar atividade física e 72% menos chances de realizar exercício físico mais desejável. Possuir doença cardíaca também reduziu em 87%, as chances de adesão mais desejável à atividade física.

Tabela 4 - Variáveis sociodemográficas, clínicas e do acesso e qualidade da atenção que considera os processos de trabalho na ABS associadas à adesão à atividade física entre pessoas com DM2, em um modelo de regressão logística binária.

	Desejável n (%)	Menos desejável n (%)	Bruta OR (IC 95%)	Ajustada [¥] OR (IC 95%)
ATIVIDADE FÍSICA				
Sexo				
Masculino	29 (31,9)	62 (68,1)	1	1
Feminino	21 (9,1)	211 (90,9)	0,21 (0,11 – 0,39)	0,21 (0,10 – 0,40)
Doença Cardíaca				
Não	41 (18,0)	187 (82,0)	1	1
Sim	9 (9,1)	90 (90,9)	0,45 (0,21 – 0,97)	0,42 (0,18 – 0,94)
EXERCÍCIO FÍSICO				
Sexo				
Masculino	24 (26,1)	68 (73,9)	1	1
Feminino	20 (8,7)	211 (91,3)	0,26 (0,14 – 0,51)	0,28 (0,14 – 0,57)

¥= ajustada por idade, escolaridade

Cuidados com os pés

Possuir doença cardíaca aumentou as chances de realizar o exame dos pés e trabalhar aumentou as chances de examinar os sapatos numa frequência desejável. Ser atendido por equipe “acima da média” no planejamento das suas ações aumentou as chances das pessoas com DM2 secarem os pés.

Tabela 5 - Associação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e do acesso e qualidade da atenção que considera os processos de trabalho na ABS com cuidados com os pés entre pessoas com DM2, em um modelo de regressão logística binária

	Mais Desejável n (%)	Menos desejável n (%)	Bruta OR (IC 95%)	Ajustada [¥] OR (IC 95%)
EXAME DOS PÉS				
Doença Cardíaca				
Não	159 (69,1)	71 (30,9)	1	1
Sim	87 (87,9)	12 (12,1)	3,23 (1,66 – 6,29)	3,05 (1,55 – 5,97)
EXAME DOS SAPATOS				
Trabalho				
Outros	161 (67,6)	77 (32,4)	1	1
Ativo	69 (79,3)	18 (20,7)	1,83 (1,02 – 3,29)	2,31 (1,20 – 4,46)
SECAR OS PÉS				
Planejamento das ações equipe de atenção básica				
abaixo da média	52 (77,6)	15 (22,4)	1	1
Acima da média	156 (90,7)	16 (9,3)	2,81 (1,30 – 6,08)	2,70 (1,23 – 5,90)
Muito acima da média	72 (80,0)	18 (20,0)	1,15 (0,53 – 2,49)	1,20 (0,55 – 2,61)

¥= ajustada por idade, escolaridade

Utilização dos medicamentos

As pessoas com DM2 atendidas por equipes com melhor avaliação em Acolhimento demanda espontânea têm maiores chances de aderirem ao uso do medicamento. No entanto, entre as equipes melhores avaliadas em população de referência, as pessoas com DM2 tiveram

Tabela 6 - Associação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e do acesso e qualidade da atenção que considera os processos de trabalho na ABS com a adesão ao uso dos medicamentos entre pessoas com DM2, em um modelo de regressão logística binária

	Mais Desejável n (%)	Menos Desejável n (%)	Bruta OR (IC 95%)	Ajustada [¥]
População de referência equipe de atenção básica				
Mediano ou abaixo da média	188 (89,1)	23 (10,9)	1	1
Acima da média	22 (78,6)	6 (21,4)	0,44 (0,16 – 1,22)	0,47 (0,16 – 1,33)
Muito acima da média	66 (73,3)	24 (26,7)	0,33 (0,17 – 0,63)	0,35 (0,18 – 0,68)
Acolhimento demanda espontânea				
Acima da média	172 (80,8)	41 (19,2)	1	1
Muito acima da média	104 (89,7)	12 (10,3)	2,06 (1,03 – 4,11)	2,13 (1,03 – 4,39)

¥= ajustada por idade, escolaridade

Nenhuma dimensão da adesão ao tratamento em DM teve associação significativa com as variáveis: Organização dos Prontuários na Unidade Básica de Saúde; Condições Crônicas e Obesidade; Visita domiciliar e cuidado realizado em domicílio e Promoção de saúde ($p > 0,05$).

DISCUSSÃO

Ao verificar os fatores sociodemográficos, clínicos e da organização do processo de trabalho associados à adesão ao tratamento entre pessoas com DM2 atendidas na ABS, pode-se constatar que no que se refere à adesão à dieta, a prevalência de adesão desejável foi superior ao estudo de Arrelias et al (2015). A adesão a uma dieta saudável tem sido considerada um dos maiores desafios entre as pessoas com DM2 e entre os profissionais de saúde, por conta das questões culturais, sociais e econômicas envolvidas nos hábitos alimentares (FARIA et al., 2014; TORRES, FERNANDES, CRUZ et al., 2014; ZANETTI et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2016).

No nosso estudo, a prevalência de adesão encontrada nessa dimensão do autocuidado reforça a necessidade de mais intervenções por parte dos profissionais de saúde e das pessoas com DM2 no sentido de alcançar melhores resultados.

Nessa dimensão do autocuidado, as mulheres apresentaram mais chances de estarem com um consumo de gorduras desejável. O menor consumo de gorduras entre mulheres tem sido evidenciado na população em geral (BRASIL, 2017). Isso pode ser justificado pela maior presença de obesidade entre as mulheres após os 40 anos (ADA, 2017), fazendo com que tenham maior preocupação com o consumo de gorduras e ainda pela maior procura desse público por serviços de saúde (MENDES et al., 2011; LESSMANN; SILVA; NASSAR, 2011; OLIVEIRA; ZANETTI, 2011; OLIVEIRA et al., 2016) permitindo que recebam mais as orientações nutricionais dadas pelos profissionais. Quanto às maiores chances de consumo de gorduras desejável entre

iguais, com outras comorbidades, não foram encontrados outros

estudos que evidenciassem tal questão. Pode-se pressupor que este público esteja mais atento ao consumo de gorduras, uma vez que as comorbidades mais prevalentes na população do estudo, incluem hipertensão e doença cardíaca, condições que exigem o menor consumo de gorduras.

Quanto ao consumo desejável de gorduras entre as pessoas com mais de 70 anos, outros estudos evidenciam o aumento da idade como preditor para melhor adesão ao tratamento alimentar (Hernandez et al., 2014; O'NEIL et al., 2014). Uma hipótese apresentada por estes autores e que também pode caber no nosso estudo, é que o medo de agravo à saúde e a vontade de viver aumentam o grau de motivação para cumprir o plano alimentar, em especial reduzir o consumo de gorduras.

Também foi encontrada maiores chances de adesão mais desejável à dieta saudável quando as pessoas com DM2 são atendidas por equipes com melhor coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade.

Isso porque, no que se refere à dieta, as pessoas com DM2 encontram muitas dificuldades (TAVARES et al., 2013; ROOS, BAPTISTA, MIRANDA, 2015) de ordem individual e social (ZANETTI et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2016) e também dentro do sistema de saúde, dentre as quais se destaca a dificuldade de encaminhamentos para nutricionistas que possam auxiliar no plano alimentar e também no encaminhamento para os exames (ROOS, BAPTISTA, MIRANDA, 2015). Assim, a coordenação do cuidado que envolve acolher, encaminhar e acompanhar (BRASIL, 2013b), é fundamental para as pessoas com DM2, que necessitam de consultas com nutricionistas e outros especialistas e de realização de exames.

Essas ações permitem que as pessoas com DM2 conheçam seu estado de saúde e conseqüentemente, possam aderir a uma das mais desafiadoras dimensões do autocuidado, que é a dieta.

Ainda no que se refere à dieta, as pessoas com DM2 atendidas por equipes com melhor acolhimento à demanda espontânea e organização da agenda tiveram mais chances de adesão ao consumo de doces desejável. Tavares et al (2013) destacam, nesse sentido, que as pessoas com DM2 relatam muitas dúvidas sobre o que devem ou não comer. Baseado nisso, pode-se pressupor que um melhor acolhimento à demanda espontânea que envolve, dentre outros, a realização da escuta (BRASIL, 2013b) permite que a população seja ouvida nas suas dúvidas e queixas e, conseqüentemente seja melhor esclarecida sobre os alimentos permitidos.

A organização da agenda também contribuiu nesse sentido, pois esta, se refere, dentre outros, à reserva de vagas na agenda para um horário de fácil acesso aos profissionais, sendo fundamental na logística da rotina da equipe, no que tange ao atendimento das demandas espontânea e programada (BRASIL, 2013b), aumentando as possibilidades das pessoas resolverem suas principais dúvidas, fazendo com que as equipes melhores avaliadas neste item, tenham pessoas com DM2 com um consumo de doces desejável.

A prevalência de adesão à automonitorização glicêmica se mostrou baixa (24,40%), sendo que as mulheres apresentaram menores chances de adesão a essa dimensão do autocuidado. Ao contrário, Hernandez et al (2014) evidenciaram, num estudo com desenho semelhante, uma maior verificação da glicemia entre as mulheres. A dedicação ao lar, evidenciada em outros estudos como um fator que

dificulta o engajamento das mulheres em outras dimensões do autocuidado (BRASIL, 2017), pode em parte, explicar a baixa prevalência de adesão encontrada neste estudo.

Ainda nesse sentido, as pessoas que trabalham apresentaram menores chances de adesão ao automonitoramento glicêmico. O'neil et al (2014) encontraram menor adesão ao tratamento, como um todo, entre pessoas que trabalham e de fato, estar trabalhando tem sido apontado como um dificultador do tratamento em pessoas com condições crônicas de saúde. Isso, por conta da falta de tempo da pessoa que trabalha, e pela falta de incentivo e apoio dos empregadores nos cuidados com a saúde dos trabalhadores (FERNANDES et al., 2016).

Maiores chances de automonitorização, conforme a recomendação de um profissional, foi encontrada entre as pessoas com DM2 atendidas com uma melhor coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade. Bell et al (2013), num estudo com desenho distinto deste, também evidenciaram que melhor coordenação do cuidado aumenta as chances de adesão, mas naquele caso, à medicação. Os autores destacam que a coordenação do cuidado é particularmente importante no controle do DM, dada a importância da interação frequente com os profissionais de saúde para resultados bem sucedidos.

Cabe destacar, que apesar da sua importância no tratamento, as frequências de realização da automonitorização são muito individuais, de acordo com os dados clínicos (SBD, 2017), o que exige muito vínculo entre as pessoas com DM2 e os profissionais de saúde. Desse modo, apesar de não haver uma explicação exata da relação da coordenação do cuidado e automonitorização glicêmica, pode-se inferir que uma melhor coordenação do cuidado resulta em interação frequente

com os profissionais de saúde proporcionando melhor vínculo entre estes, e maior conhecimento, por parte dos profissionais de saúde sobre os resultados clínicos das pessoas com DM2.

As baixas prevalências de adesão à atividade física (15,3%) encontradas são preocupantes. Arrelias et al (2015) e Faria et al (2013) evidenciaram maiores taxas de adesão ao exercício físico (20% a 53% e 58,6% respectivamente). No entanto, muitos estudos também têm evidenciado baixa adesão à atividade física (MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ et al., 2011; HERNANDEZ et al., 2014; JOHNSON et al., 2014; FARIA et al., 2014).

As mulheres tiveram menos chances de adesão à atividade física e ao exercício físico. O menor engajamento das mulheres nas atividades físicas tem sido demonstrado na população em geral. A dedicação ao lar faz com as mesmas sejam menos engajadas em atividades físicas (BRASIL, 2017), o que evidencia a necessidade de planejamento de atividades físicas que envolvam as mulheres.

Ainda nesta dimensão do autocuidado, possuir doença cardíaca diminuiu as chances de realizar exercício físico. Guiraud et al (2012) e Dontje et al (2014) também evidenciaram baixas taxas de atividade física entre pessoas com doença cardiovascular, apesar da importância destas, também no tratamento dessa comorbidade. Destaca-se, que as atividades físicas não devem ser abolidas neste grupo, pois podem ser adaptadas e ajudar no tratamento, mas exigem um acompanhamento individualizado, que muitas vezes não é possível nesta população, por conta das dificuldades econômicas e carência de profissionais nas UBS que possam acompanhar essa particularidade.

Possuir doença cardíaca, no entanto, aumentou as chances de

realizar o exame dos pés mais desejável. Apesar de não ter sido encontrado nenhum outro estudo que fizesse essa associação, uma possibilidade explicativa para a associação entre doença cardíaca e exame dos pés seria a maior preocupação destas pessoas com os pés, pela potencialização do agravamento da situação vascular que pode ser causada também pela doença cardíaca. Ainda no que se refere aos cuidados com os pés, nosso estudo evidenciou maiores chances de exame dos sapatos entre os que trabalham. O que se observa nessa população e, também foi foco da discussão no trabalho de Rezende Neta (2015), é que a maioria das pessoas com DM2 que procuram a ABS utilizam calçados abertos, não havendo, portanto, a necessidade de se olhar seu interior, o que contraria o preconizado na literatura, segundo a SBD (2016) e ADA (2017). Desse modo, a necessidade de verificação se dá, somente, naqueles que utilizam sapatos e trabalhar geralmente exige que se calce sapatos.

Quanto ao uso da medicação, a prevalência de 83,9% de adesão mais desejável encontrada se assemelha às taxas evidenciadas no estudo de Arrelias et al (2015). No entanto, estes autores apontam uma ampla taxa de variação de adesão à terapia medicamentosa (14% a 83%). Muitos estudos (FARIA et al., 2014; REMOND, CABRERA, SOUZA, 2014; CAMPOS et al., 2016) referem que essa dimensão do tratamento é vista com maior facilidade tanto entre as pessoas com DM2, que acreditam no medicamento como a base do tratamento, quanto entre os profissionais de saúde, que muitas vezes, preferem a prescrição medicamentosa em detrimento das orientações nutricionais e físicas.

