

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM**

ÂNGELA CRISTINA BUENO VIEIRA

**ADESÃO DO PACIENTE PORTADOR DE DIABETES *MELLITUS* TIPO 2
AO TRATAMENTO**

GOIÂNIA - GO

2006

ANGELA CRISTINA BUENO VIEIRA

**ADESÃO DO PACIENTE PORTADOR DE DIABETES *MELLITUS* TIPO 2 AO
TRATAMENTO**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação da Faculdade de Enfermagem da
Universidade Federal de Goiás, para a obtenção
do título de Mestre em Enfermagem.**

**Área de Concentração: Cuidado em
enfermagem**

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde

Orientadora: Prof^a Dra. Ana Luiza Lima Sousa

GOIÂNIA - GO

2006

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL
DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

V 657

VIEIRA, Ângela Cristina Bueno

**Adesão do paciente portador de diabetes Mellitus tipo 2
ao tratamento – Goiânia, 2006**

84 fls.

**Dissertação – (mestre em enfermagem) – Universidade
Federal de Goiás , 2006.**

1. Saúde 2.Diabetes Mellitus – tratamento I. Título

CDD 616.462

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ângela Cristina Bueno Vieira

Adesão do paciente portador de diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação da Faculdade de Enfermagem da
Universidade Federal de Goiás, para a obtenção
do título de Mestre em Enfermagem.**

**Área de Concentração: Cuidado em
enfermagem**

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde

Orientadora: Prof^a Dra. Ana Luiza Lima Sousa

Aprovada em 30 de junho de 2006

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a Ana Luiza Lima Sousa

Instituição: Universidade Federal de Goiás Assinatura:_____

Prof^a Ângela Maria Geraldo Pierin

Instituição: Universidade de São Paulo: Assinatura:_____

Prof^a Adélia Yaeko Kyosen NAKatami

Universidade Federal de Goiás: Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meu amigo e esposo Marcelo, que me apoiou desde o primeiro momento desta etapa da minha vida. Através deste trabalho compreendi melhor suas atitudes como portador de DMII e acredito poder a partir de agora, ajudá-lo nas condutas de adesão ao tratamento.

Ao meu filho João Marcelo que chegou como um raio de luz, no meio desta trajetória, com seu sorriso e graça dos primeiros meses de vida me dando forças para atingir o objetivo tão esperado deste trabalho.

À minha mãe Rosita, pelo exemplo de vida, fé, amor, estímulo e principalmente apoio em todos os momentos de minha vida.

E a todos meus familiares e amigos que conhecem e viveram comigo esta parte da minha história.

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar agradeço a DEUS que me proporcionou esta oportunidade de estar nesta seara terrestre da vida, buscando um aperfeiçoamento pessoal e profissional para contribuir com o caminhar de nossos irmãos/clientes.

Agradeço a toda minha família, em especial ao Marcelo, meu esposo; a Rosita, minha mãe; meu irmão Joaquim; minha irmã Anna Paula e meu afilhado Marco Túlio, que em todos os momentos onde necessitei de apoio, estavam prontos a me ajudar: no cuidar de nossa jóia mais preciosa “João Marcelo/meu filho” ou na parte técnica/operacional deste trabalho.

À professora Doutora Ana Luiza Lima Sousa pela parceria, amizade, confiança, compreensão, solidariedade e orientação no desenvolvimento deste trabalho.

À toda a equipe de professores e funcionários do Programa de pós-graduação da Faculdade de Enfermagem/UFG, principalmente à professora Doutora Denize Bouttelet Munari, que nos apoiou em todas as etapas da realização deste mestrado.

A todas as colegas de turma que compartilharam comigo momentos de alegrias e ansiedades. Dentre elas, agradeço em especial a minha amiga, companheira de todas as horas, enfermeira May Socorro Martinez Afonso que foi meu ponto de apoio em vários momentos desta etapa.

A todos que de alguma forma, participaram para tornar possível a realização desta pesquisa.

RESUMO

VIEIRA, A.C.B.; **Adesão do paciente portador de Diabetes *Mellitus* tipo 2 ao tratamento**, 2006, 84 fls. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2006

As Doenças crônico-degenerativas são exemplos da necessidade da educação em saúde, para melhorar a adesão ao tratamento. O objetivo dessa pesquisa foi verificar a adesão do paciente portador de Diabetes *Mellitus* tipo 2 em tratamento ambulatorial. A população de estudo foi constituída de pacientes maiores de 30 anos com Diabetes Mellitus tipo 2 que iniciaram tratamento no ambulatório, entre 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2002, com amostra aleatória de 20%(134 pacientes). As variáveis estudadas foram: sexo, idade, comparecimento ao serviço, adesão ao tratamento, abandono ao serviço, renda mensal, tempo de tratamento, ocupação, escolaridade, estado civil, residência, glicemia de jejum, número de consultas, colesterol, triglicérides, hemoglobina glicada, glicemia capilar, glicemia pós prandial e ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA. Os dados foram analisados com o uso de proporções, frequência absoluta e aplicação do teste qui-quadrado para comparação entre os grupos.. A taxa de abandono ao serviço foi de 65%. Dos pacientes que tiveram adesão ao serviço, 70% eram do sexo feminino, com faixa etária entre 61 a 70 anos(36,4%), 39% das mulheres eram “do lar” e 72,7% compareceram entre 8 e 12 consultas, A maior parte manteve a glicemia de jejum, na última consulta (45,5% mulheres e 85,7% homens), sob controle; o Índice de Massa Corpórea manteve acima de 25kg/m² nas mulheres(54,5%). No grupo de abandono ao serviço,, 54,8% dos homens que abandonaram o serviço exerciam atividades no mercado de trabalho. A maioria compareceu no máximo a 4 consultas. Homens apresentaram menor adesão ao serviço (p<0,05) Houve diferença significativa entre os valores de glicemia de jejum do início para a última consulta nos pacientes que aderiram ao serviço. Conclui-se que o fato do paciente aderir ao serviço não significa que o mesmo aderiu ao tratamento. O paciente necessita ser motivado para melhor adesão ao tratamento. É necessário conhecer o grupo de pacientes e trabalhar os modelos de crenças em saúde associados à educação em saúde.

UNITERMOS: adesão ao serviço, DMII, adesão ao tratamento.

ABSTRACT

VIEIRA, A. C. B. **The patient's of Diabetes adherence *Mellitus* type 2 to the treatment.** Dissertation (Master's degree). University of Nursing of the Federal University of Goiás, Goiânia, 2006

Chronic-degenerative diseases are examples of the need of the education in health, to improve the adhesion to the treatment. The objective of that research was to verify the patient's of Diabetes adherence *Mellitus* type 2 in ambulatory treatment . The population of the study was constituted of patient larger of 30 years with DMII that began treatment in the clinic, among January 01, 2000 on December 31, 2002, with a random sample of 20% (134 patients). The studied variables were: sex, age, adhesion to the service, adhesion to the treatment, abandonment to the service, monthly income, time of treatment, occupation, scholarship, marital status, residence, fast glicemy, number of consultation, cholesterol, triglycerides, hemoglobin glicada, capillary glicemy, glicemy powders prandial and Mass Index of Corporal. The data were analyzed with the use of proportions, absolute frequency and application of the test qui-square for comparison among the adherent groups and no supporters to the service. The tax of abandonment to the service was of 65%. Of the adherent patients to the service, 70% were female, with age group among 61 to 70 years (36,4%), 39% of the women they were "housewife" and 72,7% attended between 8 and 12 consultations, most maintained the fast glicemy, in the it finishes consultation (45,5% women and 85,7% men), under control; Mass Index of Corporal maintained above 25kg/m² in the women (54,5%). In relation to the group of he/she abandoned the service, it happened one small difference among the feminine (51,7%) and masculine (48,3%) sexes, with age group among 61 and 70 years, 54,8% of the men that abandoned the service they possessed activity in the market. Most attended at the most 4 consultations. Men presented smaller adhesion to the service ($p < 0,05$); the tax of glicemy in the it finishes consultation, in the two groups, it was. 110 mg / dl, without significant difference, happening the same in relation to the time of diagnosis (5 to 10 years). There was significant difference among the values of glicemy of fast of the beginning for it finishes her/it consultation in the patients that adhered to the service. There was not significant difference among the values of fast glicemy in the first and it finishes consultation of the group that abandoned the service. And in spite of the adherence to the treatment, in certain situations they still exist measured no

pharmacological that are difficult of be adopted by the patients. The patient needs to be motivated for better adhesion to the treatment. It is necessary to know the patients' group and to work the models of faiths in health associated to the education in health.

UNITERMOS: adhesion to the service, DMII, adherence to the treatment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01	Estimativas mundiais e projeções de números de indivíduos com Diabetes, em milhões para o período 1994,2000 e 2010.....	15
Quadro 02	Diagnóstico de Diabetes segundo a OMS.....	18
Quadro 03	Tratamento do Diabetes <i>Mellitus</i> segundo Sociedade Brasileira de Diabetes	21
Quadro 04	Metas da Sociedade Brasileira de Diabetes para serem alcançados por pacientes diabéticos.....	22
Figura 01	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes II do serviço de endocrinologia do HC/UFG, segundo a adesão ao serviço. Goiânia-GO, 2005.....	35
Figura 02	Distribuição do sexo entre os pacientes que aderiram ao Serviço de Endocrinologia do HC/UFG no período de 2000 a 2005. Goiânia-GO, 2005.....	38
Figura 03	Distribuição do local de residência dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II M tipo 2 que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de 2000 a 2005. Goiânia-GO, 2005.....	40
Figura 04	Distribuição do número de indivíduos segundo a taxa glicêmica na primeira e última consulta. Goiânia - GO, 2005.	46
Figura 05	Distribuição da porcentagem de indivíduos segundo a taxa glicêmica capilar na última consulta. Goiânia – GO, 2005.....	47
Figura 06	Distribuição da porcentagem de indivíduos segundo os resultados da hemoglobina glicada durante a última consulta. Goiânia – GO, 2005.....	49
Figura 07	Distribuição da porcentagem de indivíduos que abandonaram o serviço segundo o sexo. Goiânia – GO, 2005.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo a faixa etária e sexo. Goiânia – GO, 2005.....	38
Tabela 02	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o estado civil e sexo. Goiânia-GO 2005.....	40
Tabela 03	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo a escolaridade e sexo. Goiânia - GO, 2005.....	41
Tabela 04	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo a ocupação e sexo. Goiânia - GO, 2005.....	42
Tabela 05	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo a renda mensal e sexo. Goiânia - GO, 2005.....	42
Tabela 06	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o tempo de diagnóstico e sexo. Goiânia- GO, 2005.....	43
Tabela 07	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo ano de início de tratamento no HC e sexo. Goiânia - GO, 2005.....	43
Tabela 08	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, de acordo com o número de consultas durante o tratamento e o sexo. Goiânia - GO, 2005.....	44
Tabela 09	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o valor da primeira glicemia no início do tratamento no HC e sexo. Goiânia - GO, 2005.	45
Tabela 10	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de Janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o valor da glicemia capilar na última consulta e o sexo. Goiânia - GO, 2005.....	46

Tabela 11	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, de acordo com a glicemia de jejum na última consulta e o sexo. Goiânia - GO, 2005.....	47
Tabela 12	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o valor da glicemia pós prandial na última consulta e o sexo. Goiânia - GO, 2005.....	48
Tabela 13	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, de acordo com a hemoglobina glicada na última consulta e o sexo. Goiânia - GO, 2005.....	48
Tabela 14	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2 que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o valor do colesterol na última consulta e o sexo. Goiânia - GO, 2005.....	50
Tabela 15	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o valor dos triglicérides na última consulta e o sexo. Goiânia - GO, 2005.....	50
Tabela 16	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, de acordo com o Índice de Massa Corpórea na última consulta e o sexo. Goiânia - GO, 2005.....	51
Tabela 17	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo a faixa etária e sexo. Goiânia - GO, 2005.....	53
Tabela 18	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de Janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o estado civil e sexo. Goiânia - GO, 2005.....	53
Tabela 19	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo a escolaridade e sexo. Goiânia - GO, 2005.....	54
Tabela 20	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de Janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo a ocupação e sexo. Goiânia - GO, 2005.....	54

Tabela 21	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de Janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo a renda mensal e sexo. Goiânia - GO, 2005.....	55
Tabela 22	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de Janeiro de 2000 aJulho de 2005, segundo o tempo de diagnóstico e sexo. Goiânia - GO, 2005.....	56
Tabela 23	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de Janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo ano de início de tratamento no HC e sexo. Goiânia - GO, 2005.....	57
Tabela 24	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de Janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o valor da primeira glicemia no início do tratamento no HC e sexo. Goiânia - GO, 2005..	57
Tabela 25	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de Janeiro de 2000 a Julho de 2005, de acordo com o número de consultas durante o tratamento e o sexo. Goiânia - GO, 2005.....	58
Tabela 26	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de Janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o valor da glicemia capilar na última consulta e o sexo. Goiânia - GO, 2005.....	59
Tabela 27	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de Janeiro de 2000 a julho de 2005, de acordo com a glicemia de jejum na última consulta e o sexo. Goiânia - GO, 2005.....	59
Tabela 28	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o valor da glicemia pós prandial na última consulta e o sexo. Goiânia - GO 2005.....	61
Tabela 29	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de Janeiro de 2000 a julho de 2005, de acordo com a hemoglobina glicada na última consulta e o sexo. Goiânia - GO, 2005.....	61
Tabela 30	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2 que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de Janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o valor do colesterol na última consulta e o sexo. Goiânia - GO, 2005.....	62
Tabela 31	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de Janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o valor do triglicérides	63

	na última consulta e o sexo. Goiânia - GO, 2005.....	
Tabela 32	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de Janeiro de 2000 a Julho de 2005, de acordo com o Índice de Massa Corpórea na última consulta e o sexo. Goiânia - GO, 2005....	63
Tabela 33	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II nos grupos que aderiram e não aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG de acordo com o sexo, faixa etária e ocupação. Goiânia - GO, 2005.....	65
Tabela 34	Distribuição dos pacientes Diabetes <i>Mellitus</i> II nos grupos que aderiram e não aderiram ao serviço de acordo com o número de consultas durante o tratamento, tempo de diagnóstico e glicemia de jejum da última consulta. Goiânia - GO, 2005.....	67
Tabela 35	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II nos grupos que aderiram e não aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG, de acordo com o Índice de Massa Corpórea. Goiânia - GO, 2005.....	69
Tabela 36	Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes <i>Mellitus</i> II nos grupos que aderiram e não aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG de acordo com local de residência. Goiânia – GO, 2005.	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DM -	Diabetes <i>Mellitus</i>
DM I -	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 1
DM II -	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2
HC -	Hospital das Clínicas
Índice de Massa Corpórea-	Índice de Massa Corpórea
MCS -	Modelo de Crença em Saúde
OMS -	Organização Mundial da Saúde
SAME -	Serviço de Arquivo Médico
SBD -	Sociedade Brasileira de Diabetes

LISTA DE SÍMBOLOS

Cm -	Centímetro
Gr -	Grama
kg -	Quilograma
Kg/m ² -	Quilograma por metro quadrado
Mg/dl -	miligrama por decilitro
MmHg -	milímetro de mercúrio
> -	maior que
< -	Menor que
% -	percentual (por cento)

SUMÁRIO

Resumo	
Abstract	
Lista de ilustrações	
Lista de tabelas	
Lista de abreviaturas e siglas	
Lista de símbolos	
1. INTRODUÇÃO – Definindo o problema	01
1.1 População doente e sua adesão ao tratamento	01
1.2 Pontuando a não adesão do paciente ao tratamento instituído	07
1.3 Estimulando a adesão	08
1.4. Objetivos.....	11
- Objetivo Geral	11
- Objetivos específicos.....	11
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
2.1. O Diabetes <i>Mellitus</i>	12
2.2. A distribuição da doença no mundo.....	13
2.3. Como a doença acontece	16
2.4. Diagnosticando o Diabetes <i>Mellitos</i>	17
2.5 Tratando o Diabetes <i>Mellitus</i>	20
3. PERCURSO METODOLÓGICO	28
3.1 Caracterização da população do estudo	28
3.2 Caracterização do local de estudo.....	28
3.3 Amostragem	29

3.4 Variáveis e categorias do estudo.....	29
3.5 Critérios de Inclusão e exclusão	31
3.6 Coleta de dados.....	31
Aspectos éticos e legais.....	32
Análise dos dados.....	32
4. RESULTADOS E ANÁLISE.....	33
4.1 O abandono ao serviço.....	33
4.2 Adesão ao serviço	35
4.3 Adesão ao tratamento.....	42
4.4 O perfil daqueles que abandonaram o serviço.....	49
4.5 Realizando comparação entre os grupos	61
5. CONCLUSÕES	68
REFERÊNCIAS	71
ANEXOS.....	81

INTRODUÇÃO

1 – DEFININDO O PROBLEMA

As doenças crônico-degenerativas são responsáveis por interferências na vida de seus portadores, tanto pelas mudanças provocadas pelas patologias, como pelas necessidades de tratamento e mudanças que são impostas ao indivíduo. Estas mudanças estão sempre associadas a alterações em hábitos e comportamentos adquiridos ao longo da existência. Sabe-se que esta é a parte da terapêutica mais complexa, pois envolve motivações diferentes e exige do profissional de saúde, bem como do próprio paciente, o reconhecimento da necessidade e a vontade (crença) de aplicar a mudança.

Pacientes portadores de doenças crônicas possuem uma necessidade de acompanhamento no processo de adesão ao tratamento e do autocuidado, pois, a manutenção da qualidade de vida do cliente dependerá dos medicamentos e, principalmente, de mudanças em seus hábitos de vida e de comportamentos adquiridos.

Pierin, Strelec e Junior (2004) definem a adesão como um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica. Referem ainda que o desafio da adesão ao tratamento é tarefa que exige o envolvimento e participação do paciente, e profissional de saúde.

A adesão pode também ser denominada de aderência ou observância e está relacionada com o comportamento do paciente em relação às orientações recebidas. Este termo define três aspectos do comportamento em relação às consultas: comparecimento às consultas, tomada correta de medicações e seguimento das orientações em saúde sobre sua alimentação, atividade física, e outras alterações de hábitos de vida que possam agravar seu quadro clínico (GIORGI, 1989).

Widman; Ladner e Lottemberg (2002) referem que o tratamento adequado está centrado na adesão ao tratamento e este inclui não só medicamento, mas mudança do estilo de vida. Esta mudança requer atuação de uma equipe multidisciplinar, pois são também múltiplos os objetivos a serem alcançados.

A aderência é um modelo alternativo no qual é centrada a decisão no paciente, sendo este a parte ativa, determinante e definitiva do tratamento. O termo aderência é um meio para se alcançar um fim, uma abordagem para manutenção ou melhora da saúde, buscando com isto diminuição dos sinais e sintomas de uma doença (MILLER, e outros. 1997 apud JARDIM, 1998; PILLOTO e ABGNANI, 2004).

Adesão é expressa pela palavra *compliance*, na língua inglesa e pela palavra aderência na língua portuguesa, significando unir, grudar, juntar (FUCHS, CASTRO e FUCHS, 2004).

Compliance é o acompanhamento da medicação administrada de acordo com a conduta prescrita. Observou-se que a adesão aumenta à medida que reduzem os números de doses diárias. Pacientes com uma dose diária de medicação obtiveram 79% de adesão; já naqueles com três doses diárias a adesão permaneceu em 38%. Ressalta-se ainda a preocupação para o surgimento das complicações nos pacientes que não aderiram ao tratamento (PAES; BAKNER e SOE-AGNIE, 1997).

A cooperação do paciente no tratamento depende do acerto de prognóstico, de orientações firmes do profissional de saúde e principalmente da atenção que recebe. A confiança do paciente na equipe multiprofissional e no tratamento será adquirida no decorrer das consultas (PAULO & ZANINI 1997)

Na relação médico-paciente a interação entre os seres humanos está na atenção plena e integral, sendo uma história clínica cuidadosamente tomada e o acompanhamento do paciente e familiares na primeira consulta, no aperto de mão e troca de olhares proporcionam uma obtenção de resultados positivos na adesão (DANTAS, 2003).

1.1 - População doente e sua adesão ao tratamento

A doença crônica em um indivíduo transforma totalmente seu comportamento e hábito de vida, influenciando seus costumes alimentares, suas atividades físicas além de modificar sua auto-imagem, seu relacionamento familiar, social e no local de trabalho (NOBRE; PIERIN; MION 2001).

O diagnóstico de uma doença crônica degenerativa leva o paciente e a família a momentos de reflexão, pois sabem, a partir das informações dos profissionais de saúde, que deverão modificar seus hábitos de vida.

Em se tratando de DM II, compreendemos ser mais difícil esta modificação principalmente em relação aos hábitos alimentares, visto que seu surgimento é geralmente após 30 anos, período este onde o paciente já experimentou todos os tipos de alimentos e pode possuir preferências por doces, massas, refrigerantes, gorduras entre outros alimentos, que devem ser usados restritamente ou evitados nesta nova fase de vida.

A família possui um importante papel no processo de aceitação dos novos hábitos. Às vezes a família necessita praticar atividade física juntamente com o paciente para incentivá-lo neste hábito.

Através de uma interação entre profissional, paciente portador de DM II e familiares com incentivos à prática da atividade física consegue-se uma adesão maior do paciente. O paciente diabético que possui apoio adequado de familiares e amigos adere melhor às condutas de autocuidado (PACE; NUNES; OCHOA-VIGO 2003; FECHIO e MALERBI 2004; DANTAS, 2003).

Atividades de interação entre os pacientes com DM I, buscando a reflexão para a necessidade de adesão ao tratamento, refletiram em resultados positivos, onde os pacientes, juntamente com os pais, reduziram as ansiedades, medos, melhorando a qualidade de vida. (MAIA e ARAÚJO 2002)

A forma como a população percebe a doença pode ser determinante do seu comportamento de cuidado com a saúde, definindo como deverá ser feita sua assistência, e sua concepção em relação às medidas de minimização dos sintomas (SOUSA, 1999).

Os fatores psicossociais também interferem na adesão ao tratamento no contexto das doenças crônicas tais como a auto estima, automotivação, mudanças no estilo de vida (PIERIN, STRELEC E JUNIOR, 2004).

A adesão aos novos hábitos de vida necessários para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos com doenças crônico-degenerativas depende, na maioria das vezes da percepção e motivação do paciente em relação ao seu novo comportamento.

Santos e outros (2005) referem que a adesão do paciente ao seu tratamento só será possível se ele participar efetivamente dele, através das informações e treinamentos juntamente aos profissionais de saúde.

A saúde como um direito do indivíduo é resultante de vários fatores dentro da sociedade tais como: ambiente, capacidade de mobilização, decisão individual,

familiares, e comunitária em relação a adoção de estilo de vida e utilização de práticas que visem à diminuição dos riscos com o objetivo de preservar e proteger a saúde (LESCURA e MAMEDE, 1990).

O comportamento humano possui um papel importante no entendimento e planejamento compreensivo dos programas de saúde, para incentivar o comportamento preventivo de qualquer doença. A motivação é uma conduta necessária para a ação, como também vai determinar a forma de percepção do meio ambiente. Por outro lado a mudança de comportamento pode existir mesmo na ausência deste agente motivador, caso esteja presente a ação do trabalhador em saúde (LESCURA e MAMEDE, 1990).

O Modelo de Crenças em Saúde (MCS) desenvolvido na década de 50 sugere que o comportamento de saúde do paciente é determinado por sua percepção da susceptibilidade à doença, sua severidade, e a necessidade de escolher uma ação específica que lhe traga benefícios. O comportamento em saúde é qualquer atividade empreendida por uma pessoa que acredita ser saudável, com o objetivo de prevenir doenças ou detectá-las em estágios assintomáticos. Sendo estes comportamentos realizados com a finalidade de manterem ou recuperarem a saúde (ROSENSTOCK 1974a; GIORGI, 1989; MELO, 2005; MOURA, 2004, BREVIDELLI, CIANCIARULLO, 2001).

Melo (2005) relata que o comportamento em saúde implica em escolhas, das quais aspectos dificultadores ou impeditivos podem gerar uma modalidade da ação, como a compreensão de que determinada ação seja inconveniente, e desconfortável trazendo assim, custos de diversas ordens. Considera ainda que as pessoas tendem a se comportar de modo a obter recompensa ou evitar punições.

O Modelo de Crenças em Saúde se baseia no fato que toda conduta é motivada. A partir desta afirmativa, tenta-se entender e controlar o comportamento humano de maneira que possa identificar suas motivações sobre uma realidade. Esta motivação/ação varia de indivíduo para indivíduo. Além das crenças em saúde, as características de personalidade e o *status* social são importantes fatores que tem implicações nas tomadas de ação preventiva (LESCURA e MAMEDE, 1990; OLIVEIRA, 2004; MELO, 2005).

Neste modelo existem duas variáveis: a motivação em saúde (saúde em si ou a ameaça), e as que são as crenças de cada indivíduo e que uma pessoa somente será motivada a tomar decisões preventivas, em ações de saúde, quando acreditar

realmente na sua suscetibilidade em contrair um dano, como também nas consequências sérias que poderão advir de tal ocorrência, e que a ação tomada reduzirá a ameaça (LESCURA e MAMEDE, 1990).

A busca do entendimento da percepção que o indivíduo traz sobre a doença e as formas como isso pode motivar suas ações e comportamento são necessárias para se ter sucesso no tratamento da doença (SOUSA, 1999).

Para Dantas (2003) a compreensão dos pacientes sobre a doença é verificada através das expressões de suas emoções e pensamentos sobre as orientações médicas. Relata que somente após o esclarecimento destas informações é que o paciente conseguirá uma motivação para aderir ao tratamento.

Lescura e Mamede, (1990) referem ainda que algumas motivações surgem, não através de condutas próprias, ou de familiares, mas sim de profissionais de saúde que estimulam a mudança de comportamento para melhoria da qualidade de vida, estimulando o auto cuidado.

São considerados alguns tipos de adesão, sendo necessário compreender seus significados para melhor atuação junto ao paciente:

Adesão ao serviço: é quando o paciente frequenta o serviço, nas datas marcadas, é assíduo às consultas.

Adesão ao tratamento instituído: o paciente acata e executa todas as orientações dadas pelos profissionais de saúde, incluindo medidas farmacológicas ou não.

Para Jardim (1998), o desafio da adesão ao tratamento é uma tarefa que exige a participação e comprometimento de todos: dos pacientes, que devem ser os maiores interessados em sua própria saúde e participar ativamente de seu tratamento; dos profissionais de saúde que estão diretamente ligados aos pacientes e são os responsáveis diretos pela instituição das medidas terapêuticas; dos serviços de saúde que devem estar bem estruturados permitindo um atendimento adequado.

A adesão ao tratamento relaciona-se a uma série de fatores, com influência do meio ambiente, profissionais de saúde e de cuidados de assistência médica. Os fatores determinantes para a adesão são: paciente, aspecto psicossocial, doença, hábitos de vida e aspectos culturais, tratamento, instituição, relacionamento com a equipe de saúde e condições concomitantes. Devem ser levados em conta os aspectos biossociais: idade, sexo, estado civil, religião, hábito de vida, crenças em

saúde, ao se referir a adesão a tratamento (FUCHS; CASTRO, FUCHS 2004; PIERIN; GUSMÃO, CARVALHO 2004).

A tomada de decisão segundo o modelo de crenças em saúde é composta de quatro dimensões: (ROSENSTOCK 1974b),

- Susceptibilidade percebida: refere à percepção subjetiva do risco pessoal de contrair a doença;
- Severidade percebida: a gravidade ou severidade da doença, pode ser avaliada pelo grau de perturbação emocional criado ao pensar na doença ou nas conseqüências;
- Benefícios percebidos: é a crença em que uma ação específica poderá reduzir a ameaça à vida apresentando uma conseqüência positiva;
- Barreira percebida: apesar da ação para a redução da ameaça a vida, é avaliado os aspectos negativos que poderiam impedir ou estimular esta ação, tais como custos, aborrecimentos e esforços.

A adesão do paciente ao tratamento está intimamente ligada a sua satisfação. E satisfação significa: agrado, alegria e prazer (SANTOS 2002).

As pesquisas sobre fatores determinantes das taxas de adesão são importantes para a definição de estratégias que visem a sua melhoria.

Existem diversos modelos para o entendimento da conduta de saúde dos pacientes (GIORGI 1989):

- Modelo Estrutural: a adesão está relacionada às características do paciente, da doença e do seu meio social e cultural. Este modelo identifica os grupos de indivíduos com maior tendência ao abandono ou à não observância ao tratamento medicamentoso, devido trabalhar as características do paciente, doença e meio sócio cultural.
- Modelo de Barreiras Situacionais: a adesão está relacionada a ausência de sintomas, tempo dispensado para consulta, duração e regime terapêutico, relação médico-paciente.
- Modelos Educacionais: a teoria do estudo de adesão considera relevante o conhecimento, pelo paciente, de sua doença e da terapêutica usada para a determinação do seu comportamento de saúde.

Segundo Vasconcelos e outros (2000), e de acordo com o modelo educacional, os profissionais de saúde devem estimular a participação mais ativa do

paciente no seu tratamento diário. Torna-se necessário o desenvolvimento de atividades de ensino ou práticas educativas de saúde dirigidas ao paciente e família que conscientize da importância da mudança de comportamentos e atitudes a fim de conquistar auto-estima, vontade de aprender, controlar a doença, proporcionando uma convivência mais feliz no seio familiar e no contexto social.

Para Pace e outros (2002), um fator que dificulta a adesão ao tratamento da Diabetes *Mellitus* tipo 2 é a dificuldade de acesso às informações e menores oportunidades de aprendizado para o auto cuidado.

A educação para os pacientes portadores de DM constituem um ponto fundamental no tratamento. Por meio da educação para o autocuidado é possível que o paciente consiga alcançar um melhor estado de saúde e bem estar. Já foram observadas alterações glicêmicas e nos hábitos de vida após um programa de educação para o autocuidado com pacientes diabéticas grávidas (GUERRA e outros, 2005)

1.2 - Pontuando a não adesão do paciente ao tratamento instituído

Na nossa vivência de profissionais de saúde preocupados com a motivação do paciente para a adesão ao tratamento utilizamos com maior frequência a educação não formal ou extra escolar para aplicar as técnicas de educação em saúde. Apesar destas atividades para estimular a adesão ao tratamento, muitos são os pacientes que não aderem a esta nova forma de vida.