Quanto as maiores chances de adesão ao uso da medicação entre as pessoas com DM2 que têm um melhor acolhimento à demanda

espontânea, Bell et al (2013) ao relacionarem a adesão ao tratamento entre pessoas com DM com a confiança nos profissionais de saúde, também evidenciaram associação entre acolhimento e confiança no profissional de saúde, enfatizando que essa relação favorável entre a pessoa com DM e o sistema de saúde aumenta a probabilidade de adesão. Da mesma forma, no presente estudo, a associação da adesão ao tratamento medicamentoso com o melhor acolhimento pode ser explicada pela maior confiança nos serviços de saúde e nos profissionais.

Limitações do estudo

Este trabalho foi transversal, o que impossibilita inferências causais. A utilização de autorrelato para medir a adesão ao tratamento pode não refletir os comportamentos reais de autocuidado e serem suscetíveis ao viés de desajustabilidade social. Além disso, a ausência de um consenso sobre o método ideal para avaliação da adesão ao tratamento entre pessoas com DM e a variedade de métodos empregados na literatura dificultam a comparação com outros estudos. Não foi possível comparar muitos dos resultados relacionados ao acesso e qualidade da atenção com outros estudos, uma vez que nenhum outro estudo apresentou um desenho semelhante. As limitações do estudo devem ser consideradas na interpretação dos resultados.

CONCLUSÃO

Através deste estudo, os resultados trazem respostas ao objetivo proposto, ao verificar que muitos fatores sociodemográficos, clínicos e da organização do processo de trabalho estão associados à adesão ao tratamento das pessoas com DM2 atendidas na ABS.

Fatores sociodemográficos e clínicos como sexo, idade,

presença de comorbidades e estar trabalhando foram associados à adesão ao tratamento entre pessoas com DM2. Os achados deste estudo apontaram ainda que a organização do processo de trabalho na ABS está associada à adesão ao tratamento entre pessoas com DM2. Especificamente, um melhor acolhimento à demanda espontânea, uma melhor organização da agenda, coordenação do cuidado e resolutividade aumentam as chances de adesão ao tratamento em aspectos importantes da dieta, no uso da medicação e no automonitoramento glicêmico.

Os fatores sociodemográficos e clínicos podem interferir na adesão ao tratamento e devem ser considerados pelos profissionais de saúde para promoção da adesão ao tratamento e aumento da resolutividade dos serviços. Por isso, é preciso buscar e/ou manter estratégias para garantir o acesso e qualidade da atenção que considere os processos de trabalho na ABS.

O acolhimento à demanda espontânea, a organização da agenda e a coordenação do cuidado estabelecem mecanismos que asseguram a acessibilidade e pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que partem do princípio de que a unidade de saúde deve receber e ouvir as pessoas com DM2 que procuram os seus serviços, de modo universal. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação e responsabilização são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção e como coordenadora do cuidado (BRASIL, 2013b). A ESF coloca como prioridade que todos tenham acesso aos serviços de saúde de qualidade, a fim de garantir o princípio de igualdade a todos os cidadãos, e isso se traduz na necessidade de acesso e qualidade da atenção que considere os processos de trabalho da

ABS.

Através deste estudo, foi possível verificar os fatores associados à adesão ao tratamento dentro desta população, contribuindo para gerar um corpo de evidência que dê suporte ao direcionamento de intervenções voltadas a esse grupo de pessoas. Assim, os resultados encontrados podem ser utilizados para a análise da situação de saúde das pessoas com DM2 desta região podendo ser também ampliada para outras realidades, facilitando o monitoramento dos objetivos e contribuindo para a melhoria da adesão das pessoas com DM2 ao tratamento.

Cabe ainda destacar, que muitos estudos já evidenciaram a influência de fatores sociodemográficos e clínicos na adesão de pessoas com DM2 ao tratamento mas, nosso estudo foi pioneiro em examinar a associação entre a adesão ao tratamento em DM2 e a organização do processo de trabalho na ABS. Dado o problema de saúde pública significativo que o DM representa, é importante compreender a influência destes fatores na adesão ao tratamento entre pessoas com DM2.

Embora os resultados não possam confirmar a via pela qual as variáveis relacionadas à organização do processo de trabalho na ABS estejam associadas com variáveis da adesão ao tratamento entre pessoas com DM2, a presença dessas associações merece uma investigação mais aprofundada. Mais pesquisas são necessárias para entender melhor esta relação e fornecer meios de reforçar a qualidade do cuidado às pessoa com DM2 na ABS.

REFERÊNCIAS

ADA. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, Danvers, v. 40, n. suppl. 1, p. S1-S2, 2017.

ALBAI, A. et al. Association between coping mechanisms and adherence to diabetes-related self-care activities: a cross-sectional study. **Patient Prefer Adherence**, v.11, p. 1235-1241, 2017.

ARORA, S. et al. Trial to examine text message- based mHealth in emergency department patients with diabetes (TEXT-MED): a randomized controlled trial. **Annals of Emergency Medicine**, Irving, v. 63, n. 6, p. 745-754, 2014.

ARRELIAS, C. C. A. et al. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus e variáveis sociodemográficas, clínicas e de controle metabólico. **Acta paulista enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 315-322, 2015.

BELL, R. A. et al. Correlates of physician trust among rural older adults with diabetes. **American Journal of Health Behaviour**, Oak Ridge, v. 37, n. 5, p. 660-666, 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013a. 28 p. : il.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento De Atenção Básica. **Manual Instrutivo Saúde: Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília : Ministério da Saúde; 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CAMPOS, T.S.P. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pessoas com diabetes mellitus assistidos pela atenção primária de saúde. **Journal of Health and Biocial Sciences**, Fortaleza, v.4, n.4, p. 251-256, 2016.

CHOU, A.F et al. A Survey of Self-Management and Intrusiveness of Illness in Native Americans With Diabetes Mellitus. **Care Management Journals**, v. 15, n. 4, p. 170-183, 2014.

DONTJE, M.L. et al. Daily Physical Activity in Stable Heart Failure Patients. **Journal of Cardiovascular Nursing**, Pensilvânia, v.29, n. 3, p. 218-226, 2014.

FARIA, H. T. G. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 231-237, 2013.

_____. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 257-263, 2014.

FERNANDES, M.S.S. et al. O Autocuidado Relacionado à Condição Crônica entre Trabalhadores do Transporte Coletivo. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, São José, v. 5, n. 1, p. 73-89, 2016.

FREITAS, R.W et al. Factors related to nursing diagnosis, ineffective self-health management, among diabetics. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 365-372, 2011.

FRENCH, D.P; WADE, A.N; FARMER, A.J. Predicting self-care behaviours of patients with type 2 diabetes: the importance of beliefs about behaviour, not just beliefs about illness. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 74, n. 4, p. 327-333, 2013.

GUIRAUD, T.; GRANGER, R.; GREMEAUX, V. et al. Accelerometer as a tool to assess sedentarity and adherence to physical activity recommendations after cardiac rehabilitation program. **Annals of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 55, n. 5, p. 312-321, 2012.

American and Latino Patients With Diabetes. **Journal of Health Psychology**, Londres, v. 33, n. 7, p.597-607, 2014.

IDF. **International Diabetes Federation. Diabetes Atlas**. Belgium: IDF, 2015

JOHNSON, M. D. et al. Spousal Protective Buffering and Type 2 Diabetes Outcomes. **Journal of Health Psychology**, Londres, v. 38, n. 8, p. 841-844, 2014.

KROESE, F.M.; ADRIAANSE, M.A.; RIDDER, D.T.D. Boosters, anyone? Exploring the added value of booster sessions in a self-management intervention. **Health Education Research**, Oxford, v. 27, n. 5, o. 825-833, 2012.

KROESE, F.M; ADRIAANSE, M.A; RIDDER, D.T.D. Are Self-Management Interventions Suitable for All? Comparing Obese Versus Nonobese Type 2 Diabetes Patients. **Health Education & Behavior**, Columbia, v. 40, n. 5, p. 552-587, 2013.

LESSMANN, J. C. ; SILVA, D. M. G. V. ; NASSAR, S. M. . Estresse em mulheres com Diabetes mellitus tipo 2. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 451-456, 2011.

MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ G. I. et al. Adherence and metabolic control in patients with Type 2 Diabetes Mellitus in a hospital of Medellin (Colombia), **Archives of medical research**, Mexico DC, v.14, n. 1, p. 44-50, 2011.

MENDES T. A. B. et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1233-1243, 2011.

MICHELS, M.J. et al. Questionário de atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica**, São Paulo, v. 54, n. 7, p. 644-651, 2010.

NASSAR, S. M. et al. **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino

Florianópolis - SC, Brasil. Acesso em 04 de maio de 2016.

OLIVEIRA, K. C. S.; ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 862-868, 2011.

OLIVEIRA, L.M.S.M. et al. Adesão ao tratamento dietético e evolução nutricional e clínica de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 4, p. 277-282, 2016.

O'NEIL, A. et al. Associations between economic hardship and markers of self-management in adults with type 2 diabetes: results from Diabetes MILES - Australia. **Australian and New Zeland Journal of Public Health**, Medford, v. 38, n. 5, p. 466-472, 2014.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p.

REMOND, F. A.; CABRERA, M. A. S.; SOUZA, R. K. T. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p.126-136 2014.

PUPKO V. B., AZZOLLINI S. Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2. **Revista argentina de salud publica**, Buenos Aires, v. 3, n. 10, p. 15-23, 2012.

REZENDE NETA, D.S.; SILVA, A.R. V.; SILVA, G. R.S. Adherence to foot self-care in diabetes mellitus patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 103-108, 2015.

ROOS, A.C; BAPTISTA, D.R; MIRANDA, R.C. Adesão tratamento de Diabetes *Mellitus* tipo 2. **Demetra: Alimentação, nutrição & saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 329-346, 2015.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. **Revista Latino-Americana de**

SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

SBD. Sociedade Brasileira De Diabetes. **Posicionamento Oficial da SBD 02/2017. Conduta Terapêutica No Diabetes Tipo 2: Algoritmo**, 2017.

SCHMITT, A. et al. Assessment of diabetes acceptance can help identify patients with ineffective diabetes self-care and poor diabetes control. **Diabetic Medicine**, Southampton, v. 31, n. 11, p. 1446-1451, 2014.

TAVARES, N.U.L. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1092-1101, 2013.

TORRES, R. M. et al. Estrutura das Representações Sociais da Adesão das Pessoas Com Diabetes ao Seu Tratamento. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 10, p. 3412-3419., 2014.

ZHU, V.J. et al. Race and medication adherence and glycemic control: findings from an operational health information exchange. **AMIA Annual Symposium Proceedings Archive**, Maryland, p. 1649-1657, 2011.

ZANETTI, M. L. et al. Adesão às recomendações nutricionais e variáveis sociodemográficas em pacientes com diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 619-625, 2015.

6.5 MANUSCRITO 3- ADESÃO AO TRATAMENTO ENTRE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS DO TIPO 2 NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

ADESÃO AO TRATAMENTO ENTRE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS DO TIPO 2 NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

ADHERENCE TO TREATMENT AMONG PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS IN THE CONTEXT OF BASIC HEALTH CARE

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ENTRE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS DEL TIPO 2 EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN BÁSICA DE SALUD

RESUMO

Objetivo: elaborar um modelo interpretativo sobre a adesão ao tratamento entre pessoas com Diabetes Mellitus no contexto da Atenção Básica de Saúde. **Método:** estudo de método misto sendo um estudo quantitativo transversal com 329 participantes, e uma investigação qualitativa com 31 participantes, utilizando a Teoria Fundamentada nos Dados, realizado em quatro Unidades Básicas de Saúde de um município do sul do Brasil. Os dados quantitativos foram coletados por um Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes. Utilizaram-se dados secundários do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção. Foi realizada análise estatística descritiva e associação de variáveis por meio de teste qui-quadrado. Os dados qualitativos foram obtidos a partir de observação e entrevistas e analisados mediante codificação inicial, seletiva e focalizada. **Resultados:** Evidenciaram-se na etapa quantitativa baixas prevalências de adesão a uma alimentação saudável, à prática de atividade física e ao automonitoramento glicêmico. O uso da medicação e os cuidados com os pés se mostraram desejáveis. Melhores prevalências de adesão à dieta saudável, ao automonitoramento glicêmico e ao uso da medicação foram encontradas entre as pessoas atendidas por equipes da estratégia da saúde da família com melhor desempenho geral no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção. Na etapa qualitativa, destacaram-se duas categorias: encontrando as dificuldades para seguir o tratamento e valorizando os aspectos facilitadores do tratamento.

os princípios da Atenção Básica de Saúde pode resultar em melhoria da adesão das pessoas com Diabetes ao tratamento. A adesão envolve a superação de dificuldades e valorização de aspectos facilitadores do tratamento. **Conclusão:** a adesão ao tratamento entre pessoas com diabetes mellitus é um fenômeno complexo e multidimensional no qual estão envolvidos relações/interações/associações múltiplas e complexas entre fatores individuais, sociais e relacionados ao sistema de saúde.

Descritores: Diabetes Mellitus. Adesão do paciente. Atenção Básica de Saúde.

ABSTRACT

Aim: Build an interpretative model on adherence to treatment among people with Diabetes Mellitus in the context of Primary Health Care.

Method: a mixed method study was a cross-sectional quantitative study with 329 participants, and a qualitative research with 31 participants, using the Theory Grounded, in four Basic Health Units of a medium-sized municipality in southern Brazil. Quantitative data were collected through the Diabetes Self-Care Activities Questionnaire. Secondary data from the Program for Improving Access and Quality of Care were also used. Descriptive statistical analysis and association of variables were performed using the chi-square test. Qualitative data were obtained from observation and interviews and analyzed using initial, selective and focused coding.