Os profissionais de saúde e as associações de portadores de diabetes dispõem e utilizam de uma variedade de recursos técnicos como estratégia para desenvolver a educação em saúde, ressaltando a necessidade de associar estes recursos com o fato de estimular o indivíduo a estabelecer relações de reciprocidade (REGO 2004).

De acordo com Pierin, Strelec e Jr. (2004) a não adesão é um impedimento ao alcance dos objetivos terapêuticos e pode constituir-se de uma fonte de frustração para os profissionais de saúde.

A não adesão do cliente ao tratamento tem constituído um grande desafio para os profissionais de saúde, além de ter sido também responsável pelo absenteísmo no trabalho, licenças para tratamento de saúde e aposentadoria por invalidez (SANTOS, 2005; FECHIO; MALERBI, 2004).

Segundo Pinho e PENNA (2002) a não adesão está relacionada à maneira que o profissional de saúde aborda as proibições para com o paciente. Relata que algumas vezes o sujeito diabético passivamente aceita as orientações prescritas pelos profissionais de saúde e impostas pela doença; mas não as obedece dando-se o direito de viver com mais prazer, sem limitações.

Esta situação nos mostra que a abordagem entre profissional e paciente está inadequada (muito prescritiva).

O profissional de saúde deveria assumir a função de educador em saúde e acompanhar o conhecimento e comportamento do indivíduo em relação a doença com a finalidade de reduzir a não adesão (SANTOS, 2005)

Outras formas de não adesão ao tratamento, para Jardim (1998) são aquelas que, em última análise, fazem com que o paciente não cumpra as determinações médicas. Incluem o não comparecimento regular às consultas agendadas; o uso inadequado de medicamento; a falta de adoção de hábitos de vida saudável.

O abandono ao tratamento é considerado o extremo da não adesão a uma terapêutica (JARDIM, 1998).

A “menor aderência” ao tratamento de pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas se dá devido ao fato das doenças, em seu início, serem na maioria das vezes assintomáticas. Acredita que a não adesão está basicamente relacionada ao fato do paciente não se sentir doente, não vendo a necessidade de uso de medicação ou mudança de comportamento. (SALA e outros. 1993).

Os possíveis fatores que interferem na adesão ao tratamento estão relacionados à falta de motivação, não entendimento do tratamento, problemas de comunicação, falta de percepção acerca da seriedade da doença, falta de apoio familiar e suporte social, dentre outros.

A estrutura organizacional de assistência à saúde, as políticas institucionais e administrativas, as atividades de educação permanente e o número reduzido de profissionais, são fatores que também podem estar relacionados à baixa adesão (MELO, 2005).

1.3 - Estimulando a adesão

Como profissionais de saúde devemos compreender que a não adesão pode estar relacionada à não freqüentar os serviços (consultas), considerando assim abandono ao serviço ou, estar relacionada à não aderir às orientações levando o paciente ao abandono do tratamento. Cabe aos profissionais de saúde compreender, diferenciar e atuar nestas situações.

Durante nossa vivência e atuação na Clínica Médica do Hospital das Clínicas/UFG por doze anos, observamos que a maioria dos pacientes sob tratamento de doenças crônicas degenerativas nesta instituição, apesar de toda a orientação sobre sua patologia, sempre retorna à unidade com complicações de sua doença, causada principalmente pelo não cumprimento das orientações realizadas pela equipe multidisciplinar.

Destes pacientes, o portador de Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM II) na maioria das vezes, retorna com taxas glicêmicas acima dos valores normais instituídos pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), devido ao não cumprimento das orientações realizadas pelos profissionais da saúde sobre seus novos hábitos de vida.

Os profissionais de saúde contam com uma eficiente ferramenta para auxiliar os indivíduos nesta situação. A educação em saúde que compõe um conjunto de atividades que tem por função mudar comportamentos, crenças e atitudes prejudiciais à saúde (RAMOS; MELO; SOARES, 1989).

Rego (2004) descreve que a educação para a saúde se apresenta como opção para intervenção, proporcionando ao enfermeiro oportunidade para compartilhar com os pacientes conhecimentos que os levem a sentir uma responsabilidade no auto cuidado.

Observamos que dentro da complexidade das patologias, uma das formas de tratamento ou mesmo redução e prevenção das complicações são as condutas dos próprios pacientes em relação ao autocuidado tais como: dietas, lazer, repouso, utilização de medicamentos e alterações dos hábitos de vida.

As doenças crônico-degenerativas são exemplos claros da necessidade da educação em saúde para a adesão ao tratamento e o autocuidado, pois, a manutenção da qualidade de vida do cliente dependerá das medicações e,

principalmente, de mudanças em seu hábito de vida e de comportamentos adquiridos.

A equipe multidisciplinar geralmente é formada por enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, assistente social, fisioterapeutas dentre outros profissionais. Esta equipe possui um papel importante na adesão do paciente ao tratamento, visto que cada profissional participante da equipe utiliza seus conhecimentos específicos na ação educativa, abordando de formas diferentes o mesmo assunto, mas utilizando uma linguagem única e acessível. Dessa forma tem a possibilidade de envolver o paciente de uma forma mais completa, levando a resultados mais rápidos e definitivos, facilitando assim a adesão (JARDIM,1998).

Nossa preocupação está voltada para a mudança de hábito de vida e a adesão ao tratamento dos pacientes DM II.

Talvez a dificuldade de adesão ao tratamento esteja relacionada aos estágios da doença, onde na primeira etapa ainda não ocorrem manifestações de sinais e sintomas mais complexos. E pode também estar voltada para as dificuldades de atuação dos programas de prevenção de diabetes devido a não adesão do paciente ao tratamento, fechando assim um ciclo de difícil ruptura.

Para aderir ao tratamento é necessário que o portador da doença tenha capacidade de modificar o seu estilo de vida passado, por adesão ao serviço de saúde e, posteriormente, ao tratamento.

Diante da repercussão da doença sobre a qualidade de vida dos pacientes questiona-se qual a adesão do paciente diabético ao serviço de saúde? Será que todo paciente aderente ao serviço também apresenta adesão ao tratamento? A adesão de pacientes portadores de DM II ao tratamento é um desafio para os profissionais de saúde .

Esperamos que ao responder às inquietações aqui levantadas por nós, estaremos proporcionando ao profissional de saúde, subsídios para uma reflexão sobre sua atuação como educadores e estimulá-lo a buscar novas metodologias a serem utilizadas na educação em saúde para uma melhor adesão do paciente ao tratamento das doenças crônica degenerativa.

Acreditamos que ao refletir e modificar as ações de educação em saúde os profissionais favorecerão aos pacientes e seus familiares uma melhor oportunidade de compreensão sobre a doença, estimulando e motivando-os para o aumento da adesão ao tratamento.

1.4 - Objetivos

Objetivo Geral

Avaliar a adesão dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM II) ao tratamento no ambulatório do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

Objetivos Específicos

- Caracterizar os pacientes segundo critérios de adesão ao serviço;
- Identificar nos pacientes que aderiram ao serviço a adesão ao tratamento;
- Identificar a taxa de abandono ao tratamento DM II ;
- Descrever os grupos (aderentes e não aderentes) de acordo com as variáveis sócio demográficas e variáveis específicas;
- Comparar os grupos (aderentes e não aderente) conforme as variáveis sócio demográficas.

2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 - O Diabetes *Mellitus*

Diabetes *Mellitus* (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2003).

É uma doença com critérios diagnósticos bem definidos, porém de manejo complexo, devido a abordagem terapêutica medicamentosa associada a mudança de hábitos de vida dos pacientes (ASSUNÇÃO; SANTOS E COSTA 2002).

A classificação atual do Diabetes, de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes SBD (2003) baseia-se na etiologia da doença, eliminando assim os termos “diabetes *Mellitus* insulino dependente-IDDM” e “não insulino dependente-NIDDM” que era definição relacionando com a dependência da insulina.

A classificação do Diabetes *Mellitus* é indicada da seguinte forma:

- Diabetes *Mellitus* Tipo 1 (DM I): Destruição das células beta pancreáticas, geralmente ocasionando deficiência absoluta de insulina, de natureza auto-imune ou idiopática.
- Diabetes *Mellitus* Tipo 2: (DM II) Varia de uma predominância de resistência insulínica com relativa deficiência de insulina a um defeito predominantemente secretório, com ou sem resistência insulínica.
- Diabetes Gestacional: Ocorre durante a gestação devido as alterações hormonais, levando a uma diminuição da tolerância à glicose.

O DM II possui uma maior frequência entre a população devido principalmente a seus fatores de risco, a forte predisposição genética e familiar e a associação com o estilo de vida e os fatores ambientais. O estresse e a obesidade são considerados fatores importantes nos índices desta doença e o aumento da produção hepática de glicose é um terceiro fator agravante (OLIVEIRA, 2004).

A maioria dos pacientes é obesa, causando uma resistência a insulina ou aumentando as gorduras na região abdominal. Este aumento de gordura intra-abdominal ou visceral é causa conhecida de insulina resistência, agregando com o passar dos tempos fatores de riscos para doença cardiovascular (OLIVEIRA, 2004).

A hiperglicemia geralmente se desenvolve de forma gradua l, não sendo suficiente no início da doença para promover o aparecimento dos sintomas. Assim, o paciente permanece assintomático por vários anos até o desenvolvimento das complicações.

Miyar (2003) cita o estudo United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS), que analisou a interferência do controle rigoroso da hiperglicemia e da hipertensão arterial na redução das complicações do DM e a mortalidade Observou-se neste estudo que, após o aparecimento do DM, há uma piora progressiva e inexorável do controle glicêmico, independente do emprego de agentes anti-hiperglicêmico; necessitando uma adesão do paciente ao tratamento referente, principalmente, a mudança no estilo de vida durante todo o acompanhamento do paciente. Verificou-se que com um bom controle metabólico e uma redução dos níveis de pressão arterial pode reduzir os riscos de complicações microvilares.

O DCCT e o UKPDS demonstraram que um intenso controle de glicemia dos pacientes com diabetes tipo 1 e tipo 2 reduz significativamente o risco de retinopatia, nefropatia e neuropatia . (CLARK JR, 2001)

2.2 - A distribuição da doença no mundo

O Diabetes *Mellitus* (DM) é um problema de saúde pública prevalente, oneroso do ponto de vista social e econômico, com potencial reconhecido para prevenção No Brasil está previsto aumento na prevalência de 170% no período de 1995 a 2025. Mesmo em países desenvolvidos, com os avanços científicos e o acesso fácil ao cuidado de saúde, a prevalência do DM também está aumentando (MATHIAS; JORGE, 2004; GEORG e outros. 2005; ARAUJO e outros. 1999).

O DM representa um importante indicador socioeconômico e consitui a quarta causa de morte na maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. (BRASIL, 2002). O DM nos Estados Unidos da América é a primeira causa de amaurose (perda da visão) em pessoas com mais de 24 anos além de ser responsável por cerca de 30 % dos pacientes que se encontram em diálise peritoneal, hemodiálise e em programas de transplantes. (SMELTZER; BARE 2002).

“Diabetes Mellitus é um importante problema de saúde pública uma vez que é freqüente, está associado a complicações que comprometem a produtividade, qualidade de vida e sobrevida dos indivíduos, além de envolver altos custos no seu tratamento e das suas complicações” (SBD, 2003).

No México o DM tem ocupando o terceiro lugar como principal causa de mortalidade, e no grupo entre 55 e 64 anos é considerado a principal causa de morte (MIYAR, 2003). O DM tem seu início silencioso, quase sempre assintomático, proporcionando o aparecimento de complicações a longo prazo.

“Os diabéticos representam cerca de 26% dos pacientes que ingressam em programas de diálise, são as principais causas de amputação de membros inferiores e cegueira adquirida, além de representarem cerca de 30% dos pacientes que internam em unidade coronariana e ser a sexta causa mais freqüente de internação hospitalar”(SBD,2003).

O DM é problema de saúde pública em todos os países independente de seu grau de desenvolvimento (FRANCO, 2004). Esta prevalência, especialmente o DM II está aumentando de forma exponencial, adquirindo características epidêmicas em vários países.

Esta prevalência é de difícil identificação em grandes populações, em razão da metodologia de investigação que teria que ser adotada. Já o DM tipo I pode ser melhor identificado pela manifestação dos sintomas logo no início da doença.

Quadro 01 - Estimativas mundiais e projeções de número de Indivíduos com Diabetes, em milhões, para o período 1994, 2000 e 2010.

Tipo// ano	1994	2000	2010
D.M. tipo 1	11	18	23
D.M.tipo 2	99	157	216
Total	110	175	239

Fonte: MacCart, Zimmet,1994

Para o ano de 2025 as projeções indicam que o número de indivíduos com diabetes chegará próximo de 300 milhões, em 75% dos países em desenvolvimento. Com aumento em todas as faixas etárias, principalmente entre 45 e 65 anos que triplicará. Nos países desenvolvidos, o aumento será dos indivíduos com faixa etária avançada devido ao aumento da expectativa de vida e crescimento populacional. É estimado um aumento em 165% no número de diabéticos nos Estados Unidos, passando de 4,0% de prevalência para 7,2%. (BOYLE, 2001, FRANCO, 2004).

Um maior número de internações, em razão de suas complicações, acarretando mais cuidados médicos e maior ônus social é o grande desafio que esta doença apresenta principalmente em países em desenvolvimento (FRANCO, 2004).

O estudo multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes no Brasil, realizado entre os anos de 1987 e 1989 em nove capitais, com uma população de 30 a 69 anos foi um marco no estudo e dimensionamento do DM no país. Este estudo identificou que o DM é um problema de saúde pública em nosso país, demonstrando uma prevalência de 7,6% nesta população e um alto grau de desconhecimento da doença, onde 46,5% dos diagnosticados desconheciam o fato de ser portador de diabetes (MALERBI,1992).

Este estudo ainda refere uma semelhança da presença da doença entre a população branca (7,8%) com a população não branca (7,3%), além de identificar a prevalência de 0,1% em grupos abaixo de 30 anos e 11,6% nos grupos acima de 70 anos. Resultados estes também discutidos por outros autores: C SBD, 2003; BOYLE e outros. 2001; FRANCO, 2004, BRASIL, 2002.

Franco (2004) ressalta que os valores de prevalência encontrados são comparáveis a países desenvolvidos. Identificou que 10,3% dos pacientes possuíam obesidade, 12,5% apresentavam história familiar de DM, 7,5% eram da cor branca,

e 7,4% possuíam valores semelhantes para a presença de DM em mulheres e homens.

Torquato e outros (2003), num estudo de prevalência de diabetes na cidade de Ribeirão Preto, identificaram que homens e mulheres possuíam frequências semelhantes de diabetes (12% homens e 12,1% mulheres), observando também que indivíduos obesos e com história familiar de diabetes apresentam maior prevalência de diabetes.

O DM e a Hipertensão Arterial são consideradas os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovascular, principalmente o infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência renal, motivo pelo qual representam agravos de saúde pública (BRASIL, 2002).

No Brasil a prevalência da H.A. é estimada em cerca de 20% da população adulta e forte relação com casos de AVE e 60% dos casos de doenças isquêmicas do coração. Para o DM um fator importante no diagnóstico é a busca de antecedentes familiares com IAM e AVE (BRASIL 2002).

Franco (2004), refere que o DM está associado a uma maior taxa de hospitalização, maior incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, além de cegueira, insuficiência renal e amputação não traumática de membros inferiores.

O DM é considerado a sexta causa de hospitalização, principalmente devido a suas complicações graves (hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, infecções). A maioria dos óbitos são pelas complicações ou pela idade avançada, não mencionando o DM na declaração de óbito, dificultando assim uma identificação real dessa prevalência (FRANCO, 2004; MATHIAS & JORGE, 2004).

2.3 – Como a doença acontece

O DM é considerado um grupo de desordens metabólicas que apresenta uma característica em comum, a hiperglicemia. A hiperglicemia no diabético é causada pelo defeito na secreção de insulina, na sua ação ou nas duas situações, podendo levar a danos secundários em vários órgãos, especialmente nos rins, olhos, nervos e vasos sanguíneos (MAITRA e ABBAS, 2005).

A insulina possui como principal função metabólica o aumento do transporte de glicose para determinadas células no corpo. Após uma refeição rica em carboidratos, a glicose é absorvida para o sangue causando rápida secreção de insulina, que causa rápida captação, armazenamento e utilização da glicose por quase todos os tecidos do corpo, principalmente pelos músculos, tecido adiposo e fígado. É histórico associar a insulina com o açúcar no sangue, devido ao efeito deste hormônio sobre o mecanismo dos carboidratos. (GUYTON e HALL, 2002).

O controle da concentração da glicose é importante, pois este nutriente é o único que normalmente pode ser utilizado pelo cérebro, pela retina, pelo epitélio germinativo das gônadas para suprir, como energia necessária, para funcionar. É também importante o controle da glicose no sangue para evitar lesões em vários tecidos, sobretudo nos vasos sanguíneos levando a problemas como diabetes *Mellitus*, cardiopatias, insuficiência renal, ou mesmo acidente vascular cerebral (GUYTON E HALL 2002).

Os principais tipos de DM, possuem mecanismos patogênicos diferentes, mas a hiperglicemia e as complicações a longo prazo nos rins, olhos, nervos e vasos sanguíneos e as principais causas de morbidade e mortalidade são as mesmas.

No DM tipo 1 ocorre uma falta acentuada de insulina causada pela destruição imunológica das células β , esta destruição é desencadeada por vários mecanismos imunológicos que atuam em conjunto. Os fatores que predisõem a auto-imunidade (susceptibilidade genética e fatores ambientais) também são relevantes no surgimento desta patologia (MAITRA E ABBAS 2005)

2.4 - Diagnosticando o Diabetes Mellitus

O DM é uma doença com critérios diagnósticos bem definidos e realizado através de exames laboratoriais, história familiar, presença de sinais e sintomas, obesidade e doenças associadas.

O Consenso da SDB (2003) recomenda rastreamento em grupos seletivos para diagnóstico precoce com as seguintes características:

- Sinais e sintomas: poliúria, nictúria, polidipsia, polifagia, emagrecimento rápido, fraqueza, diminuição da acuidade visual, sinais e sintomas de complicações.
- Indivíduos com 45 anos de idade ou mais
- Indivíduos com história de diabetes gestacional prévia, obesidade, história familiar, sedentarismo, doenças coronarianas, hipertensão arterial:

Quadro 02 - Diagnóstico de Diabetes segundo a OMS

Categoria	Jejum *	2 horas após 75g glicose	Casual **
Glicemia de Jejum	>110 e <126	<140 (se realizada)	
Tolerância a Glicose diminuída	<126	≥ 140 e <200	
Diabetes <i>Mellitus</i>	≥ 126	>200	≥200 com sintomas clássicos***

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2003.

- * O jejum é definido como a falta de ingestão calórica de no mínimo 8 horas.
- ** Glicemia plasmática casual é definida como aquela realizada a qualquer hora do dia, sem observar o intervalo da última refeição.
- *** Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia e perda inexplicável de peso.

O diagnóstico sempre deve ser confirmado utilizando um dos critérios acima, a menos que a hiperglicemia e outros sintomas sejam óbvios. Pela sua praticidade, a medida da glicose plasmática em jejum é o procedimento básico empregado para fazer o diagnóstico de DM, sendo necessário realizar a confirmação do teste em outro dia, a menos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM (SBD,2003).

Manifestações Clínicas:

As manifestações clínicas variam entre os pacientes, alguns podem permanecer assintomáticos durante meses e anos, sendo diagnosticados em

exames de rotina ou quando surgem as complicações: neuropatias periféricas, oftalmopatia, gangrena, impotência sexual ou evento cardio/cerebrovascular.

As principais manifestações clínicas ocorrem relacionadas a algumas alterações orgânicas (OLIVEIRA, 2004):

a) Relacionadas ao déficit de insulina:

- Poliúria: aumento da diurese com perda de glicose, água livre e eletrólito devido a hiperglicemia. É uma das manifestações mais precoce do diabetes.
- Polidipsia: causada pelo estímulo ao centro da sede provocado pela desidratação hipertônica, que é consequência da poliúria.
- Polifagia: causada provavelmente por distúrbio regulador do centro hipotalâmico de fome e saciedade, que são sensíveis à ação da insulina.
- Emagrecimento: a perda de peso a despeito da polifagia reflete o grave estado catabólico.
- Fraqueza: é uma queixa muito comum dos pacientes que apresentam a incapacidade de realizar suas tarefas habituais devido ao cansaço fácil.
- Parestesia: ocorre uma sensação de dormência, formigamento e prurido nas extremidades.
- Distúrbios visuais: turvação visual e diminuição da acuidade visual
- Distúrbios do aparelho genitourinário; prurido vulvar e sintomas de vaginite são as queixas das mulheres diabéticas.

b) Associadas à resistência insulínica:

- Obesidade central: a gordura corporal é centrada na parte superior do corpo.
- Acanthose Nigricans: lesão aveludada com hiperkeratose e hiperpigmentação da epiderme encontradas geralmente na região cervical, dobras axilares e inguinais.
- Disfunção ovariana: oligomenorréia e amenorréia.

c) Decorrentes das complicações agudas do diabetes *Mellitus*:

- Cetoacidose diabética: paciente apresenta poliúria, polidipsia, perda de peso, vômito, dor abdominal, desidratação, alteração do nível de consciência (do torpor ao coma), dentre outros sintomas.

- Estado não cetótico-hiperosmolar: início insidioso, poliúria, perda de peso, polidipsia. Alguns pacientes podem apresentar crise convulsiva, febre e sintomas gastrointestinais.

d) Decorrentes das complicações crônicas do diabetes *Mellitus* são:

- Manifestações oculares: redução da acuidade visual devido a cataratas, glaucoma ou retinopatia com descolamento de retina.
- Neuropatias diabéticas: ocorre com maior frequência a polineuropatia simétrica distal, atingindo os membros superiores e inferiores. Também pode ocorrer disfunção erétil, sudorese intensa nos pés e perda da percepção dolorosa.
- Nefropatia diabética: infecção urinária, cólica renal, hematúria, entre outros.
- Macroangiopatia diabética atinge a circulação coronariana levando a infarto, angina e a circulação cerebral levando ao acidente vascular cerebral.
- Doença periodontal diabética: uma das complicações mais frequentes, gengivas dilatadas e vermelhas com sangramento fácil.

e) Manifestações muco- cutâneas do diabetes *Mellitus*:

- Candidíase: são infecções que atingem a mucosa oral e mucosa vaginal
- Dermatofitose: lesões eritematosas, ulceradas, pruriginosas cobertas com crostas macerada, frequentes no pé do diabético.
- Hemocromatose: pigmentação da pele acastanhada com presença de pele mais lisa e brilhante.
- Vitiligo: presença de máculas ao redor da boca, narinas, axilas, cotovelo que podem aumentar progressivamente.
- Bulose diabética; formação de bolhas indolores, não hemorrágicas nos pés.

2.5 – Tratando o Diabetes *Mellitus*

A abordagem preventiva na população deve promover intervenções abrangendo as múltiplas anormalidades metabólicas relacionadas ao DM (hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia, hiperglicemia dentre outros).

Lembramos ainda que, nesta abordagem, deve-se também dar ênfase na alimentação e à prática de atividade física, como pontos importantes na prevenção e tratamento do DM (OLIVEIRA, 2004).

O tratamento do DM II envolve várias etapas, sendo necessário a atuação do profissional de saúde, família e paciente para que ocorra uma adesão ao tratamento em todas as etapas: redução dos níveis glicêmicos, implantação das medidas medicamentosas ou não. No tratamento do DM é necessário associar um tratamento concomitante de fatores de riscos. Para redução de mortalidade o paciente deve ser estimulado continuamente a adotar hábitos saudáveis de vida (BRASIL, 2004).

A família e os amigos influenciam positivamente no tratamento do DM, através do estímulo a atividade física, dieta adequada, levando os portadores de DM a aderir melhor às condutas de auto cuidado (PACE; NUNES; OCHOA-VIGO, 2003).

O controle glicêmico do paciente diabético depende de inúmeros fatores, alguns relacionados ao paciente, outros ao serviço de saúde e ainda outros relacionados à realidade social em que o cuidado se desenvolve (ARAÚJO, 1999).

Quadro 03 - Tratamento do Diabetes *Mellitus* segundo Sociedade Brasileira de Diabetes.

Tratamento do Diabetes <i>Mellitus</i>
Medidas não medicamentosas • Plano Alimentar • Plano de atividade física • Plano de educação • Monitorização e critérios de bom controle
Medidas Medicamentosas • Medicamentos orais • Combinação terapêutica • Insulina

Fonte: Oliveira, 2004

Uma das atividades mais importantes no tratamento do diabetes é a formação de clubes de auto ajuda, onde a equipe multidisciplinar tem um papel importante na detecção, captação e orientação dos pacientes diabéticos (MIYAR 2003).

A primeira etapa a ser vencida no tratamento é manter um nível glicêmico dentro da normalidade, sem alterar drasticamente os padrões usuais de atividade dos pacientes (OLIVEIRA, 2004).

A Sociedade Brasileira de Diabetes definiu que o paciente portador de DM deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos de vida saudáveis: manutenção de peso adequado, educação alimentar, prática regular de exercício, suspensão do fumo e baixo consumo de bebida alcoólica. A mudança no estilo de vida é difícil de ser obtida, mas pode ocorrer se houver uma estimulação constante ao longo do acompanhamento, não apenas na primeira consulta, mas sim em todo seu tratamento.

Quadro 04- Metas da Sociedade Brasileira de Diabetes para serem alcançadas por pacientes diabéticos.

Bioquímica	Valor de normalidade
Glicose plasmática (mg/dl)	
Jejum	110
2 horas pós prandial	140
Glico –Hemoglobina (%)	Limite superior do método
Colesterol (mg/dl)	
Total	<200
HDL	>45
LDL	<100
Triglicérides (mg/dl)	<150
Índice de Massa Corpórea (Kg/m ²)	20 – 25
Pressão arterial mm/Hg	
Sistólica	<135
Diastólica	<80

Fonte: Oliveira, 2004

As metas do tratamento do DM devem ser apresentadas de maneira realista, individualizada e baseadas em evidências científicas. O controle glicêmico está diretamente relacionado ao risco de desenvolver complicações crônicas do diabetes. ZAJDENVERG (2004),

Indivíduos submetidos a diferentes terapias: dieta, medicações orais e insulina e posteriormente avaliados quanto aos índices glicêmicos e os riscos de

complicações, demonstraram redução das complicações microvasculares em 25%, e as complicações do infarto agudo do miocárdio em 18%

Para Rego (2004), as ações educativas de enfermagem direcionadas aos pacientes, à sua família ou comunidade, representam uma relevante contribuição para os portadores de DM II nos cuidados específicos para manter uma segurança física, emocional e social.

A monitorização do controle de glicose no organismo (sangue, urina) é de fundamental importância no tratamento do DM, principalmente associadas a ações educativas. Quando o paciente realiza esta monitorização da glicose, geralmente se propõe a realizar as condutas para a redução desses valores.

Para atingir o bom controle glicêmico é necessário que os pacientes realizem avaliações periódicas. O auto monitoramento do controle glicêmico é uma parte fundamental do tratamento. A medida da glicose no sangue capilar é o teste de referência. No entanto, algumas vezes, razões de ordem psicológica, econômica ou social dificultam ou impedem a realização desta técnica. Também pode ser através da medida de glicosúria, especialmente no período pós prandial, podendo representar um método alternativo do monitoramento domiciliar (SBD 2003; BRASIL, 2002).

A monitorização pode ser realizada com diferentes métodos: (ZAJDENVERG 2004):

Método de auto monitorização:

a)**Glicemia Capilar:** feito a partir de uma gota de sangue da polpa digital. É indicado para todo o pacientes em tratamento com insulina e nas gestações complicadas. A freqüência do exame varia de uma a quatro vezes ao dia de acordo com a utilização de insulina. Este exame para o paciente com DM tipo 2 pode ser um grande auxílio quando ocorre a descompensação e/ou ajuste de esquema terapêutico e análise da glicemia pós-prandial.

b)**Glicosúria:** Colhe-se uma amostra de urina e faz-se análise com agentes redutores. Este método tem sido pouco utilizado devido a maior utilização da glicemia capilar.

c)**Cetonúria:** Colhe-se uma amostra da urina para verificação de corpos cetônicos urinário para identificar o risco de cetoacidoses diabética.

Métodos Laboratoriais de Avaliação do controle do DM a médio e longo prazo.

a) **Glicemia de Jejum:** É realizada após um jejum de, pelo menos, 8 horas. Deve ser feito periodicamente para observar pontualmente a glicemia. Os valores de normalidade devem estar abaixo de 110mg/dl.

b) **Hemoglobina Glicada (HBA 1c):** A dosagem de hemoglobina glicada no sangue reflete o controle glicêmico do indivíduo diabético durante o período de 6 a 8 semanas anteriores a realização do exame. Quando a glicemia está elevada, as moléculas de glicose se fixam à hemoglobina nos eritrócitos por aproximadamente 120 dias. Este valor deve manter abaixo de 7%, significando que as orientações do tratamento foram cumpridas e os riscos de complicações estão diminuídos no DM. Deve ser realizada a cada três meses, fornecendo um parâmetro de análise do controle glicêmico do paciente além de permitir verificar as respostas às mudanças de tratamento (REGO, 2004; ZAJDENVERG, 2004; CAMARGO; CROSS, 2004, GOLDSTEIN, 1999).

Segundo Camargo e Cross (2004), a Associação Americana de Diabetes (ADA) recomenda que medidas terapêuticas adicionais devam ser implantadas quando os valores excedem 8,0%.

c) **Frutosamina:** mede as proteínas séricas principalmente a albumina glicada que sofrem o processo de glicação.

Estes exames devem ser realizados com objetivo de controlar os valores glicêmicos, atentando também para a existência de outros fatores de riscos para as possíveis complicações com a realização de controles de níveis de pressão arterial, lipídios plasmáticos e controle da obesidade.