Results: It was evidenced in the quantitative stage low prevalence of adherence to a healthy diet, to the practice of physical activity and to self-monitoring glycemic among people with Diabetes. The use of medication and foot care were desirable. Higher prevalence of adherence to a healthy diet, glycemic self-monitoring and medication use were found among people with Diabetes treated by family health strategy teams with better overall performance in the Program for Improving Access and Quality of Care. In the qualitative study, two categories were evident: finding the difficulties to follow the treatment and valuing the facilitating aspects of the treatment, which partially explained the quantitative results. **Discussion:** Better team performance in line with the principles of Basic Health Care can result in improved adherence of people with Diabetes to treatment. Adherence to the various dimensions of treatment involves overcoming difficulties and enhancing aspects that facilitate treatment. **Conclusion:** adherence to treatment among people with diabetes mellitus is a complex and multidimensional phenomenon in which multiple and complex relationships / interactions / associations between individual, social and

Descriptors: Diabetes Mellitus. Patient Compliance. Primary Health Care

RESUMEN

Objetivo: elaborar un modelo interpretativo sobre la adhesión al tratamiento entre personas con Diabetes Mellitus en la Atención Básica de Salud. **Método:** estudio de método mixto del tipo secuencial explicativo siendo un estudio cuantitativo transversal con 329 participantes, y una investigación cualitativa de acuerdo con la Teoría Fundamentada en los Datos, realizada en cuatro Unidades Básicas de Salud. Los datos cuantitativos fueron recolectados por medio de Cuestionario de Actividades de Autocuidado con la Diabetes y sometidos a análisis estadístico descriptivo y la asociación de variables por medio de prueba qui-cuadrado. Los datos cualitativos fueron obtenidos a partir de observación y entrevistas y analizados mediante codificación inicial, selectiva y focalizada. **Resultados:** Se evidenció en la etapa cuantitativa, una adhesión más deseable a la dieta sana, al automonitoreo glucémico y al uso de la medicación entre las personas atendidas por equipos con mejor desempeño general. Sin embargo, la adhesión a una alimentación sana, la práctica regular de actividad física y el automonitoreo glucémico se mostró menos deseable en todos los equipos mientras que el uso de la medicación y el cuidado de los pies se mostraron más deseables en todos los equipos. En la etapa cualitativa se evidenció dos categorías: encontrando las dificultades para seguir el tratamiento y valorizando los aspectos facilitadores del tratamiento. Estas explican los resultados encontrados en la etapa cuantitativa. **Discusión:** Los resultados encontrados muestran que un mejor desempeño de los equipos en consonancia con los principios de la Atención Básica de Salud pueden resultar en mejora de la adhesión de las personas con DM2 en aspectos importantes del tratamiento. Se ha evidenciado que la adhesión a las diversas dimensiones del tratamiento implica la "superación de dificultades" y la "valorización de aspectos facilitadores del tratamiento". **Conclusión:** la adhesión al tratamiento entre personas con diabetes mellitus es un fenómeno complejo y multidimensional en el que están involucradas relaciones /interacciones/asociaciones múltiples y complejas entre los factores individuales, sociales y relacionados al sistema de salud.

Descriptor: Diabetes Mellitus. Cooperación del Paciente. Atención Primaria de Salud

INTRODUÇÃO

A adesão ao tratamento entre pessoas com Diabetes mellitus do tipo 2 (DM2) requer que elas iniciem e mantenham um regime complexo de comportamentos de autocuidado que incluem a modificação da dieta, a prática de atividades físicas, a automonitorização da glicemia, o uso contínuo de medicamentos e cuidados com os pés (SBD, 2016; ADA, 2017). Dentro de um contexto social que precisa ser considerado, outras ações para a promoção da saúde precisam ser iniciadas e acompanhadas pelo sistema de saúde (FIORAVANTI et al., 2015), e envolvem, dentre outras, o acesso a medicamentos, exames e consultas com profissionais de saúde (ARORA et al., 2014; SCHMITT et al., 2014; FIORAVANTI et al., 2015).

Nesse contexto, a Atenção Básica de Saúde (ABS) tem caráter estratégico, pois é considerada a porta de entrada para o sistema de saúde, além de dar a continuidade do cuidado necessária para um cuidado integral e resolutivo. Sendo organizada no Brasil através da Estratégia da Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2011a), as equipes multiprofissionais de saúde estão localizadas em Unidades Básicas de Saúde na própria comunidade, ou seja, próximas das pessoas. Por isso, são capazes de reconhecer e atuar, muito além dos problemas de saúde específicos, mas também nos problemas individuais e sociais que os envolvem.

Nesse sentido, A ESF contempla um conjunto de ações que vão além da assistência médica, estruturando-se no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre as pessoas usuárias do sistema de saúde e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território (OLIVEIRA;

PEREIRA, 2013). Conseqüentemente, a relação entre a pessoa com DM2 e a ABS é um elemento importante para o sucesso na adoção dos comportamentos de autocuidado (SOARES et al., 2014; ROSSI, SILVA, FONSECA, 2015).

A ABS envolve princípios básicos como a responsabilização sanitária, vinculação das pessoas aos profissionais/equipes, acolhimento, cuidado longitudinal, integral e trabalho em equipe multiprofissional. Estes princípios garantem a qualidade do cuidado prestado na ABS que tem sido avaliada de maneira sistemática pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção (PMAQ-AB) (BRASIL, 2013a). O programa qualifica o desempenho das equipes da ESF no cumprimento dos princípios da ABS. Acredita-se que o desempenho da equipes tenha reflexos na saúde da população, e um dos mais desafiadores se refere à adesão ao tratamento entre as pessoas com DM2.

Isso porque as decisões diárias que as pessoas com DM2 precisam tomar para a manutenção de um estilo de vida saudável envolvem questões que vão muito além de uma decisão individual, estando relacionada a todo um contexto (NUNDY et al., 2012). Para Morin (2011), a compreensão dos problemas não pode ser analisada isoladamente ou sob um único foco, mas devem ser interpretados dentro de um olhar sistêmico, o que significa que estão interligados e são interdependentes de um contexto.

Sendo assim, para não incorrer na contradição da simplificação e redução de um fenômeno tão complexo como a adesão ao tratamento entre pessoas com DM2, que envolve múltiplos fatores interdependentes, este estudo teve embasamento teórico no Pensamento Complexo segundo Morin (2011), pois este permite compreender as

diversas dimensões da realidade, colocando o fenômeno, inseparável do contexto histórico e social. A complexidade engloba ações, relações, interações e retroações. Num primeiro olhar, a complexidade é um fenômeno quantitativo, pelas suas inúmeras quantidades de interações entre um número muito grande de unidades. Porém, ela não compreende apenas essas quantidades, mas também as indeterminações de ordem qualitativa (MORIN, 2011).

Por isso, este trabalho como questões norteadoras: (1) Como vem ocorrendo a adesão ao tratamento entre as pessoas com DM2 atendidas pelas equipes da ESF? (2) Existe relação entre a adesão ao tratamento com o desempenho das equipes na ABS? (3) Quais os significados e experiências envolvidos no processo de adesão ao tratamento entre pessoas com DM2 atendidas pela ESF? Para as duas primeiras perguntas a hipótese é que as pessoas com DM2 atendidas por equipes com melhor desempenho e portanto, guiadas pelos princípios da ABS, tenham melhor adesão ao tratamento. Para a terceira pergunta, pressupõe-se que a adesão ao tratamento entre pessoas com DM2 seja um fenômeno complexo no qual, os fatores relacionados ao sistema de saúde têm ações, relações e interações com os múltiplos fatores individuais e sociais.

O objetivo foi elaborar um modelo interpretativo sobre a adesão ao tratamento entre pessoas com Diabetes Mellitus do tipo 2 no contexto da Atenção Básica de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa de métodos mistos do tipo sequencial explicatório. A escolha pelo método misto como estratégia

metodológica está em consonância com o referencial teórico, pois ao misturar estratégias quantitativas e qualitativas de pesquisa pode ajudar a explicar o fenômeno estudado de uma forma multidimensional.

O estudo quantitativo teve delineamento transversal, foi implementado primeiro e com maior ênfase. Na sequência, a investigação qualitativa utilizou a vertente construtivista da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), proposta por Charmaz (2009), para ajudar a explicar os resultados quantitativos (CRESWELL, 2010). O local do estudo foram quatro UBS do Município de São José, Santa Catarina, Brasil.

Para responder as duas primeiras perguntas, na primeira etapa quantitativa foram escolhidas duas UBS melhores avaliadas e duas piores avaliadas no desempenho geral obtido pelas equipes da ESF no segundo ciclo do PMAQ. As equipes recebem ao final da avaliação, uma classificação de desempenho geral que varia entre “Muito Acima da Média”, “Acima da Média”, “Mediano ou abaixo da média” e “insatisfatório” (BRASIL, 2013a; 2013b).

As duas UBS melhores avaliadas deveriam possuir pelo menos duas equipes, sendo que todas deveriam ter desempenho geral “Muito Acima da Média”. Elas foram identificadas pelos números 1 e 4. As piores avaliadas deveriam possuir pelo menos duas equipes sendo pelo menos uma com desempenho “abaixo da média”, sendo critério de exclusão possuir equipes com avaliação “Muito Acima da Média”. Elas foram identificadas pelos números 2 e 3. As quatro UBS selecionadas continham dez equipes da ESF, sendo cinco nas duas UBS melhores avaliadas e cinco nas piores avaliadas. As equipes foram numeradas de 01 a 10.

A população da pesquisa foram 1.314 pessoas cadastradas com DM2, sendo calculado o tamanho mínimo da amostra de 297 pessoas, com estimativa de 50% e intervalo de confiança de 95%. A amostra (n) deste estudo foi de 329 pessoas, estratificada conforme a população de pessoas com DM cadastradas em cada equipe da ESF. A amostra foi intencional, pois se desejava entrevistar as pessoas que realmente utilizam as UBS em questão. O número de participantes por equipe, bem como o desempenho geral das equipes da ESF participantes do estudo são apresentados no quadro 1.

Quadro 1 - Desempenho das equipes da ESF participantes do estudo e frequência absoluta e relativa de participantes por equipe.

Equipe	Desempenho Geral	FA	FR%	UBS
01	Muito Acima da Média	44	13,4	1
02	Muito Acima da Média	26	7,9	1
03	Muito Acima da Média	29	8,8	1
04	Acima da Média	23	7,0	2
05	Mediano ou abaixo da Média	28	8,5	2
06	Acima da Média	32	9,7	3
07	Acima da Média	27	8,2	3
08	Mediano ou Abaixo da Média	32	9,7	3
09	Muito Acima da Média	55	16,7	4
10	Muito Acima da Média	33	10,0	4
TOTAL		329	100,0	

Fonte: elaborado pela autora

As pessoas com DM2 foram convidadas a participar da pesquisa quando iam à UBS para a consulta com médico/enfermeiro. Foram ainda, encaminhadas cartas convite através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e aqueles que aceitassem participar eram agendados. Os critérios para inclusão dos participantes eram que estes fossem usuários das UBS selecionadas, ter mais que 18 anos, possuir DM2 há mais de 01 ano. Em relação aos critérios de exclusão foram

consideradas as pessoas acamadas, que não tinham condições de realizar as atividades de autocuidado questionadas no instrumento, gestantes e pessoas com DM1.

As entrevistas ocorreram individualmente na UBS ou na residência da pessoa. Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa pelos pesquisadores, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido em voz alta e depois assinado. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal e por uma aluna do curso de Graduação em Enfermagem (treinada previamente pela pesquisadora principal para realizar as entrevistas) até se atingir o número mínimo da amostra proporcionalmente estratificada para cada equipe da ESF. Os dados foram coletados nos meses de setembro de 2016 a fevereiro de 2017.

As características sociodemográficas e clínicas foram obtidas por meio de instrumento estruturado com variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, tempo de doença, tipo de tratamento, comorbidades, tipos de serviços utilizados na UBS, frequência de utilização da UBS.

A adesão ao tratamento entre pessoas com DM2 foi avaliada através do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD), versão validada do instrumento *Summary of Diabetes Self-Care Activities* (SDSCA). O instrumento é composto por quinze itens divididos em sete dimensões: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidados com os pés e uso da medicação, referentes aos últimos sete dias. As respostas são pontuadas de zero a sete conforme seja menos desejável e mais desejável (MICHELS, 2010). O mais desejável é que a pessoa tenha seguido as recomendações de cada um dos itens durante pelo menos

cinco dias da semana (BOAS et al., 2011). Assim, foram consideradas como mais desejável de 5-7 dias e como menos desejável 0-4 dias. Para os subitens consumo de gorduras e consumo de doces foi considerado como mais desejável de 0-2 dias e menos desejável de 3-7 dias.

Os dados coletados foram organizados no Excel e as análises foram realizadas através no pacote estatístico do *software* IBM SPSS (versão 20.0). Na análise descritiva foi verificado a frequência absoluta e relativa (variáveis categóricas) e medidas de posição e dispersão dos dados (variáveis numéricas). As variáveis de adesão ao tratamento foram associadas com o desempenho geral das equipes através do teste qui-quadrado.

A segunda etapa do estudo foi guiada pela primeira etapa desde a escolha dos participantes até a elaboração das questões norteadoras. Os critérios de inclusão dos participantes, nesta etapa do estudo, foram ter mais de 18 anos, ter DM2 há mais de um ano, ter participado da etapa quantitativa. Como critérios de exclusão foram consideradas as gestantes e as pessoas com DM1. Foi uma amostragem intencional, no qual, as pessoas com DM2 receberam o convite quando a pesquisadora principal identificava, ainda na etapa quantitativa, as pessoas melhores informantes para descrição do fenômeno. Os participantes foram elencados por meio da composição de grupos amostrais com pessoas que tinham experiências relevantes em relação ao fenômeno.

Na coleta de dados se utilizou da observação e entrevista. A observação consistiu em detectar situações reais vivenciadas pela pesquisadora que produzissem reflexões acerca do fenômeno. As observações não seguiram um roteiro sistematizado, mas dado o longo tempo de permanência no campo, muitas situações mereceram ser

descritas e posteriormente analisadas. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal, utilizando um roteiro com questões para explorar o significado do tratamento atribuído pelas pessoas com DM2. As entrevistas duraram em média 40 minutos, foram gravadas em gravador digital e transcritas.

Para definição do primeiro grupo amostral, levou-se em consideração os dados analisados na primeira etapa que evidenciaram haver relação da adesão ao tratamento com o desempenho das equipes da ESF. Apesar disso, alguns aspectos da adesão são mais consolidados entre as pessoas com DM2, independente da equipes pela quais são atendidos. Tendo como hipótese que as pessoas com DM2 que aderem ao tratamento encontram significados distintos para fazê-lo, formou-se o grupo composto por pessoas com DM2 avaliadas como aderentes ao tratamento. Doze pessoas com DM2 compuseram esse grupo amostral e foram identificadas pela letra E de entrevistado, seguida pelo número da entrevista de 01 a 12, ficando identificados como E01 a E12. A questão inicial foi: “Fale-me sobre o significado do tratamento do diabetes para você”, que gerou outros questionamentos.