Medidas não medicamentosas:

a) Plano Alimentar:

Segundo a SBD (2003), não é possível um controle metabólico sem uma alimentação adequada, sendo o objetivo geral desta orientação nutricional o auxílio ao indivíduo, na mudança de hábitos alimentares, favorecendo assim um melhor controle metabólico.

A terapia nutricional do paciente com DM II visa:

- Prevenção de problemas clínicos e metabólicos freqüentes: obesidade, hiperinsulinemia, dislipidemia e hipertensão, além das complicações cardiovasculares.
- Ser nutricionalmente adequada, recomendando a mesma dieta saudável e equilibrada que todo indivíduo deve seguir.
- Ser individualizada atendendo às necessidades de acordo com a idade, sexo, estado fisiológico, atividade física, hábitos sócio-culturais, situação econômica, etc.
- A alimentação deve ser rica em fibras, vitaminas e minerais.
- Manter constante, a cada dia, a quantidade de carboidratos ingerida, bem como sua distribuição nas diferentes refeições.

A dieta constitui um dos principais meios para o êxito do tratamento do diabético, sendo necessário em alguns momentos que a família mude os hábitos alimentares para o paciente diabético se adequar ao tratamento. Cerca de 50% das famílias de pacientes diabéticos modificam seus hábitos alimentares (PACE; NUNES E OCHOA-VIGO 2003).

Em um estudo realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, 76% dos pacientes portadores de DMII receberam orientações sobre a importância da dieta, mas somente 56,4% seguiram as recomendações. (ASSUNÇÃO; SANTOS; COSTA, 2002)

Para Nadeu e outros (2001), os profissionais de saúde possuem importância no acompanhamento da adesão do paciente à dieta com ingestão consciente de açúcar e carboidrato, melhorando assim a qualidade de vida do paciente.

b) Plano de atividade física:

A atividade física é um benefício para a saúde do indivíduo, mas estes benefícios somente serão alcançados com freqüência e regularidade (FECHIO; MALERBI, 2004).

Existem vários planos de atividade física no tratamento de diabetes. E todos eles demonstram que há impacto da atividade física no controle glicêmico, lipídios sanguíneos e níveis tensionais. Muitas vezes a taxa de glicemia é reduzida com o início da atividade física e muitos hipertensos, diabéticos tendem a controlar melhor seus níveis tensionais quando submetidos às atividades físicas (ARAÚJO,2004).

O início de um programa de exercício físico deve ser gradativo e baseado em metas individuais viáveis. A prescrição de um plano de exercícios bem feita, em conjunção com a dieta e medicações hipoglicemiantes, melhora os níveis de glicemia reduzindo a morbimortalidade da doença. Ajudam também a manter o peso corporal, reduzindo assim a necessidade de hipoglicemiantes orais e consequentemente, reduzindo o risco de complicações (ARAUJO,2004; FECHIO; MALERBI, 2004).

c) Plano de educação:

A educação é a chave mestra para melhorar a qualidade de vida do indivíduo com doenças crônicas como o DM. É um processo criativo, que exige uma equipe de profissionais trabalhando juntos, de forma coordenada contribuindo com serviços especializados no tratamento do DM. Educar um indivíduo com diabetes consiste em uma atividade dinâmica e ativa, que capacita o paciente a melhorar habilidades para o auto cuidado e o autocontrole, modificando seu estilo de vida e criando sua independência (SILVA, 2004).

O estudo de Rego (2004) relata uma diferença entre “educação **em** saúde” e “educação **para** a saúde”. O primeiro termo está relacionado ao modelo tradicional de transmissão de conhecimento, já o segundo termo se identifica com ações problematizadoras dos profissionais de saúde, incentivando o educando a participar do processo educativo.

A educação para a saúde, utilizando a concepção problematizadora com diálogo entre educador e educando, de forma humana, rompe as características da educação bancária, e deixa que o educando e o educador planejem as atividades de acordo com as necessidades, sua realidade histórica e social (REGO,2004).

Quando se monta um programa de educação em diabetes, deve se conhecer as características da população diabética que será atendida, conhecendo o nível de instrução e educação, os costumes étnicos e os hábitos sociais e de alimentação dos pacientes.

Os objetivos deste programa são vários, como assegurar que o paciente adquira capacidade de reconhecer e interpretar os sinais e sintomas do DM, acompanhar os fatores que interferem no comportamento do cliente frente à sua doença, tornar mais fácil a sua adaptação, prevenir as complicações e facilitar o relacionamento família, paciente e equipe de saúde (SILVA,2004).

O programa de educação em diabetes é realizado adaptando as necessidades, capacidades e interesses dos pacientes, família ou grupo, sendo trabalhado três níveis de educação:

- Educação Individual: realizada no momento do diagnóstico para transmitir informações para paciente e família, nos atendimentos das consultas e utilizada para fornecer informações atualizadas sobre a doença.
- Educação em grupo: utilizado para promover a interação entre diabéticos, família e membros da equipe, sendo utilizada a educação continuada no grupo para orientações e treinamento de técnicas.
- Educação em massa: utiliza os meios de comunicação para mobilizar a opinião pública e sensibilizá-la para os problemas de saúde. As palestras, congressos, campanhas para detecção de glicemia também são utilizadas.
- **Medidas medicamentosas**

As medidas medicamentosas são compostas de medicamentos orais em combinações terapêuticas e insulina. O principal objetivo do tratamento farmacológico do DM II é controlar a glicemia nos pacientes que não conseguiram através das medidas não farmacológicas. É freqüente a necessidade de associação de hipoglicemiantes orais com insulina para conseguir o objetivo da redução da glicemia (MILECH E PEIXOTO, 2004).

Os principais medicamentos antidiabéticos orais são as Sulfoniluréias: Metformina, Acarbose e as Tiazolidinedionas (SBD, 2003).

Alguns pacientes com DM II necessitam de terapia insulínica logo após o diagnóstico e muitos, ao longo do tratamento. Nos pacientes, nos quais a insulina não foi indicada e não se atingiu os níveis de controle desejáveis, através do plano alimentar e atividade física, deve-se iniciar com medicamentos orais. A escolha dos medicamentos é baseada principalmente nos níveis de glicose plasmática e glicohemoglobina do paciente.

As mudanças de hábitos de vida e culturais requerem determinação por parte dos pacientes e da equipe. E na maioria dos casos, os pacientes se tornam dependentes emocionalmente de familiares, amigos e dos profissionais de saúde que os cercam (NOBRE; PERIN; MION, 2001).

Para Horwitz e Horwitz (2003) a adesão ao tratamento não é só atribuído a ação da droga mas também aos efeitos terapêuticos não específicos e a mudança de hábitos de vida.

Acreditamos que as medidas não farmacológicas e ou farmacológicas somente terão resultados caso o paciente faça a adesão ao tratamento através de mudanças no seu hábito de vida.

3 - PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 – Caracterização da população de estudo

O local de estudo foi o Hospital das Clínicas da UFG, que possui um serviço de endocrinologia.

A população do estudo foi constituída de pacientes adultos com idade igual ou acima de 30 anos, com diagnóstico de DM II, que iniciaram tratamento no ambulatório de endocrinologia do Hospital das Clínicas (H.C.) no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2002.

Este período de estudo foi definido devido à necessidade de acompanhamento dos pacientes em consultas posteriores para verificar a adesão ao serviço, obedecendo ao critério de intervalos entre as consultas de no máximo seis meses.

Foi realizado um levantamento do número de pacientes que iniciaram tratamento na Instituição neste período através da relação de pacientes com DM II no registro informatizado pertencente ao Departamento de Endocrinologia (493 pacientes) e também nas fichas de controle das consultas feitas pela equipe de enfermagem (162 pacientes) totalizando uma população de 655 pacientes.

A seleção dos pacientes foi realizada seguindo a ordem alfabética da lista até atingir o total dos 20% da amostra.

3.2. Caracterização do local de estudo

O atendimento no Ambulatório de Endocrinologia HC/UFG, é realizado por uma equipe multidisciplinar: médicos, enfermeiros, assistente social, nutricionista e técnico em enfermagem. O atendimento aos pacientes é agendado de acordo com a tipologia (DM I e DM II).

Os pacientes atendidos neste ambulatório são diagnosticados nesta Instituição ou provenientes de outras Instituições de Saúde, através da referência e contra referência.

3.3 – Amostragem

A amostragem foi aleatória constituída de 20% do total de 655 pacientes. A amostra foi constituída por 134 pacientes com diagnóstico de DM II (≥ 30 anos) que ingressaram no tratamento ambulatorial a partir de 01 de janeiro de 2000 até 31 de dezembro de 2002.

Este período escolhido para a coleta de dados foi determinado devido existir no serviço de endocrinologia a partir de 2000 um banco de dados informatizados com nomes dos pacientes DMII e foi definido o ano de 2002 para termino do período devido à necessidade de acompanhamento destes pacientes nas consultas até 2005.

A amostragem dos 20% foi definida por atender a necessidade de identificação dos abandonos, que segundo a literatura está entre 20 e 30% do total.

Para a amostragem eram solicitados ao SAME/HC lotes de 10 prontuários para análise. De cada 10 prontuários solicitado alguns não eram encontrados e por esta razão foram solicitados mais prontuários do que o necessário para compor a amostra, numa tentativa de evitar um número reduzido de participantes. Ao todo foram solicitados **222** prontuários, sempre em lotes de 10. Dessa forma foi possível repor prontuário que, por algum motivo, não tinham sido localizados.

Durante a coleta de dados optou-se por não retornar a solicitação dos mesmos não encontrados, mas sim continuar a solicitação de novos até atingir o total da amostra.

Em resposta às solicitações ao SAME, obtivemos as seguintes informações:

- 04 prontuários não encontrados devido constar óbito (arquivo morto)
- 05 prontuários não foram encontrados por não ter ocorrido movimentação com os mesmo. Nestes casos havia somente a primeira folha de atendimento.
- 79 prontuários não encontrados devido a: número errado, pacientes internados ou em atendimento ambulatorial no dia da coleta de dados.
- **134 prontuários encontrados e pesquisados – 60,4% do total solicitado.**

3.4 - Variáveis e categorias do estudo

- **Idade:** Foram considerados pacientes com idade maior ou igual a 30 anos, sendo registrada de acordo com a data de nascimento, calculada para o período de coleta e distribuição em faixa etária com intervalos de 10 anos .
- **Adesão ao serviço:** Foi considerada adesão ao serviço a situação em que o paciente, no período do último ano, freqüentou no mínimo duas consultas e realizou a última consulta há no máximo 6 meses da data da coleta de dados.
- **Adesão ao tratamento instituído:** foi considerado aderente ao tratamento quando o paciente:
 - o Apresentou resultados de exames (glicose, colesterol, triglicérides, hemoglobina glicada) na data do último retorno dentro dos limites considerados para normalidade.
 - o Apresentou índice de massa corpórea entre 20 a 25kg/m² (ÍDICE DE MASSA CORPÓREA= normal).
- **Abandono ao serviço:** Foi considerado abandono ao serviço o paciente que esteve há mais de 6 meses na data da coleta de dados sem procurar o ambulatório de endocrinologia ou a internação do HC/UFG dentro do período de estudo :2000 a julho de 2005.
- **Sexo:** Foi qualificado como masculino e feminino.
- **Renda Mensal:** A renda foi considerada o somatório de todas as rendas dos membros da família, tomando como padrão o valor do salário mínimo (< salário mínimo, de 1 a 2 salário mínimo, de 3 a 4 salário mínimo, 5 ou mais salários mínimo.) Informação esta contida na ficha de caracterização social do paciente.
- **Tempo de tratamento no HC:** Foi registrado em meses, contando a partir da data de ingresso no programa do HC até a data da última consulta que compareceu.

- **Ocupação:** Foram considerados quatro grupos: mercado formal (carteira assinada), mercado informal (sem carteira assinada), aposentado e do lar.
- **Escolaridade:** Foram registradas em três grupos: sem escolaridade, primeiro grau (completo ou não), segundo grau (completo ou não).
- **Estado Civil:** Foram consideradas quatro situações: solteiro, viúvo, separado e casado (morar junto).
- **Residência:** A categoria residência foi caracterizada por região (setores de Goiânia e região metropolitana)
- **Glicemia de jejum:** Foi considerada a primeira dosagem realizada e a última dosagem registrada no prontuário.
- **Hemoglobina Glicada:** Foi considerado normal índices abaixo de 7% nos resultados de exames na última consulta e utilizado como indicador de adesão ao tratamento no período entre consultas.
- **Glicemia pós prandial:** Foi avaliado o resultado do exame da última consulta.
- **Índice de Massa Corpórea:** Foi verificado dividindo o peso pelo quadrado da altura na última consulta. Considerado normal, os valores entre 20 e 25 Kg/m².
- **Colesterol:** Foi considerado normal valores na última consulta abaixo de 200mg/dl.
- **Triglicérides:** Foi considerado normal valores na última consulta abaixo de 150mg/dl.
- **Número de consultas: (frequência):** número de consultas que o paciente compareceu a partir do ingresso até a última consulta. O agendamento das consultas eram realizadas de 3 em 3 meses.

3.5. Critérios de inclusão e exclusão

Inclusão: foram incluídos no estudo amostra dos pacientes que possuíam diagnóstico de DM II com idade ≥ 30 anos, que ingressaram no tratamento ambulatorial do HC, a partir de 01 de janeiro de 2000 até 31 de dezembro de 2002.

Exclusão: Foram excluídos do estudo os pacientes que ingressaram no programa fora do período de estudo determinado e com idade menor que 30 anos.

3.6 - Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho e setembro de 2005.

A coleta foi realizada utilizando os dados contidos nos prontuários dos pacientes que estão armazenados no SAME do Hospital das Clínicas.

Durante o processo da coleta encontramos algumas situações, que impediram o acesso a todos os prontuários: número de prontuário errado, prontuário sem movimentação (um atendimento somente), pacientes que foram a óbito e prontuários inativos.

Desenho do estudo:

- 1ª ETAPA: Busca, no registro eletrônico do serviço de endocrinologia e na ficha de registro de atendimento no ambulatório, dos pacientes portadores de DM II que ingressaram no programa de janeiro de 2000 até dezembro de 2002.
- 2ª ETAPA: Identificação da situação de adesão ao serviço ou de abandono dos pacientes ao tratamento, segundo definição adotada no estudo. Nesta etapa foram definidos os dois grupos que deveriam ser descritos e comparados entre si: Grupo Aderente ao Serviço e Grupo Abandono.
- 3ª ETAPA: Descrição dessa população segundo as variáveis do estudo, através de formulário próprio para alimentação de banco de dados para análise (EPI_INFO).
- 4ª ETAPA: Identificação, dentro do grupo aderente ao serviço (que não abandonou) da adesão ao tratamento instituído, segundo as variáveis definidas.

- 5ª ETAPA: Descrição e comparação dos grupos – abandono e aderentes ao serviço, verificando a adesão ao tratamento.

3.7. Aspectos éticos e legais

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa médica humana e animal do Hospital das Clínicas da UFG sob o registro número 066/2005 no dia 15 de julho de 2005.

3.8. Análise dos dados

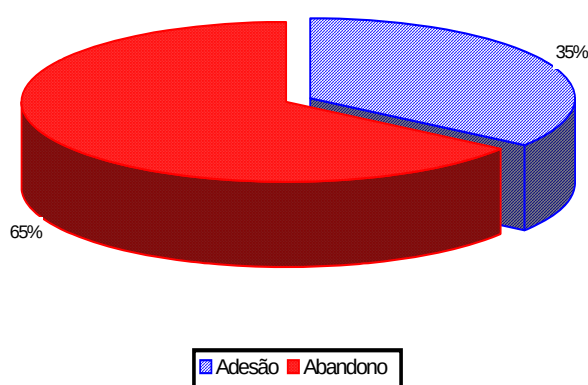
A análise de dados foi realizada a partir do banco de dados criado, apresentando os resultados em números absolutos, percentuais,, índices (ÍDICE DE MASSA CORPÓREA) média e desvio padrão.

Para a comparação inter e intra grupos utilizou-se do teste X² (qui quadrado)

4. RESULTADOS E ANÁLISE

4.1 – O abandono ao serviço

Figura 1: Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes II do serviço de endocrinologia do HC/UFG, segundo a adesão ao serviço. Goiânia, 2005



Foram pesquisados 134 prontuários e identificado que 87 (65.0%) dos pacientes não aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG. Portanto, pode-se considerar a taxa de abandono, no período estudado de 65.0%, de acordo com os critérios adotados para adesão ao serviço.

Esta pode ser considerada uma taxa elevada diante do que se conhece em serviços de assistência a indivíduos portadores de doenças crônicas. Deve-se pensar que, se em cada **cem indivíduos** que iniciam o tratamento neste serviço, **(65) sessenta e cinco** deixam de comparecer as consultas em um período inferior a dois anos, é um problema de alta significância.

Ao relacionar pacientes diabéticos tipo 2 que iniciaram tratamento no HC por grupos de adesão ao serviço (grupo 01) e não adesão ao serviço – abandono (grupo 02) observamos os dados de adesão e não adesão encontrados vêm a confirmar estudos de alguns autores tais como Araújo, 1999; Assunção; Santos; Costa, 2002; Torquato, 2003; Santos e outros, 2005; Rego, 2004.

Esta taxa de abandono identificada pode estar relacionada a várias causas:

- O indivíduo pode ter buscado assistência em outro serviço de endocrinologia no município. Isso deve ser lembrado visto que o Ministério

da Saúde implantou o HIPERDIA facilitando o acesso ao atendimento ambulatorial em outras Instituições de saúde. O Ministério da Saúde refere que a hipertensão arterial e o diabetes *Mellitus* representam dois dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares que contribuem para a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Acredita que a melhor forma de evitar as taxas de mortalidade é prevenir danos à saúde do cidadão, por isto apresentou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus* denominado de HIPERDIA (BRASIL, 2002). O HIPERDIA foi instalado no ano de 2001 e têm o propósito de vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços. As Unidades Básicas de Saúde do município através do Programa da Saúde da Família realiza o acompanhamento dos pacientes portadores de diabetes e hipertensão de acordo com as orientações do HIPERDIA.

- Outra causa que pode ser apontada para a alta taxa de abandono pode ser a estrutura organizacional dos serviços de assistência (MELO 2005).
- Questiona-se também se a taxa de abandono ao tratamento poderia estar relacionada ao fato da doença ser assintomática em seu início. Isso responderia por que um grande número de indivíduos, uma vez diagnosticados, deixam de ir às consultas tão logo sente-se melhor com relação a doença (SALA e outros , 1993).
- Outro fator impeditivo para os indivíduos poderia ser a dificuldade de acesso ao serviço, seja por distância da moradia, reduzida condição sócio econômica e ainda o horário de atendimento do ambulatório – HC.
- A taxa de abandono ainda pode estar relacionada a ausência de informações adequadas para que o indivíduo entenda sua situação, bem como a terapêutica instituída. Santos e outros (2005) identificaram uma taxa de 50% de abandono ao uso da medicação após seis meses de tratamento, referindo estes dados ao problema de adesão no momento em que ocorre a primeira consulta. Já foi relatado que existe uma associação entre a taxa de abandono ao serviço e a utilização de insulina, pois a mesma é uma forma de redução da glicemia e os pacientes quando a

usam acreditam que esta medida é suficiente para controle do DM tipo 2, não procurando mais o serviço de saúde Paes (1997).

No entanto, mesmo com tantas questões sobre as prováveis causas que levaram os indivíduos a abandonarem o serviço, deve-se ressaltar que os 35.0% complementares são **aderentes apenas ao serviço**. O fato de frequentarem com assiduidade o serviço de saúde (ambulatório-HC) não é suficiente para que se possa afirmar que sejam **aderentes ao tratamento**. É preciso conhecer mais sobre este grupo que permanece frequentando para se identificar sua adesão ou não a terapêutica instituída.

4.2 – A adesão ao serviço

Para entender, em parte, o que pode estar ocorrendo entre aqueles que abandonaram o serviço, optou-se por conhecer o perfil daqueles que permaneceram assíduos às consultas. Esta foi uma tentativa de identificar prováveis causas que mantiveram estes indivíduos com adesão ao serviço.

Algumas variáveis, definidas previamente, não foram localizadas nos registros de prontuários (estado civil, escolaridade, renda mensal, ocupação, tempo de diagnóstico, glicemia pós prandial, hemoglobina glicosilada e triglicérides). Esta situação se deve ao fato de alguns prontuários não possuírem a ficha de caracterização social e alguns pacientes não terem feito os exames solicitados. Para maior compreensão e desenvolvimento das análises, foram definidas essas informações como N.I. (não identificado) e foram mantidas no banco de dados.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de 2000 a julho de 2005, segundo a faixa etária e sexo. Goiânia-GO 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Faixa Etária	N	%	N	%	N	%
30 – 40 anos	01	3,0	00	0,0	01	17,0
41 – 50 anos	05	15,2	06	42,9	11	23,4
51 – 60 anos	08	24,2	03	21,4	11	23,4
61 – 70- anos	12	36,4	04	28,6	16	34,0
> 70 anos	07	21,2	01	7,1	08	17,0
Total	33	70,2	14	29,8	47	100,0

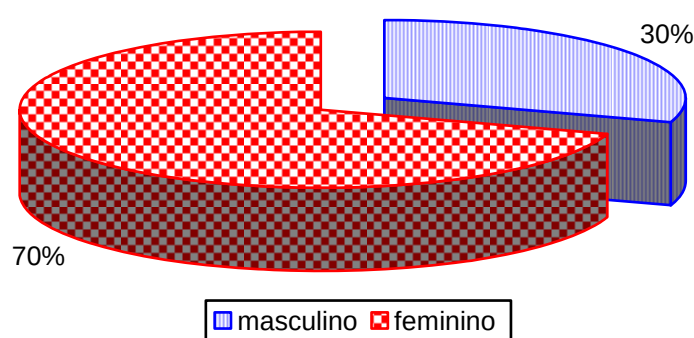
$$\chi^2 = 4,9999 \quad p = 0,2873$$

Média / Desvio Padrão 61,2 ± 10,9

55,5 ± 10,3

Entre os indivíduos avaliados, encontramos 47 (35.0%) que aderiram ao serviço de endocrinologia, sendo o mesmo caracterizado, em sua maioria (70,2%) pelo sexo feminino (Tabela 01 – Figura 2).

Figura 2. Distribuição do sexo entre os pacientes que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de 2000 a 2005. Goiânia - GO, 2005



Esta é uma realidade que tem sido identificada em diversos estudos populacionais (Assunção Santos; Costa, 2002; Araújo et al, 1999, Rego, 2004 e Santos et al 2005). Questiona-se o motivo pelo qual as mulheres sejam mais assíduas às consultas do que os homens. Acredita-se que existam fatores culturais, e até mesmo históricos, que têm levado ao maior interesse por parte das mulheres na procura por assistência. Além disso, destaca-se também que o horário de

funcionamento do ambulatório – diurno, e o longo período de espera para o atendimento possa interferir sobre esta clientela. Geralmente os homens estão inseridos no mercado formal e sua ausência no trabalho pode significar prejuízos salariais. Enquanto que, no caso das mulheres é mais comum serem encontradas em mercado informal, e no lar, tendo maior flexibilidade de horário. (Tabela 04).

No estudo de Franco (2004) foi identificado que em alguns países o número de mulheres com diabetes é maior do que o número de homens : EUA(homem:5,9%, mulher 7,7%); Rússia(homem1,8% mulher: 3,6%), Colômbia(homem 7,3%, mulher 8,7%), justificando a hipótese das mulheres apresentarem uma procura maior ao serviço de saúde (pré natal, periódico).

A faixa etária predominante foi de 61 a 70 anos – 34,0%. Esta prevalência confirma os estudos já realizados sobre a distribuição da DMII, onde já encontrados resultados de 47.6% entre 60 a 79 anos, 65.0% entre 50 e 70 anos e 54.0% acima de 60 anos (Rego, 2004; Araújo e outros , 1999; Santos e outros , 2005, Sala e outros 1993).

No estudo de Boyle e outros (2001) a projeção de DM para o ano de 2050 vem a confirmar a prevalência atual com uma projeção para aumento da faixa etária para maior ou igual a 75 anos.

Houve predominância de mulheres na faixa etária entre 61 – 70 anos /36,4%), enquanto os homens predominaram na faixa etária mais jovem (41-50 anos / 42,9%). (Tabela 01).

Pode ser que esta predominância de mulheres em faixas etárias mais adiantadas esteja associada justamente à condição de acesso ao serviço e a ocupação das mulheres nestas idades. Ao lado do fato de que, entre os homens, a predominância encontra-se em faixas etárias mais jovens e que justificariam sua ausência as consultas pela inserção no mercado formal.

Ao descrever o local de residência destes pacientes observou-se que 81.0% residiam em Goiânia, embora não foram identificados quanto ao endereço e distância do ambulatório – HC. Isso pode ter favorecido o comparecimento às consultas (Figura 3).

Figura 3. Distribuição do local de residência dos pacientes portadores de Diabetes II que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de 2000 a 2005.

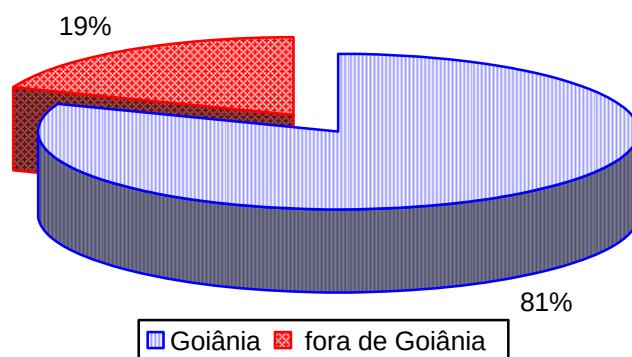


Tabela 2 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus* 2 que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de 2000 a julho de 2005, segundo o estado civil e sexo. Goiânia - GO, 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Estado Civil	N	%	N	%	N	%
Casado	12	36,4	06	42,9	18	38,3
Separado	01	3,0	00	0,0	01	2,1
Solteiro	01	3,0	01	7,1	02	4,3
Viúvo	07	21,2	01	7,1	08	17,0
N.I.	12	36,4	06	42,9	18	38,3
Total	33	70,2	14	29,8	47	100,0

$$\chi^2 = 2,1745 \quad p = 0,7037$$

A análise da variável “estado civil” foi prejudicada pela ausência de informação, pois 38.3% não tinham registro nenhum. O mesmo percentual foi encontrado para aqueles com estado civil identificado como casados (38,3%). Foram identificados mulheres viúvas (21,2%) e homens vivúvos (7,1%) (Tabela 2).

Estes dados são coerentes com o que foi descrito até aqui. As mulheres são mais velhas, e também apresentam a maior proporção em estado de viuvez. Já os homens, mais jovens, apresentam-se mais solteiros (7,1%) e casados (42.9%). (Tabela 2).

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo a escolaridade e sexo. Goiânia-GO 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Escolaridade	N	%	N	%	N	%
Sem escolaridade	10	30,3	01	7,1	11	23,4
Primeiro grau (completo/incompleto)	10	30,3	02	14,3	12	25,5
Segundo grau (completo/incompleto)	00	0,0	03	21,4	03	6,4
N.I.	13	39,4	08	57,1	21	44,7
Total	33	70,2	14	29,8	47	100,0

$\chi^2 = 11,0051$ $p = 0,0117$ ($p < 0,05$)

Apesar de um número expressivo de situações de escolaridade sem registro (44,7%), aqueles com primeiro e segundo grau (31,9%) superaram o número de pessoas sem escolaridade (23,4%). Proporcionalmente havia mais mulheres sem escolaridade (30,3%) do que homens (7,1%) (Tabela 3).

A escolaridade, dentre aqueles identificados, mostrou-se baixa. Estes dados corroboram o que foi encontrado por Rego, 2004 e Assunção, Santos, Costa, 2002.

De acordo com Rego (2004) o grau de escolaridade do paciente diabético não possui muita influência **na adesão ao tratamento**, sendo o que é valorizado nesta adesão é o conhecimento do senso comum sobre o DM e a integração com a equipe multidisciplinar para a realização de mudança de comportamento.

Isso parece ser confirmado neste estudo, pois a predominância de mulheres sem escolaridade pode representar justamente o fato de que não há interferência dessa variável na adesão ao serviço; visto que são elas as mais assíduas.

Por outro lado deve-se ressaltar que a caracterização desse grupo já mostrou que as mulheres são mais idosas e a maioria viúvas. A baixa escolaridade entre elas poderia estar associada à idade. (Tabela 01).

A ausência de dados nesta variável pode estar relacionada ao fato que estas informações são colhidas pelo serviço social e anotadas em um folha impressa separada da evolução do paciente. E podemos identificar que o profissional de saúde (médico) que realiza o atendimento não caracteriza esta informação como importante no processo de adesão ao serviço e ao tratamento.

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus* II que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo a ocupação e sexo. Goiânia-GO, 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Ocupação	N	%	N	%	N	%
Aposentada	01	3,0	02	14,3	03	6,4
Do lar	13	39,4	01	7,1	14	29,8
Mercado Formal	03	9,1	05	35,7	08	17,0
Mercado Informal	06	18,2	00	0,0	06	12,8
N.I.	10	30,3	06	42,9	16	34,0
Total	33	70,2	14	29,8	47	100,0

$$\chi^2 = 12,4773 \quad p = 0,0141 \quad (p < 0,05)$$

Com uma população predominantemente feminina a ocupação mais identificada foi “do lar”- 29,8%. Chama a atenção também que, entre os homens, predominou aqueles inseridos no mercado formal (35,7%). (Tabelas 3 e 4).

Ressalta-se aqui novamente que os homens são mais jovens neste grupo e possuem mais escolaridade. Estas são características importantes ao se analisar o perfil do grupo aderente ao serviço, pois poderia justificar a baixa presença de homens, como já discutido.

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus* II que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo a renda mensal e sexo. Goiânia-GO, 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Renda Mensal	N	%	N	%	N	%
< salário mínimo	02	6,1	00	0,0	02	4,3
De 01 a 02 salários	16	48,5	01	7,1	17	36,2
De 03 a 04 salários	03	9,1	03	21,4	06	12,8
5 ou mais	01	3,0	02	14,3	03	6,4
N.I.	11	33,3	08	57,1	19	40,4
Total	33	70,2	14	29,8	47	100,0

$$\chi^2 = 9,9948 \quad p = 0,0405 \quad (p < 0,05)$$

Em relação a renda mensal, apesar de mais uma vez a falta de informação ter predominado (40,4%), a maior parte apresentava renda mensal de 1 a 2 salários mínimos (36,2%). As maiores rendas foram identificadas entre os homens (35,7% com mais de 3 salários mínimos) (Tabela 5).