Ao final das análises destas entrevistas, chegou-se à hipótese de que poderia existir uma diferença no significado do tratamento entre aqueles que aderiam e aqueles que não aderiam ao tratamento, fato que definiu o segundo grupo amostral, composto por pessoas com DM2 que não aderiam ao tratamento, conforme adesão mensurada pelo instrumento quantitativo utilizado na primeira etapa. A questão foi a mesma do primeiro grupo amostral, acrescidas de questões referentes às dificuldades e estratégias encontradas para seguir o tratamento. As pessoas com DM2 deste grupo amostral foram identificadas pela letra E

de entrevistado, seguida pelo número da entrevista de 13 a 24, ficando identificadas como E13 a E24. Doze pessoas compuseram esse grupo.

Após a análise, evidenciou-se a hipótese de que a ESF é um forte apoio na adesão ao tratamento entre as pessoas com DM2, dentro da população estudada. Assim, para buscar dados que corroborassem e/ou redirecionassem tal hipótese foi composto o terceiro grupo amostral formado por profissionais das equipes da ESF que atendem essas pessoas com DM2. Sete profissionais fizeram parte desse grupo e foram identificados pela letra P de profissional, seguida pelo número da entrevista de 25 a 31. A questão realizada para os profissionais foi: “Fale-me sobre o significado do cuidado prestado por você às pessoas com DM2, referentes a promoção da adesão ao tratamento”. Ao final destas análises, julgou-se chegar à saturação das categorias, não sendo necessárias novas entrevistas.

Para a análise dos dados, os documentos oriundos das observações e entrevistas foram exportados para o *software* Atlas Ti versão 1.0.45 para Mac com de licença n.110271462, onde foi realizado o processo de codificação e organização dos dados. Na análise ocorreu uma codificação inicial na qual cada segmento de dado foi denominado, seguida por uma fase seletiva e focalizada, na qual os códigos iniciais mais significativos ou frequentes foram classificados, integrados, sintetizados e organizados em categorias e subcategorias de acordo com o proposto por Charmaz (2009).

Aspectos Éticos

A pesquisa seguiu os aspectos éticos da resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sendo aprovada pelo Comitê de

Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC),
CAAE: 57796116.7.0000.0121.

RESULTADOS

Verificou-se na etapa quantitativa que, a maioria dos participantes foi do sexo feminino (71,45%), possui companheiro (50,5%), possui de 01 a 05 anos de estudo (48,6%), é aposentada (58,7%), e tem renda familiar de 01 a 03 salários mínimos (73,2%). Constatou-se ainda, que as comorbidades mais prevalentes foram a hipertensão (78,7%), a dislipidemia (55,6%) e a doença cardíaca (30,1%). A maioria possui de 01 a 05 anos de tratamento (65,6%) e terapia medicamentosa apenas com hipoglicemiantes orais (65,9%).

No que se refere a adesão ao tratamento entre as pessoas com DM2, evidenciou-se baixa prevalência de adesão mais desejável a uma alimentação saudável, à prática regular de atividade física e ao automonitoramento glicêmico em todas as equipes. A adesão ao tratamento entre as pessoas com DM2 se mostrou mais desejável no que se refere ao uso da medicação e nos cuidados com os pés em todas as equipes. No entanto, melhores prevalências foram evidenciadas na adesão à dieta saudável, ao automonitoramento glicêmico e ao uso da medicação entre as pessoas com DM2 atendidas por equipes com melhor desempenho. A tabela 1 apresenta a frequência dos desfechos categorizados de acordo com o desempenho geral das equipes participantes do estudo.

Tabela 1 - Frequência dos desfechos categorizados divididos por desempenho geral das equipes da ESF. São José, SC, Brasil, 2017

Desempenho Geral das Equipes de acordo com o PMAQ				
	Mediano ou Abaixo da Média f (%)	Acima da Média f (%)	Muito Acima da Média f (%)	p-valor
Seguiu Dieta saudável				
Menos desejável (0-4)	37 (62,7)	47 (59,5)	86 (46,5)	0,035
Desejável (5-7)	22 (37,3)	32 (40,5)	99 (53,5)	
Seguiu dieta orientada por profissional				
Menos desejável (0-4)	37 (62,7)	47 (59,5)	88 (47,8)	0,063
Desejável (5-7)	22 (37,3)	32 (40,5)	96 (52,2)	
Consumiu cinco/mais porções de frutas e/ou vegetais				
Menos desejável (0-4)	29 (48,3)	32 (39,0)	68 (37,6)	0,330
Desejável (5-7)	31 (51,7)	50 (61,0)	113 (62,4)	
Consumiu alimentos ricos em gordura				
Menos desejável (3-7)	19 (31,7)	26 (32,5)	52 (27,8)	0,693
Desejável (0-2)	41 (68,3)	54 (67,5)	135 (72,2)	

	(0-2)		(67,5)		
Consumiu doces					
	Menos desejável (3-7)	17 (28,3)	29 (35,4)	41 (22,3)	0,079
	Desejável (0-2)	43 (71,7)	53 (64,6)	143 (77,7)	
Realizou atividade física					
	Menos desejável (0-4)	46 (78,0)	71 (86,6)	160 (86,0)	0,281
	Desejável (5-7)	13 (22,0)	11 (13,4)	26 (14,0)	
Realizou exercício físico					
	Menos desejável (0-4)	50 (84,7)	74 (90,2)	159 (85,5)	0,520
	Desejável (5-7)	09 (15,3)	08 (9,8)	27 (14,5)	
Realizou automonitorização glicêmica					
	Menos desejável (0-4)	50 (83,3)	61 (74,4)	133 (71,1)	0,171
	Desejável (5-7)	10 (16,7)	21 (25,6)	54 (28,9)	
Realizou automonitorização glicêmica recomendada					
	Menos desejável (0-4)	54 (90,0)	66 (80,5)	128 (68,8)	0,002
	Desejável (5-7)	06 (10,0)	16 (19,5)	58 (31,2)	

Examinou os pés				
Menos desejável (0-4)	11 (18,3)	12 (14,6)	60 (32,1)	0,004
Desejável (5-7)	49 (81,7)	70 (85,4)	127 (67,9)	
Examinou os sapatos				
Menos desejável (0-4)	16 (26,7)	21 (26,6)	58 (31,2)	0,670
Desejável (5-7)	44 (73,3)	58 (73,4)	128 (68,8)	
Secou os pés				
Menos desejável (0-4)	08 (13,3)	11 (13,4)	30 (16,0)	0,798
Desejável (5-7)	52 (86,7)	71 (86,6)	157 (84,0)	
Tomou os medicamentos				
Menos desejável (0-4)	19 (31,7)	21 (25,6)	13 (7,0)	<0,001
Desejável (5-7)	41 (68,3)	61 (74,4)	174 (93,0)	

Fonte: elaborado pela autora

A segunda etapa do estudo buscou explicar os resultados quantitativos encontrados, tendo em vista que, mesmo havendo relação entre adesão ao tratamento com o desempenho das equipes da ESF, algumas dimensões do autocuidado são mais consolidadas e outras mais frágeis em todas as equipes. Assim, pressupondo-se que outros aspectos interagem na adesão, buscou-se a multidimensionalidade do fenômeno.

Dentre as características dos participantes da segunda etapa se destaca que, no primeiro grupo amostral composto por 12 pessoas, 09

doença ficou entre 02 e 40 anos. No segundo amostral também com 12 participantes, 10 eram do sexo feminino, a idade ficou entre 38 e 90 anos de idade e o tempo de doença variou de 02 a 20 anos. O terceiro grupo amostral foi composto por duas enfermeiras, dois educadores físicos, duas ACS e uma médica, cujas idades variaram de 33 a 55 anos e o tempo de formação profissional de 03 a 30 anos.

A partir do processo analítico guiado pela TFD se obteve como fenômeno: enfrentando a complexidade do tratamento do diabetes mellitus e buscando a adesão. Esse fenômeno foi sustentado por cinco categorias construídas a partir da comparação e posterior triangulação dos dados entre os três grupos amostrais. Dentre as categorias encontradas, que sustentam o fenômeno em questão, duas delas explicam os resultados quantitativos encontrados na primeira etapa desta pesquisa e estão apresentadas no quadro 2.

Quadro 2 - Categorias e subcategorias do fenômeno “Enfrentando a complexidade do tratamento do diabetes mellitus e buscando a adesão” que explicam os resultados da primeira etapa deste estudo. São José, SC, Brasil, 2017

Categorias	Subcategorias
Encontrando as dificuldades para seguir o tratamento	Percebendo aspectos individuais como dificultadores do tratamento
	Vivendo numa sociedade marcada pela determinação social da doença
	Percebendo-se vulnerável diante da Atenção Básica de Saúde
Valorizando os aspectos facilitadores do tratamento	Superando as dificuldades individuais e aceitando o tratamento
	Contornando as dificuldades sociais e enfrentando o tratamento
	Reconhecendo a Atenção Básica de Saúde como apoio e buscando a adesão ao tratamento

Fonte: elaborado pela autora

A categoria “encontrando as dificuldades para seguir o tratamento” mostra que estas são comuns entre os dois grupos amostrais de pessoas com DM2 e estão nos âmbitos individual, social e relacionado ao sistema de saúde. A multidimensionalidade das dificuldades encontradas para a adesão ao tratamento explicam as prevalências de adesão menos desejável à dieta saudável, atividade física e automonitorização glicêmica encontradas na etapa quantitativa do estudo.

As pessoas com DM2 percebem aspectos individuais como dificultadores do tratamento que se referem aos hábitos adquiridos durante toda uma vida, principalmente na adesão a uma dieta saudável e à prática regular de atividade física, o que está em consonância com os resultados quantitativos encontrados. O fato da doença ser silenciosa, a dificuldade de associar as alterações da glicemia com as práticas diárias, as questões emocionais e a vontade de comer doces dificultam a adesão. Ainda merece destacar questões referentes ao tratamento como o efeito colateral das medicações e a presença de outros problemas de saúde, às vezes, considerados mais graves que o DM2.

Uma coisa que já vem lá de trás... Fui acostumada a comer besteira, meu marido tinha bar, a gente comia só salgado (E15)

Não fui acostumada a fazer atividade física. Então acho muito difícil incorporar esse hábito (E14).

O fato de a gente não sentir dor nenhuma, por ela ser silenciosa, e a gente acha que está tudo numa boa, e não está (E01).

Às vezes não comi, fui verificar a diabetes e estava alta...Não dá pra entender (E14).

Esse remédio...deixa um gosto na minha boca o tempo todo...aquele gosto esquisito. E a fome vai embora (E18).

Eu tenho esse problema (“cardíaco”) que é muito pior que o Diabetes. Já me levou pro hospital, quase morri. Então, o Diabetes pra mim não é nada (E20).

Quanto aos profissionais de saúde, estas mesmas questões individuais são reconhecidas como dificultadoras do tratamento.

Eu digo que o mais difícil sempre é a mudança de hábito... Então, vem lá do início da vida delas (P29). As pessoas não dão o devido valor... pro problema que é silencioso, a pessoa não sente nada naquele momento, e ela vai levando (P27). Elas cansam... o comprimido é grande ou tem que levar espetada (P30).

As pessoas com DM2 reconhecem viverem numa sociedade marcada pela determinação social da doença e por isso, dificuldades no âmbito social também foram mencionadas pelos dois grupos amostrais. As dificuldades financeiras, questões familiares e problemas na esfera política local e global foram apontadas como dificultadoras do tratamento e elas se refletem na compra do alimento, dos medicamentos em falta ou não oferecidos pelo SUS, na realização de atividade física e ainda na realização de exames ou consultas não conseguidas pelo SUS.

Porque quando eu posso comprar uma fruta eu merendo uma fruta... eu sei o que é bom pra mim...mas realmente não dá pra comprar sempre (E18).

...E outros tipos de atividades seria bom, tipo uma hidro... compensaria a dor no joelho... mas não dá para mim por enquanto...é caro...(E13).

O alimento para o diabético, digamos o *diet*...são produtos caros que a gente não tem possibilidade de comprar. A medicação é cara...agora vem Páscoa, se o diabético quiser um chocolate tem que ser *diet* e tem que olhar porque o preço é caro (E17).

Lá em casa eles querem comer doce, minha mulher tem Diabetes e não está nem aí, pega um pote daqueles de doce e come (E23).

Mas, infelizmente a gente vive em um país que não valoriza a nossa saúde...nossa educação...desde pequena não tive a oportunidade...de estudar, ter mais conhecimento (E17).

Os profissionais de saúde reconhecem que os aspectos sociais interferem na adesão ao tratamento. No entanto, ressaltam que estes problemas muitas vezes podem ser contornados.

Nós trabalhamos com uma população que tem muitos problemas e a gente tem que saber como lidar...senão eles abandonam o tratamento pra cuidar de outra questão (P26).

Acho que o problema financeiro...impede uma parte sim, mas não totalmente. Hoje existem alternativas...pra fazer uma atividade física...(P29).

Eu tenho trabalhado com o grupo de exercícios físicos que...trabalha com exercícios e materiais que os pacientes trazem de casa pra que eles possam repetir esses exercícios em casa (P27).

A gente tem o NASF e era pra ter o serviço social... e não tem. Porque a saúde sozinha não dá conta (P25).

Pela observação, a determinação social da doença pôde ser percebida na precariedade das condições de vida, fazendo com que estas pessoas fiquem numa situação de vulnerabilidade social. Assim, outros problemas sociais são considerados muito maiores que o DM2 como ter um filho preso, sofrer preconceito racial, ter um marido que agride fisicamente ou um filho doente, fazendo as pessoas com DM2 adiarem o tratamento. Durante as entrevistas, observou-se que a doença parecia ser o menor dos problemas diante dos grandes problemas sociais por eles enfrentados. Muitas das entrevistadas são mulheres encostadas que

ficam em casa e são responsáveis por preparar a comida para o restante da família e/ou cuidar dos netos. Além de prepararem uma comida para o paladar e agrado dos netos, ter que cuidar deles, também as impedia de sair para caminhar, por exemplo.

Observou-se ainda, as ruas vazias e as crianças, ao invés de brincarem, estavam sempre dentro de casa na frente da televisão, fato que além de as tornarem sedentárias, as colocam como alvo das propagandas, tornando-as vulneráveis à obesidade. A violência de alguns bairros são os responsáveis por este comportamento.

As pessoas com DM2 dos grupos amostrais 1 e 2 se percebem também vulneráveis diante da Atenção Básica de Saúde. A demora na realização dos exames, a falta insumos e de medicamentos básicos e/ou mais eficazes para o controle glicêmico, a dificuldade de encaminhamento ao especialista, a mudança constante de médicos e as questões burocráticas do serviço de saúde foram vistas como dificultadoras da adesão ao tratamento. A falta de fitas reagentes e de lancetas para o controle glicêmico pode explicar as baixas prevalências de adesão ao automonitoramento glicêmico conforme a recomendação profissional encontrada nos resultados do estudo quantitativo.