Esta categorização sócio-econômica através das variáveis renda e escolaridade demonstra que as mulheres desse grupo são mais carentes de recursos, têm menos escolaridade e também menor renda.

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus* II que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o tempo de diagnóstico e sexo. Goiânia-GO 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Tempo de Diagnóstico	N	%	N	%	N	%
< 5 anos	02	6,1	02	14,3	04	8,5
De 05 a 10 anos	13	39,4	06	42,9	19	40,4
De 11 a 15 anos	11	33,3	03	21,4	14	29,8
> 15 anos	07	21,2	02	14,3	09	19,1
N.I.	00	0,0	01	7,1	01	2,1
Total	33	70,2	14	29,8	47	100,0

Qui-quadrado: 3,8817 Probabilidade: 0,4223

Em relação ao tempo de diagnóstico a maior parte (39,4%) das mulheres e dos homens (42,9%) tinham diagnóstico de D.M. entre 5 e 10 anos (tabela 06). Associando estes dados à tabela 01 identificamos que a maioria das mulheres pesquisadas identificou diabetes na faixa etária de 61 a 70 anos e os homens na faixa etária de 41 a 50 anos de idade. Confirmando os fatores de risco para doenças cardiovasculares que é determinado para homem acima de 50 anos e mulheres acima de 55 anos.

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus* II que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo ano de início de tratamento no HC e sexo. Goiânia, GO, 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Ano de início de tratamento no HC	N	%	N	%	N	%
2000	26	81,3	09	64,3	35	76,1
2001	05	12,5	04	28,6	09	17,4
2002	02	6,3	01	7,1	03	6,5
Total	33	70,2	14	29,8	47	100,0

$\chi^2 = 1,8267$ $p = 0,4012$

Este grupo aderente ao serviço iniciou seu tratamento no ambulatório do HC-UFG, em sua maioria, no ano de 2000 (76,1%), com uma distribuição proporcional entre homens e mulheres. (Tabela 7).

Ter identificado o maior número de indivíduos em tratamento há mais de cinco anos no HC, reflete uma característica do perfil de portadores de doenças crônicas em relação a adesão. Geralmente aqueles que conseguem ultrapassar a barreira dos primeiros seis meses de tratamento permanecem assíduos ao serviço. O que se identifica com maior frequência é que o abandono ao tratamento ocorre, na maioria das vezes, no primeiro semestre de tratamento (SOUSA, 1998).

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus* II que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, de acordo com o número de consultas durante o tratamento e o sexo. Goiânia, GO - 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Número de consultas durante o tratamento						
De 2 a 4 consultas	1	3,0	1	7,1	2	4,3
De 5 a 8 consultas	3	9,1	2	14,3	5	10,6
De 8 a 12 consultas	24	72,7	09	64,3	33	70,2
Total	33	70,2	14	29,8	47	100,0

$$\chi^2 = 0,7448 \quad p = 0,8626$$

A maioria dos indivíduos desse grupo aderente ao serviço freqüentou mais do que 8 consultas no período analisado - 70,2%. Ressalta-se que, apesar de não significante, as mulheres mostraram-se mais assíduas do que os homens – 81,8% acima de 5 consultas. Esta assiduidade equivale em média a uma consulta por ano. (Tabela 8).

Aqui se percebe novamente a influência do sexo – feminino sobre a distribuição das variáveis. A ocupação das mulheres, o fato de serem mais velhas, viúvas podem estar facilitando o acesso das mesmas ao ambulatório.

4.3 – Adesão ao tratamento

A adesão ao tratamento entre aqueles que permaneceram assíduos no ambulatório foi verificada através de índices bioquímicos que são indicadores do controle glicêmico.

Tabela 9 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o valor da primeira glicemia no início do tratamento no HC e sexo. Goiânia, GO - 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Primeira glicemia do início do tratamento no HC	N	%	N	%	N	%
<110mg/dl	01	3,0	00	0,0	01	2,1
110 a 200mg/dl	17	51,5	10	71,4	27	57,4
201 a 300mg/dl	09	27,3	03	21,4	12	25,5
> 300mg/dl	06	18,2	01	7,1	07	14,9
Total	33	70,2	14	29,8	47	100,0

$$\chi^2 = 2,0385 \quad p = 0,5644$$

Média e Desvio Padrão: 214,6 ± 78,3 189,3 ± 61,2

Ao iniciarem o tratamento no ambulatório do HC apenas 2,1% apresentavam o valor da taxa glicêmica abaixo de 110mg/dl, sendo todas mulheres. E 40,4% estavam com a taxa acima de 201mg/dl. (Tabela 9).

Portanto, pode-se afirmar que a meta preconizada pela Sociedade Brasileira de Diabetes para a normalidade ($\leq 110\text{mg/dl}$) não tinha sido alcançada entre esses indivíduos quando procuraram o serviço do HC-UFG. E deve-se ressaltar que quase a metade apresentava índices de glicemia muito elevados em relação ao padrão normal (OLIVEIRA, 2004).

Tabela 10 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de 2000 a 2005, segundo o valor da glicemia capilar na última consulta e o sexo. Goiânia, GO - 2005.

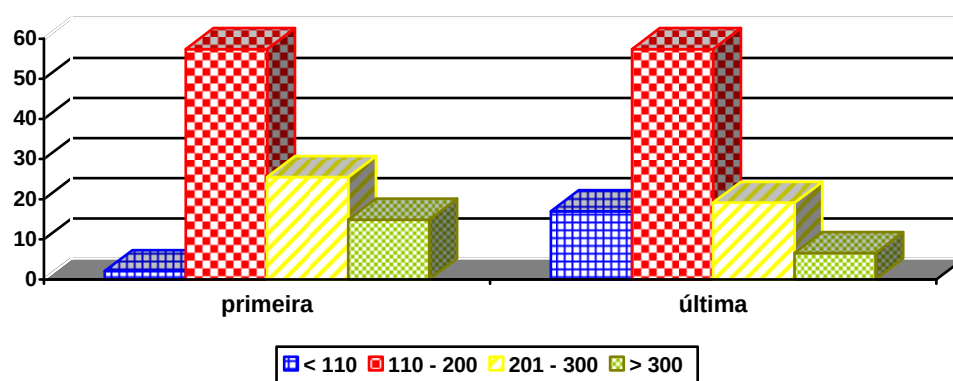
Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Glicemia capilar na última consulta	N	%	N	%	N	%
<110 mg/dl	07	21,2	04	28,6	11	23,4
110 a 200 mg/dl	11	33,3	04	28,6	15	31,9
201 a 300 mg/dl	09	27,3	04	28,6	13	27,7
> 300 mg/dl	06	18,2	00	---	6	12,8
N.I.	00	----	02	14,3	02	4,3
Total	33	70,2	14	29,8	47	100,0

$$\chi^2 = 7,5630 \quad p = 0,1090$$

Média e Desvio Padrão: 203,7 ± 89,6 166,8 ± 66,9

Na última consulta em que estiveram presentes, 23,4% estavam com as taxas de glicemia (capilar) sob controle. (Tabela 10).

Figura 4 – Distribuição do número de indivíduos segundo a taxa glicêmica de jejum na primeira e última consulta. Goiânia – GO, 2005.



Ao analisar as taxas de glicemia de jejum nos dois momentos (primeira e última consulta) observou-se que o controle glicêmico melhorou no segundo momento –17,0. Os demais, que estavam fora de controle ao iniciarem o tratamento, também reduziram as taxas, embora não tenham alcançado a meta do controle. (Figura 3).

Chama a atenção o fato de que a redução dos valores glicêmicos parece ter se dado às custas de melhor controle entre os homens. Na primeira consulta não havia ninguém do sexo masculino com taxas inferiores a 110mg/dl. Já, na última

consulta, foram identificados 7,1% dos homens com valores de glicemia sob controle (Tabela 10 e Figura 3).

Tabela 11 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, de acordo com a glicemia de jejum na última consulta e o sexo. Goiânia-GO 2005.

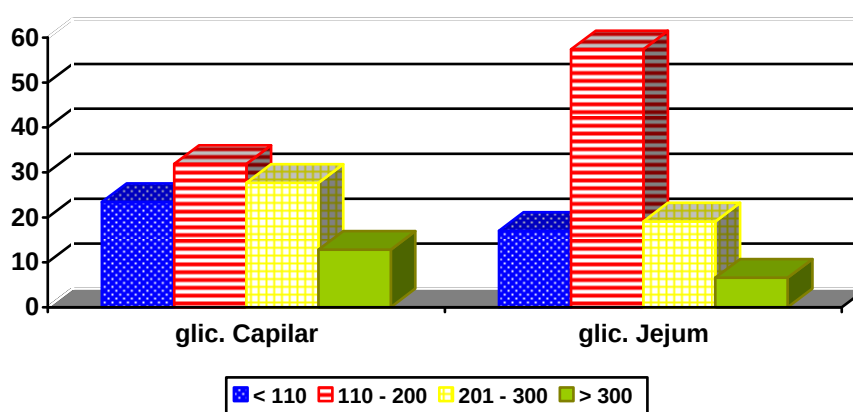
Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Glicemia de jejum na última consulta	N	%	N	%	N	%
<110 mg/dl	07	21,2	1	7,1	08	17,0
110 a 200 mg/dl	15	45,5	12	85,7	27	57,4
201 a 300 mg/dl	08	24,2	1	7,1	09	19,1
> 300 mg/dl	03	9,1	0,0	0,0	03	6,6
Total	33	70,2	14	29,8	47	100,0

$$\chi^2 = 6,6903 \quad p = 0,0825$$

Média e Desvio Padrão: 183,1 $\pm$ 76,2 157,5 $\pm$ 31,2

Ao utilizar a glicemia de jejum para avaliação do controle do DMII os dados mostraram-se diferentes em relação à glicemia capilar (Tabela 11).

Figura 5 – Distribuição da porcentagem de indivíduos segundo a taxa glicêmica capilar em jejum na última consulta. Goiânia – GO, 2005.



Através da glicemia em jejum o número de indivíduos fora do controle (>110 mg/dl) é maior (76,5%). Este exame serve para a monitorização do controle da DMII e seus valores são pontuais, refletindo a situação naquele momento (Figura 5).

Tabela 12 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o valor da glicemia pós prandial na última consulta e o sexo.

Goiânia,-GO 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Glicemia pós-prandial na última consulta	N	%	N	%	N	%
<140 mg/dl	03	9,1	00	---	03	6,4
140 a 200 mg/dl	11	33,3	06	42,9	17	36,2
201 a 300 mg/dl	12	36,4	02	14,3	14	29,8
> 300 mg/dl	06	18,2	05	35,7	11	23,4
N.I.	01	3,0	01	7,1	02	4,3
Total	33	70,2	14	29,8	47	100,0

$$\chi^2 = 4,8095 \quad p = 0,3074$$

Média e desvio Padrão: 221,7 $\pm$ 81,5 244,7 $\pm$ 93

Em relação à glicemia pós prandial no último comparecimento, 29,8% estavam na faixa de 201 a 300 mg/dl. As taxas de glicemia pós prandial estão diretamente relacionadas às taxas de glicemia capilar. Quando consideradas as taxas, segundo este outro método, foi identificado 27,7% na mesma faixa. (Tabela 10 e 12). (ZAIDENVERG, 2004).

Tabela 13 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de 2000 a 2005, de acordo com a hemoglobina glicada na última consulta e o sexo. Goiânia, 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Hemoglobina glicada na última consulta	N	%	N	%	N	%
$\leq 7.0\%$	10	30,3	06	42,8	16	34,0
> 7.0%	21	63,6	07	50,0	28	59,5
N.I.	02	6,1	01	7,1	03	6,4
Total	33	70,2	14	29,8	47	100,0

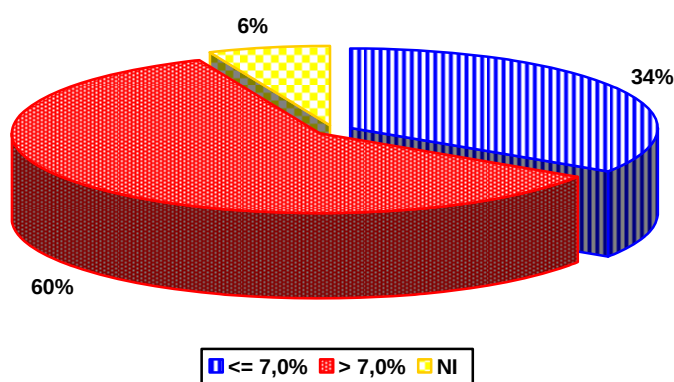
$$\chi^2 = 1,5541 \quad p = 0,81700$$

Média e desvio Padrão 8,4 $\pm$ 1,7 8,1 $\pm$ 1,7

A dosagem da hemoglobina glicada é usada também na monitorização da glicemia, pois reflete o controle glicêmico de forma não pontual, mas referente ao período dos 120 dias que antecederam a realização do exame. Quando a glicemia

está elevada, as moléculas de glicose se fixam à hemoglobina nos eritrócitos por aproximadamente quatro meses. Dessa forma este exame assume o lugar de um excelente indicador sobre o comportamento do indivíduo frente ao tratamento instituído. O padrão de corte para avaliação do controle glicêmico considera normalidade os valores abaixo de 7,0%. Quando os valores excedem 8.0% é sinal de alerta e o tratamento deve ser revisto (REGO, 2004; ZAJDENVERG, 2004; CAMARGO; CROSS, 2004, GOLDSTEIN, 1999).

Figura 6 – Distribuição da porcentagem de pacientes que aderiram ao serviço segundo os resultados da hemoglobina glicada durante a última consulta. Goiânia – GO, 2005.



A maioria dos pacientes 60,0% manteve a hemoglobina glicada acima dos índices de normalidade (> 7,0 %). (Figura 6).

Este resultado indica que a adesão ao tratamento não está ocorrendo com este grupo que é assíduo às consultas. Somente 34,0% apresentavam controle glicêmico através desse método. E este controle foi maior entre os homens - 42,8%. (Tabela 13).

Apesar desse baixo índice de adesão ao tratamento, revelado pela hemoglobina glicada, ele ainda é maior do que os índices encontrados com o uso de outros métodos como a glicemia capilar e glicemia de jejum (Tabela 10, 11 e 12).

Tabela 14 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o valor do colesterol na última consulta e o sexo. Goiânia-GO, 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Colesterol na última consulta	N	%	N	%	N	%
< 200	12	36,4	04	28,6	16	34,0
De 201 a 300	08	24,2	05	35,7	13	27,7
> 300	03	9,1	01	7,1	03	8,5
N.I.	10	30,3	04	28,6	14	29,8
Total	33	70,2	14	29,8	47	100,0

$$\chi^2 = 0,6967 \quad p = 0,8740$$

Média e Desvio Padrão 211 $\pm$ 72,3 220,2 $\pm$ 67,6

O controle do colesterol, como parte da terapêutica com o indivíduo portador de DMII, também deve ser monitorado. Neste grupo assíduo ao serviço, 34,0% apresentaram valores de colesterol total abaixo de 200mg/dl, no último comparecimento, sendo considerados sob controle. E este controle foi maior entre as mulheres – 36,4%. (Tabela 14).