Para fazer um exame demora, meu endócrino já faz tempo que não consigo consultar...deixa a gente meio ruim, o fato de chegar lá (UBS) e não ter o remédio...atrapalha, porque a gente precisa daquilo (E13).

Os remédios...alguns eu tenho que comprar porque não tem no posto...Eu tinha que fazer o teste (glicemia)...Tenho pedido da médica para fazer no posto, tenho que ir três vezes, até comecei certo mas...o posto daqui fica longinho, difícil se programar. Então o mais difícil é isso (E08).

Ainda está faltando fita e lanceta, esse mês fui obrigado a comprar, mas é caro demais (E10).

Muda muito os médicos lá, e ficam um tempo sem, é difícil também (E09).

Os profissionais de saúde também reconhecem que questões burocráticas relacionadas ao sistema de saúde e a relação com os profissionais interferem na adesão ao tratamento. Mas, as opiniões sobre a interferência da falta de glicosímetros e fitas reagentes, da dificuldade de exames e de encaminhamento para os especialistas, na adesão ao tratamento, divergem daquela apresentada pelas pessoas com DM2.

Principalmente agora nesses últimos meses...o exame de laboratório que você pedia hoje e uma semana já estava sendo realizado, agora está levando de três a quatro meses (P29).

Se é rotina vai esperar até três meses (os exames). Agora se está com alguma alteração...a gente consegue liberar antes. Porque aqui a gente libera exames de acordo com os dados clínicos (P26).

Porque se a pessoa usou o medicamento que tem no posto...e não resolveu, vai ter que dar outra coisa que, às vezes, não tem no posto...Então, como que ele vai comprar? Não vai comprar, não vai usar (P25).

Pra você ter um bom retorno do paciente é você ter um vínculo...Criar um vínculo, manter uma boa relação médico/paciente...que é fundamental para eles se sentirem cuidados (P29).

Eu acho que com a falta de fitas, o paciente fica desestimulado...ele se sente menos cuidado (P29).

A fita...é um dos cuidados. Mas...não adianta fazer o controle glicêmico e a outra parte ficar desassistida (P25).

A gente precisa tirar aquela questão de que tudo é na base do encaminhamento que...está muito enraizado...As pessoas não entenderam o que é realmente essa questão da Saúde da Família (P28).

A superação destas dificuldades será determinante para a pessoa aderir ao tratamento. O modo como as pessoas com DM2 revelaram a adesão ao tratamento foi relacionado ao modo como elas buscaram estratégias de adesão e assim obteve-se a categoria “valorizando os aspectos facilitadores do tratamento”. Essa categoria evidenciou diferenças entre os dois grupos amostrais de pessoas com DM2. Superar as dificuldades, que muitas vezes são comuns entre os dois grupos amostrais, é a grande diferença entre aderir e não aderir ao tratamento, explicando parte dos resultados quantitativos encontrados, nos quais pôde-se perceber que, mesmo diante das mesmas dificuldades, muitas pessoas com DM2 aderem ao tratamento. Quanto aos profissionais de saúde, estes reconhecem que a valorização dos aspectos facilitadores em detrimento das dificuldades é um importante aspecto ligado à adesão ao tratamento.

Tanto as pessoas com DM2 que aderem ao tratamento como aquelas que não aderem reconhecem os aspectos facilitadores mas eles parecem ser mais valorizados entre aqueles que aderem ao tratamento. Por isso, estes últimos destacam, que superar as dificuldades individuais e aceitar o tratamento é fundamental para alcançar a adesão. A aceitação da doença, o enfrentamento do tratamento com pensamento positivo e encontrar apoio em si mesmo são importantes aspectos para a adesão ao tratamento.

Não vou dizer...conformada, porque não é legal ter diabetes...mas estou aceitando melhor. E depois que eu comecei a aceitar, a glicose está...normal (E06).

E tem que se cuidar e tentar aceitar, porque se não aceitar vai ser pior (E12).

Mas eu sou uma pessoa positiva, não fico pensando que sou doente, não fico lamentando (E11).

Meu apoio sou eu mesma, porque sei que não vou ficar boa, mas tomando o remédio, vou viver bem, buscando uma vida melhor (E08).

Entre aqueles que não aderem ao tratamento, existe uma dificuldade de aceitação ou uma não valorização da doença e do tratamento, e também um reconhecimento de que falta uma motivação dentro de si para o enfrentamento da doença e até uma culpabilização de si mesmo.

Nem tenho vontade de fazer esse tratamento...E às vezes, eu fico dias sem tomar a medicação (E19).
 Não me preocupo com ela...procuro não dizer que eu tenho. Tento viver como se nada estivesse acontecendo, não tenho doença nenhuma (E16).
 Acho que falta força de vontade minha. Eu sei como deve ser mas, não faço! Sinceramente, não tenho apoios. Mas...acho que depende de mim mesma (E24).

Os profissionais de saúde também reconhecem ser necessária a superação das dificuldades individuais, sendo a própria pessoa a principal responsável pelo tratamento, mas que apoios sociais e do sistema de saúde podem favorecer a adesão.

A participação da pessoa no tratamento é importante...No caso da atividade física, a gente está tentando remediar. Porque eles não tiveram essa educação e... quando... entendem a importância, começam a praticar... Talvez, por isso, a gente veja hoje mais pessoas idosas praticando. Então, depende deles, lógico, mas depende de muitos outros fatores educacionais (P28).

As pessoas com DM2 percebem que superar dificuldades sociais nem sempre é possível pois envolve questões fora do âmbito individual,

por isso, é necessário contorná-las e enfrentar o tratamento. No contexto social, possuir recursos financeiros, encontrar apoio na família e em programas públicos ou espaços públicos foi visto, em ambos os grupos amostrais, como um facilitador do tratamento.

Sou grata por ter tudo que tenho, meu salário de aposentada que muita gente diz: “Essa miséria!” e eu fico pensando: “E se não fosse essa miséria?” (E03)

Eu vou a médico sempre, faço meus exames, de seis em seis meses, tem que ser pelo plano, não dá pra esperar o SUS (E02).

Eu tenho minhas filhas e minha neta que cuidam muito de mim, elas dizem: “Eu vou te dar bolo, mas só um pedacinho, porque não quero que você fica mal” (E03).

E tem um fiscal: meu marido, eu cuido dele e ele de mim (E08).

Tem muitos anos que eu faço hidro e alongamento no CAT (E11).

Acho o CAT, uma economia pro município, as pessoas que frequentam são menos doentes, justamente pela atividade e pelo interagir (E05).

Eu caminho na beira mar... faço caminhada praticamente todos os dias (E12).

Os profissionais de saúde também reconhecem a importância de uma rede de apoio social na adesão.

Porque sempre tem fator social, familiar, envolvido no nosso insucesso. Não seria insucesso nosso, mas que acaba comprometendo tudo (P25).

O importante é a rede de apoio social. O serviço social deveria estar junto porque o problema de quase tudo tem alguma coisa social (P26).

A importância do CAT é gigantesca porque é o local que eles se reúnem, só que a dificuldade é que são poucas vagas e a gente tem uma quantidade muito grande de idosos (P30).

No contexto da população estudada, muitos aspectos facilitadores do tratamento foram encontrados dentro do sistema de saúde. As pessoas com DM2 reconhecem a ABS como apoio. As falas a seguir esboçam sobre esse tópico.

Depois que eu comecei a frequentar mais o posto ... eu vejo que a gente só aprende as coisas se estiver mais próximo...eu preciso procurar mais o médico, buscar o que eu posso fazer para cuidar mais de mim (E07).

Uso o posto de saúde sempre, pego lá a medicação, as consultas, tudo direitinho (E05).

Eu confio nas pessoas lá (E08)

Minha alimentação mudou completamente depois que eu comecei a frequentar o grupo...aprendi além de melhorar a qualidade do que como...a fazer substituições, e cheguei a perder 8 Kg (E10)

Sempre que eu tenho duvida, eu procuro a (enfermeira da área), ela me orienta, sobre a alimentação, sobre os cuidados com a pele, com os pés, eu não sabia...que o problema da pessoa, às vezes, começa no pé (E12).

As falas acima apontaram que no que se refere ao apoio dos profissionais de saúde se destacou a empatia estabelecida com os profissionais de saúde; a importância do trabalho dos enfermeiros, educadores físicos e médicos; os grupos de atividade física ou de hábitos saudáveis; a referência das enfermeiras das áreas; e a proximidade dos agentes comunitários de saúde como esclarecedores de dúvidas relacionadas à doença e ao tratamento e também sobre o funcionamento do SUS. Isso também foi evidenciado durante a observação, quando a caminho das entrevistas, muitas vezes, os ACS eram abordados pela população, para perguntarem dúvidas clínicas ou burocráticas do serviço

e estes davam os encaminhamentos necessários. Uma forte relação da comunidade com os ACS foi observada.

Os profissionais de saúde reconhecem o esforço do sistema de saúde no apoio à adesão ao tratamento das pessoas com DM2.

Eu acho que temos nos esforçado em conjunto para cuidar dessas pessoas dentro da unidade hoje... O acolhimento...que dá valor ao trabalho da enfermeira... um grupo de hábitos saudáveis...que temos feito esforço pra manter (P25).

O grupo de exercícios físicos...o objetivo... é de se encontrar uma vez na semana e...estimularmos a fazer em casa (P28).

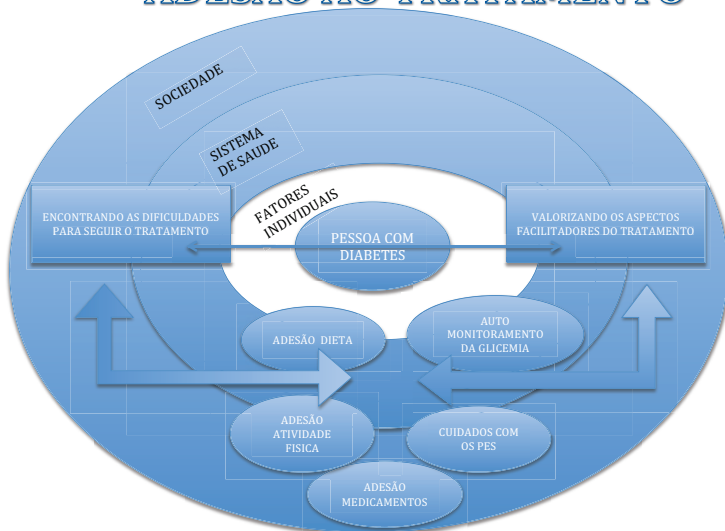
Toda equipe, o trabalho da enfermeira que vê mais essa parte dos pés, da orientação, até quanto a higiene...não deixar de ver os pulsos, os pés, orientar como que ele vai cuidar desse pé, isso é importante (P29).

Manter nosso grupo de atividade física... depende muito da coordenadora do posto...só aqui eu consigo...porque tenho a colaboração da equipe, porque eu preciso ter um ACS comigo, uma vez por semana também tem a médica, então, tem que organizar a agenda (P28).

A figura 1 ilustra a articulação entre as dimensões do autocuidado entre pessoas com DM2, as categorias apresentadas e o fenômeno do estudo.

Figura 1 - Diagrama representativo da articulação entre as dimensões do autocuidado entre pessoas com DM2, as categorias e o fenômeno. São José, SC, Brasil, 2016-2017.

ENFRENTANDO A COMPLEXIDADE DA ADESAO AO TRATAMENTO



Fonte: elaborado pela autora

DISCUSSÃO

A etapa quantitativa constatou que a adesão às várias dimensões do tratamento entre pessoas com DM2, identificada na presente pesquisa, são semelhantes às apresentadas em outros estudos que também evidenciaram baixa adesão à dieta saudável (BOAS et al., 2011; FARIA et al., 2014), à atividade física (MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ et al., 2011; HERNANDEZ et al., 2014; JOHNSON et al., 2014; FARIA et al., 2014) e ao automonitoramento da glicose (MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ et al., 2011). Com relação aos cuidados com os pés, bons níveis de autocuidado foram encontrados também por Hernandez et al (2014) e Smalls et al (2014). Uma boa adesão ao uso da medicação também tem sido encontrada nos estudos (MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ et al., 2011; FARIA et al., 2013; FARIA et al., 2014; ROSSI, SILVA e FONSECA, 2015).

Adesão mais desejável a uma dieta saudável, ao automonitoramento glicêmico e ao uso da medicação foi encontrada entre as pessoas com DM2 atendidas por equipes com melhor desempenho geral. Farias et al (2016) apontaram a importância da ESF na adesão ao tratamento em pessoas com DM2, destacando que os profissionais das equipes da ESF atuam como agentes facilitadores e mobilizadores por meio da conscientização, mudança de comportamento e desenvolvimento da capacidade e habilidade do indivíduo para o autocuidado, tendo um papel importante no processo de adesão ao tratamento.

O resultado encontrado mostra que um melhor desempenho das equipes em consonância com os princípios da ABS podem resultar em melhoria da adesão das pessoas com DM2 em aspectos importantes do

tratamento. Isso reforça a importância do trabalho das equipes das ESF na adesão ao tratamento, principalmente em duas dimensões do autocuidado bastante frágeis na população estudada: a adesão à dieta e ao automonitoramento glicêmico.

Na triangulação dos resultados do estudo quantitativo com os do estudo qualitativo houve uma convergência. Assim, a segunda etapa explica alguns dados encontrados na primeira etapa da pesquisa.

No que se refere à adesão à dieta saudável e à atividade física, as baixas prevalências encontradas no estudo quantitativo podem ser explicadas pela categoria “encontrando as dificuldades para seguir o tratamento”. As dificuldades apontadas para a adesão à dieta e à atividade física foram mais localizadas nos âmbitos individual e social. Nestas duas dimensões do autocuidado, convergem entre os três grupos amostrais, a dificuldade de mudança dos hábitos adquiridos durante a vida, as dificuldades financeiras e a falta de apoio da família ou rede social.

De fato, a mudança de hábitos adquiridos durante a vida, é um importante componente para a adesão à dieta e à atividade física. Campos et al (2016) demonstraram que pessoas com DM2 que praticavam hábitos saudáveis antes do aparecimento da doença relataram maior facilidade de adesão a uma dieta saudável e à atividade física. Casey et al (2010) observaram que a motivação intrínseca foi o principal fator que influenciou a permanência de adultos com DM2 em um programa de atividade física. Quanto às dificuldades financeiras, Machado et al (2013) ressaltam, que as pessoas com DM2 têm a convicção de que um melhor poder aquisitivo permite a promoção de uma dieta adequada à sua condição de saúde. A família também pode

ser uma dificultadora do tratamento (JOHNSON et al., 2014; CAMPOS et al, 2016) na medida em que não corresponda ao apoio esperado pela pessoa com DM2.

Apesar das baixas prevalências de adesão à atividade física, destaca-se entre aqueles que aderem a essa dimensão do autocuidado, que muitos aspectos facilitadores estão no âmbito social e do sistema de saúde. Nesse sentido, espaços sociais como o Centro de Atenção à Terceira Idade (CAT), espaços públicos como a avenida beira-mar e os grupos de atividades físicas em algumas UBS foram mencionados.

A importância de espaços públicos para a prática de atividades físicas vem sendo reconhecida pelas políticas públicas de saúde, e em face disso, há que se mencionar o Programa Academias da Saúde, visando à implantação de pólos com infraestrutura, equipamentos e profissionais para a orientação de práticas de atividade física e modos de vida saudáveis de forma coordenada com os NASF (BRASIL, 2008, 2012). Os esforços conjuntos que vêm sendo feitos para manter grupos de atividades físicas contínuos em algumas UBS envolvem equipe médica, de enfermagem e educadores físicos. Dunstan et al (2006), afirmam que as atividades físicas em grupo, com suporte de profissionais realmente se mostram como uma importante estratégia para a adesão a essa dimensão.

Quanto à adesão ao automonitoramento glicêmico, as baixas prevalências de adesão mais desejável encontradas podem também ser explicadas na categoria “encontrando as dificuldades para seguir o tratamento”, sendo neste caso, mais relacionadas ao sistema de saúde. A falta de fitas para uso no glicosímetro faz com que as pessoas com DM2 busquem, às vezes, estratégias equivocadas como a não verificação no

número de vezes ou de dias conforme recomendado pelos profissionais. Os profissionais, por sua vez, reconhecem que estes dispositivos são importantes no tratamento, mas outros aspectos são igualmente importantes. Importância inequívoca foi relatada pelos profissionais, para essa dimensão do autocuidado entre aqueles que usam insulina, principalmente os que usam esquemas de insulina regular, mas foi questionada pelos profissionais sua necessidade entre as pessoas com DM2 não insulinizadas.

Inegavelmente, a automonitorização glicêmica tem um papel importante no autocuidado entre pessoas com DM, no entanto, para as pessoas com DM2 que usam insulina basal ou hipoglicemiantes orais, a evidência é insuficiente sobre quando prescrever a automonitorização e com que frequência o teste é necessário para essas pessoas. Uma consideração chave é que a da automonitorização sozinha não diminui os níveis de glicose no sangue. Para ser útil, as informações devem ser integradas em planos clínicos e de autocuidado (ADA, 2017), o que foi muito enfatizado pelos profissionais de saúde participantes do presente estudo.

No que se refere aos cuidados com os pés a prevalência de adesão mais desejável foi satisfatória o que pode ser explicado pela categoria “valorizando os aspectos facilitadores do tratamento” que evidencia a importância dos profissionais nas orientações referentes a essa dimensão do autocuidado. A prevalência de pessoas que cuidam dos pés numa frequência mais desejável pode ser resultado dessas práticas de orientação. Boas et al (2011) evidenciaram melhor adesão aos cuidados com os pés entre pessoas com DM2 que recebiam orientação do enfermeiro sobre estes cuidados.

O uso da medicação mais desejável encontrado na população estudada também pode ser resultado das ações do sistema de saúde. A Política Nacional de Assistência farmacêutica e a criação de programas públicos para obtenção dos medicamentos em sistema de copagamento em farmácias públicas ou privadas credenciadas atuam sobre as barreiras de acesso financeira e geográfica (REMOND, CABRERA E SOUZA, 2014). O acesso medicação é uma importante estratégia de adesão à terapia medicamentosa (TAVARES et al., 2013).

No entanto, foram mencionadas muitas dificuldades referentes à disponibilidade de medicamentos e, principalmente, à falta de medicamentos mais eficazes, que muitas vezes, não são distribuídos pelo sistema público. Desse modo, a pessoa precisa comprá-los, dificultando a adesão a essa dimensão do autocuidado. Segundo Tavares et al (2013) ter que comprar as medicações dificulta a adesão ao tratamento.

Ficou evidenciado que a adesão às várias dimensões do tratamento envolve a superação de dificuldades e a “valorização de aspectos facilitadores do tratamento” nos âmbitos individual, social e do sistema de saúde.

A aceitação da doença e o enfrentamento do tratamento com pensamento positivo foram considerados como importantes para alcançar a adesão ao tratamento como um todo. Outros estudos enfatizaram que fatores individuais são responsáveis por melhor adesão ao tratamento. Segundo Pupko e Azzollini (2012), melhor adesão ao tratamento está associada a uma atitude mais positiva em relação à doença porque implica algum grau de responsabilidade e maior controle da situação. Em vez disso, quando a pessoa atribui o problema a causas

externas, favorece uma atitude negativa que irá influenciar a situação daí resultante.

O apoio social encontrado na família, nos recursos financeiros, ou nos programas públicos direcionados à saúde também foram aspectos sociais facilitadores do tratamento mencionados no presente estudo. Muitos estudos (MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ et al., 2011; SOTO et al., 2015) associam o apoio social com comportamentos de autocuidado em DM2. Níveis mais altos de apoio da família foram relacionados à alimentação mais saudável (MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ et al., 2011) e realização de atividade física mais frequentemente (MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ, 2011; LÍAN et al., 2012; SOTO et al., 2015). Campos et al (2016) também apontam que a família e as boas condições financeiras são aspectos facilitadores da adesão ao tratamento.

A ABS se apresenta como um apoio para as pessoas com DM2 pois, apesar das dificuldades estruturais e organizacionais evidenciadas, as relações humanas estão mantidas e as pessoas confiam na ABS e nos profissionais. Bell et al (2013) encontraram associação significativa entre a confiança das pessoas com DM2 no sistema de saúde e a adesão. Isso também pode explicar os resultados quantitativos encontrados nos quais as pessoas com DM2 atendidas por equipes melhores avaliadas no desempenho geral tiveram melhor adesão à dieta, ao automonitoramento glicêmico e ao uso da medicação.

Limitações do estudo

Por se tratar de autorrelato e se referir ao padrão de comportamento dos últimos sete dias, os resultados obtidos pelo instrumento utilizado podem não representar a realidade referente à

adesão ao tratamento entre pessoas com DM2. Outro aspecto referente ao instrumento se atribui à subjetividade de algumas questões, como o termo “dieta saudável” que, por vezes, era solicitado por parte das pessoas entrevistadas, melhor explicação.

CONCLUSÃO

O estudo quantitativo evidenciou baixas prevalências de adesão à dieta saudável, atividade física e automonitorização glicêmica explicadas na etapa qualitativa do estudo, que evidenciou muitas dificuldades principalmente nestas dimensões do autocuidado. As prevalências de adesão mais desejável ao uso da medicação e aos cuidados com os pés foram explicadas pela valorização dos aspectos facilitadores do tratamento nestas dimensões do autocuidado. Foi encontrado ainda que as pessoas com DM2 atendidas por equipes da ESF com melhor desempenho geral tiveram melhores prevalência de adesão no que se refere à dieta, automonitorização glicêmica e uso da medicação. O estudo qualitativo mostrou que superar as dificuldades encontradas e valorizar os aspectos facilitadores do tratamento podem contribuir para que as pessoas com DM2 alcancem a adesão ao tratamento.

Existe a compreensão de que aspectos individuais, sociais e do sistema de saúde interferem na adesão. As dificuldades do tratamento relacionadas à atenção básica de saúde, foco deste estudo, podem potencializar as dificuldades individuais e sociais, pois impedem o acesso a aspectos básicos do tratamento, deixando as pessoas com DM2 vulneráveis às complicações, à medida em que, às vezes, não encontram outra opção, e terminam por não aderir ao tratamento. Assim, pode-se

inferir que aspectos estruturais e organizacionais do sistema de saúde pública interferem na adesão ao tratamento e corroboram com a situação de vulnerabilidade.

Mesmo diante das fragilidades apontadas no sistema de saúde, a atenção básica de saúde foi reconhecida como um apoio para que as pessoas com DM2 tenham adesão ao tratamento. As relações humanas entre pessoas com DM2 e profissionais de saúde representam um componente facilitador da adesão ao tratamento. Sendo, para muitas pessoas com DM2 a única fonte de cuidados especializados, a atenção básica de saúde é uma referência para essas. As dificuldades individuais e a vulnerabilidade social desta parcela da população estudada, faz com que as pessoas com DM2 tenham uma forte dependência do sistema de saúde pública para os seus cuidados com a sua saúde.

Assim, ao analisar esses resultados sob a ótica do pensamento complexo, pode-se afirmar que a adesão ao tratamento entre pessoas com diabetes mellitus do tipo 2 é um fenômeno complexo e multidimensional no qual estão envolvidos relações/interações/associações múltiplas e complexas entre os fatores individuais, sociais e relacionados ao sistema de saúde. A adesão ao tratamento é uma busca constante que pode ser alcançada quando existe a superação das dificuldades encontradas pelas pessoas com DM2 durante o tratamento, e a valorização dos aspectos facilitadores do tratamento.

Os resultados apresentados ajudam a compreender a adesão ao tratamento entre pessoas com DM2 atendidas na ABS e podem contribuir, no contexto local, para o planejamento das ações de saúde destinadas a essa população. Dada a importância da ABS na adesão ao

tratamento entre pessoas com DM2, a relação entre os fatores estruturais e organizacionais do serviço e a adesão ao tratamento entre pessoas com DM2 precisam ser melhores explorados através de outros estudos.

REFERÊNCIAS

ADA. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, Danvers, v. 40, n. suppl. 1, p. S1-S2, 2017.

ARORA, S. et al. Trial to examine text message- based mHealth in emergency department patients with diabetes (TEXT-MED): a randomized controlled trial. **Annals of Emergency Medicine**, Irving, v. 63, n. 6, p. 745-754, 2014.

BELL, R. A. et al. Correlates of physician trust among rural older adults with diabetes. **American Journal of Health Behaviour**, Oak Ridge, v. 37, n. 5, p. 660-666, 2013.

BOAS LCG-V. et al. Adherence to diet and exercise among people with diabetes mellitus. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 272-279, 2011.

BRASIL. **Portaria no 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Diário Oficial da União, 2008.

BRASIL. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário Oficial da União, Poder Executivo, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento De Atenção Básica. **Manual Instrutivo Saúde: Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília : Ministério da Saúde; 2013b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento De Atenção Básica. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013b.

CAMPOS, T.S.P. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pessoas com diabetes mellitus assistidos pela atenção primária de saúde. **Journal of Health and Biocial Sciences**, Fortaleza, v.4, n.4, p. 251-256, 2016.

CASEY, D; DE CIVITA, M; DASGUPTA, K. Understanding physical activity facilitators and barriers during and following a supervised exercise programme in Type 2 diabetes: a qualitative study. **Diabetic Medicine**, Southampton, v. 27, n. 1, o. 79-84, 2010.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 272p.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DUNSTAN, D.W. et al. Community center-based resistance training for the maintenance of glycemic control in adults with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, Danvers, v. 29, n. 12, p. 2586-2591, 2006.

FARIA, H. T. G. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 231-237, 2013.

_____. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 257-263, 2014.

FARIAS, R.F.S. et al. Adesão ao Tratamento de Diabetes Mellitus em Área Rural do Município de Vitória de Santo Antão – PE. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 19, n. 2, p. 181-190, 2016.

FIORAVANTI A. et al. Automatic messaging for improving patients engagement in diabetes management: an exploratory study. **Medical & Biocal Engineering & Computing**, v; 53, n. 12, p. 1285-1294, 2015.

HERNANDEZ R. et al. Correlates of Self-Care in Low-Income African American and Latino Patients With Diabetes. **Journal of Health Psychology**, Londres, v. 33, n. 7, p 597-607, 2014.

JOHNSON, M. D. et al. Spousal Protective Buffering and Type 2 Diabetes Outcomes. **Journal of Health Psychology**, Londres, v. 38, n. 8, p. 841-844, 2014.

LÍAN A. H. et al. Patients with Type 2 Mellitus Diabetes and their Self-Care Agency Capacity, Cartagena. **Avances en enfermería**, Bogotá, v. 30, n.2, p. 39-46, 2012.

MACHADO, E.R. et al. Diabetes mellitus po II (DMII): importância da educação em saúde na adesão ao tratamento. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo Grande, v.17, n.1, p. 33-42, 2013.

MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ G. I. et al. Adherence and metabolic control in patients with Type 2 Diabetes Mellitus in a hospital of Medellín (Colombia), **Archives of medical research**, Mexico DC, v.14, n. 1, p. 44-50, 2011.

MICHELS, M.J. et al. Questionário de atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica**, São Paulo, v. 54, n. 7, p. 644-651, 2010.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

NUNDY, S. et al. Using mobile health to support the chronic care model: developing an institutional initiative. **International Journal of Tourism and Anthropolgy**, Olney, v. 2012, p. 1-8, 2012.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013.

PUPKO V. B., AZZOLLINI S. Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2. **Revista argentina de salud publica**,

REMOND, F. A.; CABRERA, M. A. S.; SOUZA, R. K. T. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p.126-136 2014.

ROSSI, V. E. C.; SILVA, A. L. D.; FONSECA, G. S. S. Adesão ao tratamento medicamentoso entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Revista de enfermagem do Centroste Mineiro**, São João Del Rei, v. 5, n. 3, p. 1820-1830, 2015.

SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

SCHMITT, A. et al. Assessment of diabetes acceptance can help identify patients with ineffective diabetes self-care and poor diabetes control. **Diabetic Medicine**, Southampton, v. 31, n. 11, p. 1446-1451, 2014.

SMALLS, B.L. et al. Effect of neighborhood factors on diabetes self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 106, n. 3, p. 435-442, 2014.

SOARES, D. A. et al. Adesão ao tratamento da hipertensão e do diabetes: Compreensão de elementos intervenientes segundo usuários de um serviço de Atenção à Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 17, n. 3, p. 311-317, 2014.

SOTO, S.C. et al. An Ecological Perspective on Diabetes Self-care Support, Self-management Behaviors, and Hemoglobin A1C Among Latinos. **The Diabetes Educator**, v. 41, n. 2, p. 214-223, 2015.

TAVARES, N.U.L. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1092-1101, 2013.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se afirmar que o objetivo deste estudo foi alcançado, pois o mesmo possibilitou analisar a adesão das pessoas com DM2 ao tratamento e estabelecer suas relações com aspectos da qualidade do cuidado prestado na ABS, bem como compreender a complexidade da adesão ao tratamento entre pessoas com DM2.

Conclui-se pelo estudo quantitativo que as prevalências encontradas de adesão mais desejável à dieta saudável, à atividade física e à automonitorização glicêmica entre as pessoas com DM2 foram baixas. Melhores prevalências de adesão ao uso da medicação e aos cuidados com os pés foram encontradas. As pessoas com DM2 atendidas por equipes da ESF com melhor desempenho geral e, especificamente, com melhor organização da agenda, melhor acolhimento à demanda espontânea, melhor coordenação do cuidado e melhores equipamentos, materiais e insumos na UBS tiveram melhor adesão à dieta saudável, ao automonitoramento glicêmico e ao uso da medicação.

O estudo qualitativo, por sua vez, evidenciou que a adesão ao tratamento é um fenômeno complexo, no qual os fatores relacionados ao sistema de saúde agem/interagem com fatores individuais e sociais. As dificuldades do tratamento relacionadas à ABS podem potencializar as dificuldades individuais e sociais, pois impedem o acesso a aspectos básicos do tratamento, deixando as pessoas com DM2 vulneráveis às complicações. Pode-se inferir que aspectos estruturais e organizacionais da ABS têm relações/interações/associações com a adesão ao tratamento e corroboram com a situação de vulnerabilidade individual e social.

Mesmo diante de fragilidades apontadas no sistema de saúde

através do estudo qualitativo, a Atenção Básica de Saúde foi reconhecida como um apoio para que as pessoas com DM2 tenham adesão ao tratamento. As relações entre estas e os profissionais de saúde representam um forte componente facilitador da adesão ao tratamento. Sendo para muitas pessoas com DM2 a única fonte de cuidados especializados, a Atenção Básica de Saúde é uma referência para elas. As dificuldades individuais e a vulnerabilidade social desta parcela da população estudada, faz com que essas pessoas tenham uma forte dependência do sistema de saúde pública para os seus cuidados com a sua saúde.

Assim, o acolhimento à demanda espontânea, a organização da agenda e a coordenação do cuidado estabelecem mecanismos que asseguram a acessibilidade e pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que partem do princípio de que a unidade de saúde deve receber e ouvir as pessoas com DM2 que procuram os seus serviços, de modo universal. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação e responsabilização são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção e como coordenadora do cuidado. A ESF coloca como prioridade que todos tenham acesso aos serviços de saúde de qualidade, a fim de garantir o princípio de igualdade a todos os cidadãos, e isso se traduz na necessidade de acesso e qualidade do cuidado na ABS.

Enquanto o acolhimento à demanda espontânea, a organização da agenda e a coordenação do cuidado são aspectos diretamente relacionados ao processo de trabalho das equipes, os equipamentos, materiais e insumos são aspectos relacionados à estrutura. Por isso, as

contribuições desse trabalho se dão, tanto no âmbito da gestão, como no âmbito das relações estabelecidas entre as pessoas com DM2 e os profissionais da ESF. Sendo o enfermeiro, um dos principais agentes moduladores no acolhimento à demanda espontânea, na coordenação do cuidado e na organização da agenda das equipes da ESF, esse trabalho traz também, muitas contribuições para estes profissionais que precisam fortalecer suas práticas no sentido de garantir o cumprimento destas ações, sabendo o quão valiosas elas podem ser para a saúde das pessoas com DM2.

O modelo de atenção adotado na ESF, as políticas públicas de distribuição gratuita de medicamentos pela rede de saúde e a avaliação das ações realizadas pelas equipes da ESF são aspectos importantes a serem considerados no cuidado às pessoas com DM2 e na adesão ao tratamento. Nesse contexto, merece destaque que a confluência de programas que objetivam o cuidado à saúde da população são aspectos fundamentais na adesão ao tratamento: a Estratégia da saúde da família que garante o acesso aos serviços de saúde; o PMAQ que avalia as ações prestadas pelas equipes da ESF buscando a qualidade do cuidado na ABS; e, programas que garantem o acesso aos medicamentos básicos convergem no sentido de que as pessoas com DM2 alcancem os resultados desejados na adesão ao tratamento.

Ao analisar esses resultados sob a ótica do pensamento complexo, confirma-se a tese de que a adesão ao tratamento entre pessoas com diabetes mellitus do tipo 2 está associada à qualidade do cuidado prestado na Atenção Básica de Saúde. É um fenômeno complexo e multidimensional no qual estão envolvidos relações/interações/associações múltiplas e complexas entre os fatores

individuais, sociais e relacionados ao sistema de saúde. A adesão ao tratamento é uma busca constante que pode ser alcançada quando existe a superação das dificuldades encontradas pelas pessoas com DM2 durante o tratamento e a valorização dos aspectos facilitadores do tratamento.

Cabe destacar, que este estudo foi pioneiro em examinar a associação entre a adesão ao tratamento em DM2 e a qualidade do cuidado prestado na ABS. Além disso, o estudo misto procurou fortalecer a consistência dos resultados e alcançar os objetivos propostos a partir da triangulação dos dados quantitativos e qualitativos, proporcionando uma melhor compreensão do fenômeno investigado. No entanto, nem todas as categorias do estudo qualitativo puderam ser trabalhadas nesta tese, mas poderão gerar manuscritos futuros.

Frente aos achados, recomenda-se o fortalecimento das diretrizes institucionais no município estudado, em consonância com as diretrizes do SUS e com os princípios da ABS, garantindo acolhimento, longitudinalidade, integralidade, coordenação e, ainda, compreendendo a adesão ao tratamento entre pessoas com DM2 como fenômeno complexo e multidimensional. Por fim, ressalta-se, a relevância destes resultados pelo pioneirismo do estudo, servindo como indicadores para o planejamento de ações estratégicas.

Embora os resultados não possam confirmar a via pela qual as variáveis relacionadas à qualidade do cuidado na ABS estejam associadas com a adesão ao tratamento entre pessoas com DM2, a presença dessas associações merece destaque. Mais pesquisas são necessárias para entender melhor esta relação e reforçar a importância da qualidade do cuidado às pessoas com DM2 na ABS.

REFERÊNCIAS

ABREU, A. M. et al. Adesão ao Tratamento na Hipertensão e Diabetes Mellitus: Revisão Integrativa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 3, p. 442-453, 2016.

ADA. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, v. 31, n. 1, p.55-60, 2008.

ADA. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, Danvers, v. 40, n. suppl. 1, p. S1-S2, 2017.

ARAÚJO, M. F. M. et al. Cumprimento da terapia com an diabé- cos orais em usuários da atenção primária. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 135-143,. 2011.

ARORA, S. et al. Trial to examine text message- based mHealth in emergency department patients with diabetes (TEXT-MED): a randomized controlled trial. **Annals of Emergency Medicine**, Irving, v. 63, n. 6, p. 745-754, 2014.

ARRELIAS, C. C. A. et al. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus e variáveis sociodemográficas, clínicas e de controle metabólico. **Acta paulista enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 315-322, 2015.

BANDEIRA-DE-MELO, R.; CUNHA, C. J. C. A. Grounded theory. In.: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELO, R.; SILVA, A. B (orgs). **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, p. 241-266, 2006.

BOAS, L.C.G-V. et al. Adherence to diet and exercise among people with diabetes mellitus. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 272-279, 2011.

BOAS, L. C. G. V. et al. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2012.

BOCCHI, G; CERUTI, M. **La sfida della complessità**. 2 ed. Editora Bruno Mondadori, 2007.

BOEIRA, S. L.; KOSLOWSKI, A. A. Paradigma e disciplina nas perspectivas de Kuhn e Morin. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v.6, n.1, p. 90-115, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002a.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. **Portaria GM/MS n. 1168**, de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**: Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 14).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. (Série A: Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Portaria GM/MS n. 4.279**, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial União, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário Oficial da União, Poder Executivo, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 28 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento De Atenção Básica. **Manual Instrutivo Saúde: Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013c.

CALVO, M. C. M.; HENRIQUE, F. Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema. In: LACERDA, Josimari Telino de; TRAEBERT, Jefferson Luíz. (Org.). **A Odontologia e a Estratégia Saúde da Família**. Tubarão: Ed. Unisul, v. 1, p. 115-136, 2006.

CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-84, 2003.

CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1885-1892, 2012.

CHATSIRI, M. et al. Comparison of Outcomes of Patients with Diabetes Receiving Care by Way of Three Primary Care Practice Models. **Pacific Rim International Journal of Nursing Research**, Nonthaburi, v. 17, n. 1, p. 39-55, 2013.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHOU, A. F. et al. A Survey of Self-Management and Intrusiveness of Illness in Native Americans With Diabetes Mellitus. **Care Management Journals**, v. 15, n. 4, p. 170-183, 2014.

CINTRA, F. A.; GUARIENTO, M. E.; MIYASAKI, L. A. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl 3, p. 3507-3515, 2010.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, Reforma Sanitária e Educação Pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 35, n. 4, 2006.

DORNELLES, Soraia Schoeller et al. O cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus e sua família. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v.18, n.3, p. 496-501, set. 2013.

FACCHINI, L. A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 n. 1, p.159-172, 2008.

FARIA, H. T. G. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 231-237, 2013.

_____. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 257-263, 2014.

FARIAS, R. F. S. et al. Adesão ao Tratamento de Diabetes Mellitus em Área Rural do Município de Vitória de Santo Antão – PE. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 19, n. 2, p. 181-190, 2016.

FILHA, F. S. S. C.; NOGUEIRA, L. T.; VIANA, L. M. M. Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, n. esp, p. 930-936, 2011.

FRENCH, D. P.; WADE, A. N.; FARMER, A. J. Predicting self-care behaviours of patients with type 2 diabetes: the importance of beliefs about behaviour, not just beliefs about illness. *J Psychosom Res*. 2013;74(4):327-33.

FUNNELL, M. M et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education. **Diabetes Care**, v.34, n. 1, p. 89-96, 2011.

à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. . **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 46-51, 2009.

GIOVANELLA L.; MENDONCA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p.575-625.

HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA DA SILVA, L. M. (orgs.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; 2005.

HERNANDEZ, R. et al. Correlates of Self-Care in Low-Income African American and Latino Patients With Diabetes. **Journal of Health Psychology**, Londres, v. 33, n. 7, p 597-607, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro: FIOCRUZ/IBGE/MS, 2014.
IDF. International Diabetes Federation. **Diabetes Atlas**. Belgium: IDF. 2015

JARAB, A. S. et al. Randomized controlled trial of clinical pharmacy management of patients with type 2 diabetes in an outpatient diabetes clinic in Jordan. **Journal of Managed Care Pharmacy**, Alexandria, v. 18, n. 7, p. 516-526, 2012.

JOHNSON, M. D. et al. Spousal Protective Buffering and Type 2 Diabetes Outcomes. **Journal of Health Psychology**, Londres, v. 38, n. 8, p. 841-844, 2014.

JOHNSRUD, M.; SCHAFFERMEYER, K. W. Measuring adherence and persistence in drug therapy. **Journal of Managed Care Pharmacy**, Alexandria, v. 8, n. 3, p. 204-205, 2002.

KLUTHCOVSKY, A. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. O WHOQOL-Bref: um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 3, p. 1-12, 2009.

KNUTH, A. G. et al. Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3597-3705, 2011.

KRINGOS, D. S. et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 10, n. 65, p. 1-13, 2010.

KROESE, F. M.; ADRIAANSE, M. A.; DE RIDDER, D. T. D. Boosters, anyone? Exploring the added value of booster sessions in a self-management intervention. **Health Education Research**, Oxford, v. 27, n. 5, p. 825-833, 2012.

KROESE, F. M.; ADRIAANSE, M. A.; DE RIDDER, D. T. D. Are Self-Management Interventions Suitable for All? Comparing Obese Versus Nonobese Type 2 Diabetes Patients. **Health Education & Behavior**, Columbia, v. 40, n. 5, p. 552-587, 2013.

LEITE, S. N.; VIEIRA, M.; VEBER, A. P. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. supl, p. 793-802. 2012.

LÍAN A. H. et al. Patients with Type 2 Mellitus Diabetes and their Self-Care Agency Capacity, Cartagena. **Avances en enfermería**, Bogotá, v. 30, n.2, p. 39-46, 2012.

LIMA, A. K. F.B. S.; FLECK, M. P. A. Quality of life, diagnosis, and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 245-251, 2011.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; ERINOSHIO, T. The impact of primary healthcare on population health in low and middle income countries. **The Journal of Ambulatory Care Management**, v. 32, n. 2, p.150-171, 2009.

MARCHI, K. C. et al. Adesão à medicação em pacientes com doença de Parkinson atendidos em ambulatório especializado. **Ciência & Saúde**

MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ, G. I. et al. Adherence and metabolic control in patients with Type 2 Diabetes Mellitus in a hospital of Medellín (Colombia), **Archives of medical research**, Mexico DC, v.14, n. 1, p. 44-50, 2011.

MCGINLEY, S. K. et al. Effects of exercise training using resistance bands on glycaemic control and strength in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of randomised controlled trials. **Acta Diabetol**, v. 52, n. 2, p. 221, 2015.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

MICHELS, M. J. et al. Questionário de atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica**, São Paulo, v. 54, n. 7, p. 644-651, 2010.

MOKKINK, L. B. et al. Protocol of the COSMIN study: Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments. **BMC Medical Research Methodology**, Londres, v. 10, n. 22, p. 1-8, 2010.

MORAES, A. S. et al. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n. 5, p. 929-941, 2010.

MORENO, J. C. Fuentes, autores y corrientes que trabajan la complejidad. In: VELILLA, M. A. (Compilador). **Manual de iniciación pedagógica al pensamiento complejo**. ICFES: UNESCO, p. 11- 24, 2002.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 14a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

NASCIMENTO, O. D.; LOUREIRO, I. Adesão ao regime terapêutico da diabetes. **Revista Portuguesa de Diabetes**, Lisboa, v. 2, n. 21, 2007.

NASSAR, S. M. et al. **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. URL de acesso: <http://sestatnet.ufsc.br> . Florianópolis - SC, Brasil. Acesso em 04 de maio de 2016.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

PAIVA, D. C. P; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, 2006.

PEIMANI, M. et al. Effectiveness of short message service-based intervention (SMS) on self-care in type 2 diabetes: A feasibility study. **Primary Care Diabetes**, v. 10, n. 4, p. 251-258, 2015.

PÉRES, D.S. et al. Representações sociais de mulheres diabéticas, de camadas populares, em relação ao processo saúde-doença. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 1-8, 2008.

POLIT, D. F; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento.

Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 151-160, 2010.

PUPKO, V. B.; AZZOLLINI, S. Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2. **Revista argentina de salud publica**, Buenos Aires, v. 3, n. 10, p. 15-23, 2012.

REMOND, F. A.; CABRERA, M. A. S.; SOUZA, R. K. T. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p.126-136 2014.

REZENDE NETA, D. S.; SILVA, A. R. V.; SILVA, G. R. S. Adherence to foot self-care in diabetes mellitus patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 103-108, 2015.

ROSSI, V. E. C.; SILVA, A. L.D.; FONSECA, G. S. S. Adesão ao tratamento medicamentoso entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Revista de enfermagem do Centroeste Mineiro**, São João Del Rei, v. 5, n. 3, p. 1820-1830, 2015.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2882, p. 1-8, 2017.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 999-1010, 2007.

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, 2012.

SBD. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellittus**: Manual de Enfermagem. São Paulo: [s.n.], 2009.

SBD. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da**

Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

SBD. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016.** Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio. São Paulo: AC Farmacêutica, 2016.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 61-67, 2011.

SCHMITT, A. et al. Assessment of diabetes acceptance can help identify patients with ineffective diabetes self-care and poor diabetes control. **Diabetic Medicine**, Southampton, v. 31, n. 11, p. 1446-1451, 2014.

SKEVINGTON, S. M.; LOTFY, M.; O'CONNEL, K. A. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and re- sults of the international field trial a report from the WHOQOL Group. **Quality of Life Research**, v. 13, n. 2, p. 299-310, 2004.

SMALLS, B. L. et al. Effect of neighborhood factors on diabetes self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 106, n. 3, p. 435-442, 2014.

SOARES, D. A.; SADIGURSKY, D. Caracterização das relações interpessoais entre o enfermeiro e a pessoa com diabetes. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 45, n. 7, p. 263-269, 2010.

SOARES, D.A.; SADIGURSKY, D.; SOARES, I. Competência Interpessoal no cuidado de pessoas com diabetes: percepção de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 677-683, 2011.

SOARES, D. A. et al. Adesão ao tratamento da hipertensão e do diabetes: Compreensão de elementos intervenientes segundo usuários de um serviço de Atenção à Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 17, n. 3, p. 311-317, 2014.

Support, Self-management Behaviors, and Hemoglobin A1C Among Latinos. **The Diabetes Educator**, v. 41, n. 2, p. 214-223, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil; Ministério da Saúde, 2004.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank Quarterly**, Medford, v. 83, n. 3, p.457-502, 2005.

STARFIELD, B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 16, n. suppl., p. 20-26, 2012.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TAVARES, N. U. L. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1092-1101, 2013.

TANAKA, O. Y., MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

TAROZZI, M. **O que é Grounded Theory? Metodologia de pesquisa e da teoria fundamentada nos dados**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2011.

TOOBERT, D. J.; HAMPSON, S. E.; GLASGOW, R. E. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. **Diabetes Care**. V.23, p. 943-50, 2000.

TORRES, R. M. et al. Estrutura das Representações Sociais da Adesão das Pessoas Com Diabetes ao Seu Tratamento. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v. 8, n. 10, p. 3412-3419., 2014.

ZANETTI, M. L. et al. Adesão às recomendações nutricionais e

mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 619-625, 2015.

WHO. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genebra; 2003 Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/. Acesso em 25 mar. 2016.

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Ciências da Saúde Departamento de Enfermagem - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- Grupo de pesquisa NUCRON	
1. Número do questionário	nquest_ ___
2. Número da equipe	nequipe_ ___
BLOCO A- IDENTIFICAÇÃO	
3. Qual é a sua data de nascimento? ____/____/____	dnasc_ ____/____/____
4. Qual a sua idade? ____ em anos completos	idade_ ____
5. Sexo (1) Masculino (2) Feminino	sex_ ____
6. Qual o seu atual estado civil? (CITE AS OPÇÕES)	estadociv_ ____
(1) Casado (2) Solteiro (3) Separado (4) Viúvo (5) Divorciado (6) Outro – Qual? _____ (999) IGN	
7. Quantos anos completos e aprovados de estudo o(a) senhor(a) tem? _____	anosc_ ____
(0) 0 anos (1) 1 a 5 anos (2) 6 a 9 anos (3) 10-12 anos (4) 13 ou mais anos (999) IGN	
BLOCO C – A DOENÇA E O TRATAMENTO	
10. Há quanto tempo o (a) senhor (a) possui o Diabetes Mellitus? _____ anos.	Tempdoem_ ____
(1) 1 a 5 anos (2) 6 a 10 anos (3) 10-20 anos (4) 20 ou mais anos (888)NSA (999) IGN	
11. Há quanto tempo o(a) senhor(a) está realizando tratamento para o DM? _____ anos.	Temptrat_ ____
(1) 1 a 5 anos (2) 6 a 10 anos (3) 10-20 anos (4) 20 ou mais anos (888)NSA (999) IGN	
12. Qual o seu tipo de tratamento medicamentoso? (CITE AS OPÇÕES)	Tiptrat_ ____
(1) Hipoglicemiante oral apenas (2) hipoglicemiante oral e insulina (3) Insulina apenas	
13. Que serviços o(a) senhor(a) utiliza desta UBS?	Queserv_ ____
(1) Consultamedica (2) Consulta de Enfermagem (3) Pegar medicação (4) Realizar exames (9) IGN OUTROS _____	
14. Com que frequência?	Usaserfre_ ____
(1) Uma vez por ano (2) mais que uma vez ao ano (3) uma vez a cada dois anos (999) IGN	
15. O(a) senhor(a) utiliza outros serviços de saúde além desta UBS?	Outroser_ ____
(0) Não (1) Sim (999) IGN	
Se sim responda as questões 16 e 17	
16. Quais?	Outroserqual_ ____
(0) Consulta particular (1) Consulta convenio (999) IGN	
17. Com que frequência?	Outroserfra_ ____
(1) Uma vez por ano (2) mais que uma vez ao ano (3) uma vez a cada dois anos (999) IGN	
18. Situação em relação ao trabalho	Trabalhosit_ ____
(1) Ativo (2) Afastado (3) Aposentado (4) Desempregado	
19. Renda Familiar	Renda_ ____
(1) menos que um salários (2) 1-3 salários (3) 3-6 salários (4) mais que 6 salários (9)IGN	

APÊNDICE 2 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA QUALITATIVA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- CAMPUS UNIVERSITÁRIO
TRINDADE- DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399 e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

ROTEIRO PARA ENTREVISTA QUALITATIVA

- Fale- me sobre: o significado do tratamento para o diabetes para você?
- Fale-me: o que você faz para se cuidar em relação ao diabetes?
- Conte-me: como você aprendeu a lidar com esse tratamento?
- O que ajuda você a seguir o tratamento?
- O que lhe dificulta seguir o tratamento?
- Fale-me sobre o significado do sistema de saúde no seu tratamento.

APÊNDICE 3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE-
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA Tel. (048) 3721.9480 -
3721.9399 e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Maiores de 18 Anos)

Eu, Profa. Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles (pesquisadora responsável), juntamente com a pesquisadora Samara Eliane Rabelo Suplici, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, estou desenvolvendo, junto ao grupo de pesquisa que atuo – NUCRON, a pesquisa: **“A adesão ao tratamento de pessoas com diabetes mellitus do tipo 2 e sua relação com a qualidade do cuidado prestado na Atenção Básica de Saúde”**.

Você está sendo convidado a participar dessa pesquisa que tem como objetivo compreender a adesão ao tratamento em pessoas com Diabetes Mellitus e sua relação com a qualidade do cuidado prestado na Atenção Básica de Saúde. Este estudo pode auxiliar no fortalecimento da adesão das pessoas com Diabetes Mellitus ao tratamento e, assim, contribuir para a qualidade da assistência prestada nas Unidades Básicas de Saúde.

Durante a pesquisa você irá preencher um formulário contendo 18 perguntas que avaliam a adesão ao tratamento em pessoas com Diabetes Mellitus. Além disso, você responderá a um questionário com perguntas tais como sua idade, sexo, estado civil, escolaridade, tempo de doença e tipo de tratamento que você faz. Por fim, você poderá ser convidado a responder algumas perguntas abertas acerca do seu tratamento, através de entrevista que será gravada em áudio.

Esperamos que esta pesquisa não lhe traga riscos físicos, mas ao responder os questionamento citados acima você poderá se sentir cansado(a) bem como ficar aborrecido (a) por vir à tona aspectos desagradáveis ao relembrar a sua experiência em viver com o Diabetes Mellitus. Além do mais, poderá surgir desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante as gravações de áudio nas

entrevistas. Por isso, consideramos que a pesquisa poderá trazer desconfortos de ordem psicológica durante a realização da coleta de dados. Assim, será de responsabilidade dos pesquisadores desse estudo a assistência integral a possíveis demandas decorrentes da sua participação na pesquisa. Durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhado por um dos pesquisadores, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso.

Em relação à garantia de manutenção do sigilo e da privacidade da sua participação durante todas as fases da pesquisa informamos que os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo. No entanto, sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional ou outros riscos, cujas consequências ou danos terão garantia de ressarcimento e indenização decorrente desta pesquisa nos termos da lei.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros acadêmicos ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua identidade.

Ainda, destacamos que este documento foi elaborado em duas vias e, por isso, como participante dessa pesquisa você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o qual será rubricado e assinado por você e pelas responsáveis por esta pesquisa. Por isso, guarde cuidadosamente a sua via, pois se trata de um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante dessa pesquisa. Ademais, apontamos que você não terá despesa advinda da sua participação na pesquisa. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei.

Diante de eventuais danos que possam ocorrer durante essa pesquisa, ou seja, caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Sinta-se absolutamente à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa. Ressaltamos que ao decidir deixar de participar da pesquisa você não terá qualquer prejuízo ao seu cuidado na instituição, no restante das atividades. Se você tiver alguma dúvida em relação aos procedimentos ou sobre o estudo, a qualquer momento de seu

contato com a pesquisadora responsável, através dos telefones (48) 3721.3456, 3721.9206 ou endereços eletrônicos: betina.hsm@ufsc.br e samara.eliane@terra.com.br, ou no endereço: Departamento de Enfermagem- Centro de Ciências da Saúde - Campus Universitário – Trindade, sem que haja obrigação de esclarecimentos ou prejuízo ao seu atendimento. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone 3721-6094 ou por *e-mail*: cep.propesq@contato.ufsc.br, ou pessoalmente na rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis.

Dessa forma, destacamos que as pesquisadoras se comprometem a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução n. 466/12 de 12 dezembro de 2012 e suas complementares que tratam dos preceitos éticos e da proteção os participantes da pesquisa.

Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles
(Pesquisadora Responsável)

Samara Eliane Rabelo Suplici
(Pesquisadora)

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu,.....,RG.....li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa. Destaco que fui esclarecido (a) sobre a pesquisa **“A adesão ao tratamento de pessoas com diabetes mellitus do tipo 2 e sua relação com a qualidade do cuidado prestado na Atenção Básica de Saúde”** e concordo que meus dados sejam utilizados em sua realização.

Assinatura _____

Florianópolis, ____ de _____ de 2016.

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES DE AUTOCAUIDADO COM O DIABETES - QAD

Anexo 2. Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes – QAD

(As perguntas que se seguem questionam-no sobre seus cuidados com o diabetes durante os últimos sete dias. Se você esteve doente durante os últimos sete dias, por favor lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente)

1. ALIMENTAÇÃO GERAL							
1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma dieta saudável?	0	1	2	3	4	5	6 7
1.2 Durante o último mês, QUANTOS DIAS POR SEMANA, em média, seguiu a orientação alimentar, dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?	0	1	2	3	4	5	6 7
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA							
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais?	0	1	2	3	4	5	6 7
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos ricos em gordura, como carnes vermelhas ou alimentos com leite integral ou derivados?	0	1	2	3	4	5	6 7
2.3 Em quantos dos últimos sete dias comeu doces?	0	1	2	3	4	5	6 7
3. ATIVIDADE FÍSICA							
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos (minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)?	0	1	2	3	4	5	6 7
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou algum tipo de exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta), sem incluir suas atividades em casa ou em seu trabalho?	0	1	2	3	4	5	6 7
4. MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA							
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0	1	2	3	4	5	6 7
4.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?	0	1	2	3	4	5	6 7
5. CUIDADOS COM OS PÉS							
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6 7
5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou dentro dos sapatos antes de calçá-los?	0	1	2	3	4	5	6 7
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los?	0	1	2	3	4	5	6 7
6. MEDICAÇÃO							
6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou seus medicamentos do diabetes, conforme foi recomendado? OU (se insulina e comprimidos):	0	1	2	3	4	5	6 7
6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou suas injeções de insulina, conforme foi recomendado?	0	1	2	3	4	5	6 7
6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos do diabetes?	0	1	2	3	4	5	6 7
7. TABAGISMO							
7.1 Você fumou um cigarro – ainda que só uma tragada – durante os últimos sete dias? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim							
7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____							
7.3 Quando fumou o seu último cigarro?							
<input type="checkbox"/> Nunca fumou							
<input type="checkbox"/> Há mais de dois anos atrás							
<input type="checkbox"/> Um a dois anos atrás							
<input type="checkbox"/> Quatro a doze meses atrás							
<input type="checkbox"/> Um a três meses atrás							
<input type="checkbox"/> No último mês							
<input type="checkbox"/> Hoje							

ANEXO 2- AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO EDUCAÇÃO PERMANENTE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, Secretaria de Saúde de São José, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **A adesão ao tratamento em pessoas com diabetes mellitus do tipo 2 e sua relação com a qualidade do cuidado prestado na atenção básica de saúde** e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

São José, 05./07./2016.

Sinara Regina Simioni

Secretária de Saúde de São José