Verificamos que 29,8% não possui valores de colesterol, acredita-se que um dos fatores responsáveis poderia ser o início de um abandono ao tratamento, sendo necessário o profissional de saúde estar atento para atuar nesta situação.

Tabela 15 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o valor dos triglicérides na última consulta e o sexo. Goiânia-GO 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Triglicérides na última consulta	N	%	N	%	N	%
< 150	14	42,4	06	42,9	20	42,6
De 150 a 300	05	15,2	03	21,4	08	17,0
> 300	04	12,1	01	7,1	05	10,6
N.I.	10	30,3	04	28,6	14	29,8
Total	33	70,2	14	29,8	47	100,0

$$\chi^2 = 0,4669 \quad p = 0,9261$$

Média e desvio Padrão 194,5 $\pm$ 104,7 182,5 $\pm$ 89,8

Com relação aos triglicérides 42,6% estavam sob controle ($<150\text{mg/dl}$). E, neste caso, não houve diferença entre homens e mulheres. (Tabela 15)

Tabela 16 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de 2000 a 2005, de acordo com Índice de Massa Corpórea na última consulta e o sexo. Goiânia - GO, 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
ÍDICE DE MASSA CORPÓREA	N	%	N	%	N	%
$<20\text{kg/m}^2$	00	-----	01	7,2	01	2,1
De 20 a 25Kg/m^2	14	42,4	06	42,9	20	42,5
$> 25\text{Kg/m}^2$	18	54,5	04	28,5	22	46,8
N.I.	01	3,1	03	21,4	04	8,5
Total	33	70,2	14	29,8	47	100,0

O índice de massa corporal é utilizado para analisar a relação peso/altura e mostra-se um bom indicador de obesidade. Neste estudo 42,5% do total apresentavam índices considerados dentro do padrão estabelecido. E 46,8% já haviam alcançado índices considerados fora do normal estabelecido pela SBD. O Índice de Massa Corpórea $> 25\text{Kg/m}^2$ entre as mulheres (54,5%) foi maior do que entre os homens (28,5%) (Tabela 16).

O estudo de Araújo e outros (1999) também identificou um Índice de Massa Corpórea $> 25\text{Kg/m}^2$ em 66,3% dos pacientes diabéticos acompanhados em um posto de atenção primária a saúde.

Para Fecho e Malerbi (2004), os exercícios regulares e uma dieta alimentar adequada ajudam a diminuir e/ou manter o peso corporal e reduzir a necessidade de antidiabético oral. Em seu estudo observou que os pacientes diabéticos tendem a aderir menos à prática da atividade física do que os pacientes não diabéticos.

Aderir a um plano alimentar envolve mudanças apropriadas que, se iniciam na própria família, e o êxito dessa adesão necessita da interação da mesma com o paciente (REGO, 2004).

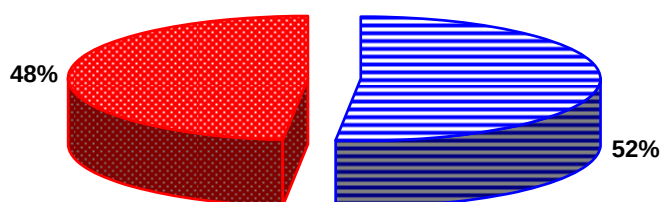
Acreditamos que o profissional de saúde através da educação em saúde possui a tarefa de estimular a mudança de comportamento para que o Índice de Massa Corpórea possa manter dentro dos padrões esperados evitando os valores

elevados de Índice de Massa Corpórea que, segundo Cercato e col. (2004) se correlacionam de forma significativa ao alto risco de complicações cardiovasculares.

No modelo de crenças em saúde, a motivação é um fator determinante na adesão ao tratamento, pois influencia na mudança de comportamento do indivíduo e acredita-se que esta motivação é determinada pela percepção do ambiente, sendo fundamental para a **adesão ao serviço e ao tratamento** (LESCURA; MAMEDE, 1990; MELO, 2005 ; MOURA, 2004).

4.4 – O perfil daqueles que abandonaram o serviço

Figura 7 – Distribuição da porcentagem de indivíduos que abandonaram o serviço segundo o sexo. Goiânia – GO, 2005.



Ana não conseguiu colocar as legenda

.....

Entre aqueles que abandonaram o serviço a distribuição segundo o sexo foi semelhante. (Figura 7).

Em relação ao local de residência dos pacientes que abandonaram o serviço 85% residiam em Goiânia. Portanto, pode-se admitir que o acesso ao ambulatório não seja motivo para a desistência.

Assunção; Santos; Costa, (2002), relatam que é sabido que a proximidade geográfica com a unidade de saúde facilita o acesso ao atendimento, sendo possível acompanhar este paciente por meio de visita domiciliar. Confirmando assim que a variável local de residência não é influenciadora no abandono

Tabela 17 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo a faixa etária e sexo. Goiânia-GO 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Faixa Etária	N	%	N	%	N	%
30 – 40	02	4,4	04	9,5	06	6,9
41 – 50	08	17,8	07	16,7	15	17,2
51 – 60	10	22,2	11	26,2	21	24,2
61 – 70	17	37,8	13	31,0	30	34,5
> 70	08	17,8	07	16,7	15	17,2
Total	45	51,7	42	48,3	87	100,0

$$\chi^2 = 1,2790 \quad p = 0,8649$$

Média e Desvio Padrão 60,1 $\pm$ 11,2 58,3 $\pm$ 12,2

A maioria dos indivíduos desse grupo – abandono estava na faixa etária acima de 61 anos – 51,7%. As mulheres, proporcionalmente, eram mais velhas (55,6%) do que os homens (47,7%). (Tabela 17).

Tabela 18 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o estado civil e sexo. Goiânia-GO 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Estado Civil	N	%	N	%	N	%
Casado	14	31,1	18	42,9	32	36,8
Separado	02	4,4	00	0,0	02	2,3
Solteiro	01	2,2	06	14,3	07	8,0
Viúvo	07	15,6	05	11,9	12	13,8
N.I.	21	46,7	13	31,0	34	39,1
Total	45	51,7	42	48,3	87	100,0

$$\chi^2 = 8,1934 \quad p = 0,0847$$

Em relação ao estado civil deste grupo 36,8% foram identificados como casados. Ressalta-se que 39,1% não tinham registro do estado civil. Havia mais homens casados (42,9%) e solteiros (14,3%) do que mulheres. Entre as mulheres predominou o estado de viuvez (15,6%). (Tabela 18).

O fato das mulheres serem proporcionalmente mais velhas pode justificar o maior número de viúvas neste grupo.

Tabela 19 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo a escolaridade e sexo. Goiânia,-GO, 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Escolaridade	N	%	N	%	N	%
Sem escolaridade	06	13,3	04	9,5	10	11,5
Primeiro grau (completo/incompleto)	14	31,1	16	38,1	30	34,5
Segundo grau (completo/incompleto)	0	0,0	06	14,3	6	6,9
N.I.	25	55,6	16	38,1	10	47,1
Total	45	51,7	42	48,3	87	100

$$\chi^2 = 8,4155 \quad p = 0,0382 \quad (p \leq 0,05)$$

Em relação à escolaridade 41.4% possuem estudo entre primeiro ou segundo grau. E 11,5% não tinham nenhuma escolaridade. As mulheres apresentaram menor escolaridade que os homens. (Tabela 19).

Assunção; Santos; Costa, (2002), realizam uma reflexão e consideram que a baixa escolaridade e a baixa renda também podem justificar a dificuldade em seguir o tratamento de forma adequada, mas cita que através da interação e acompanhamento pelos profissionais de saúde pode-se avaliar o grau de entendimento e compreensão, trabalhando para a adesão ao tratamento.

Tabela 20 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo a ocupação e sexo. Goiânia-GO, 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Ocupação	N	%	N	%	N	%
Aposentada	00	0,0	2	4,8	02	2,3
Do lar	19	42,2	02	4,8	21	24,1
Mercado Formal	00	0,0	06	14,3	06	6,9
Mercado Informal	0	0,0	17	40,5	17	19,5
N.I.	26	57,8	15	35,7	41	47,1
Total	45	51,7	42	48,3	87	100,0

$$\chi^2 = 41,6592 \quad p = 0,0000 \quad (p \leq 0,05)$$

Neste grupo não havia nenhuma mulher aposentada ou mesmo no mercado formal e informal. No entanto, 42,2% eram consideradas “do lar”. A maior parte dos homens estava no mercado formal e informal (14,3% - 40,5%). (Tabela 20).

Estes dados podem corroborar a justificativa para o abandono ao serviço devido geralmente os serviços de saúde oferecem assistência diurna, onde as pessoas aguardam atendimento por longos períodos e tudo isso, pode implicar nas relações patronais firmadas ou mesmo em prejuízos financeiros.

Sendo justificado este abandono devido às tarefas e obrigações familiares, do serviço e de não possuir tempo e liberação para o comparecimento ao serviço de saúde. Neste momento é necessário fazer uma reflexão sobre a atuação do serviço de atenção básica à saúde, sendo necessário que este serviço se adeque às necessidades do usuário e não o usuário ao serviço.

Tabela 21 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo a renda mensal e sexo. Goiânia- Go 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Renda mensal	N	%	N	%	N	%
< salário mínimo	05	11,1	05	11,9	10	11,5
De 01 a 02 salários	07	15,6	11	26,2	18	20,7
De 03 a 04 salários	03	6,7	03	7,1	06	6,9
5 ou mais	04	8,9	05	11,9	09	10,3
N.I.	26	57,8	18	42,9	44	50,6
Total	45	51,7	42	48,3	87	100,0

$$\chi^2 = 2,3539 \quad p = 0,6710$$

A maior parte dos pacientes (20,7%) deste grupo apresentava de 01 a 02 salários mínimos. E 11,5% recebiam menos do que um salário mínimo. Proporcionalmente os homens têm renda superior a das mulheres, com 19,0% dos homens tendo renda superior a 3 salários e as mulheres com 15,6%. (Tabela 21).

O grau de instrução e a renda familiar mais elevada neste grupo de abandono pode refletir a busca de atendimento em unidade de saúde particular para facilitar o acompanhamento, sendo o acesso mais fácil com horário de atendimento mais flexíveis, a acolhida e a estrutura também são fatores atraentes, visto que no Hospital das clínicas o atendimento é mais demorado, requer permanecer em filas de marcação de consulta e sala de espera desconfortáveis.

Araújo e outros (1999) referenciam estudos que indicam a existência de uma associação inversa entre nível socioeconômico e controle glicêmico; mas cita a existência de equipes de saúde motivadas e com metas definidas para otimizar as condições mais precária de cuidados, levando os pacientes à adesão.

Tabela 22 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o tempo de diagnóstico e sexo. Goiânia - Go, 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Tempo de Diagnóstico	N	%	N	%	N	%
< 5 anos	01	2,2	03	7,1	04	4,6
De 05 a 10 anos	18	40,0	21	50,0	39	44,8
De 11 a 15 anos	12	26,7	07	16,7	19	21,8
> 15 anos	11	24,4	07	16,7	18	20,7
N.I.	03	6,7	04	9,5	07	8,0
Total	45	51,7	42	48,3	87	100,0

$$\chi^2 = 3,4790 \quad p = 0,4811 \quad (p \leq 0,05)$$

A maior parte dos indivíduos que abandonaram havia recebido diagnóstico dentro de um período de 5 a 10 anos – 44,8%. E 42,5% há mais de 11 anos, quando abandonaram o serviço. Neste grupo as mulheres tinham diagnóstico por mais tempo, 51,1% - por mais de 11 anos. (Tabela 22)

É interessante observar que, mesmo com diagnóstico da doença há mais de 5 anos, muitos ainda abandonam o serviço. Torna-se necessário avaliar com maior detalhamento quais os motivos que levam tais pessoas a desistirem. Até porque se pode identificar que não são todos não aderentes ao tratamento, pois podem estar sob controle em outras unidades de saúde ou mesmo podem ter se mudado da região.

Tabela 23 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo ano de início de tratamento no HC e sexo. Goiânia-Go , 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Ano de início de tratamento no HC	N	%	N	%	N	%
2000	36	80,0	29	69,0	65	74,7
2001	06	13,3	06	14,3	12	13,8
2002	03	6,7	07	16,7	10	11,5
Total	45	51,7	42	48,3	87	100,0

$$\chi^2=2,2531 \quad p = 0,3242 \quad (p \leq 0,05)$$

Dos pacientes que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC 74,7% iniciaram o tratamento no ano de 2000 e somente 25,3% nos anos de 2001 e 2002. (Tabela 23).

Neste mesmo período estava sendo criado o Hiperdia, ofertando assistência aos diabéticos na rede pública Municipal. Este programa facilitou o acesso aos indivíduos. Este pode ter sido um fator que interferiu na menor procura pelos serviços do HC-UFG nos anos 2001 e 2002.

Outro fator que deve ser lembrado é que, nestes anos, o HC passava por reestruturação do serviço de registro e atendimento. Esta fase pode ter interferido no registro dos atendimentos gerando sub-registro e diminuição das informações.

Tabela 24 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o valor da primeira glicemia no início do tratamento no HC e sexo. Goiânia - GO, 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Primeira glicemia do início do tratamento no HC	N	%	N	%	N	%
<110 mg/dl	05	11,1	05	11,9	10	11,5
110 a 200 mg/dl	22	48,9	13	31,0	35	40,2
201 a 300 mg/dl	08	17,8	12	28,6	20	23,0
> 300 mg/dl	10	22,2	12	28,6	22	25,3
Total	45	51,7	42	48,3	87	100,0

$$\chi^2 = 3,1965 \quad p = 0,3623 \quad (p \leq 0,05)$$

Média e Desvio Padrão 208,6 ± 88,1 230,8 ± 91,3

Neste grupo que abandonou o serviço do HC 40,2% apresentavam taxas de glicemia em jejum (diagnóstico) entre 110 a 200mg/dl. As mulheres predominaram entre estes (48,9%). E somente 11,5% apresentavam taxas consideradas sob controle - < 110mg/dl, com distribuição semelhante entre homens e mulheres. (Tabela 24).

Tabela 25 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, de acordo com o número de consultas durante o tratamento e o sexo. Goiânia - GO, 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Número de consultas durante o tratamento	N	%	N	%	N	%
<2 consulta	12	26,7	09	21,4	21	24,1
De 2 a 4 consultas	17	37,8	24	57,1	41	47,2
De 5 a 7 consultas	05	11,1	07	16,7	12	13,8
De 8 a 12 consultas	11	24,4	02	4,8	13	14,9
Total	45	51,7	42	48,3	87	100,0

$\chi^2=8,0940$ $p = 0,0441$ ($p \leq 0,05$)

A maior parte, 47,2% deste grupo freqüentou as consultas durante o período que se mantiveram assíduos pelo menos duas vezes. Mais da metade (57,1%) dos homens freqüentou entre 2 a 4 consultas. (Tabela 25)

Estes dados nos leva refletir sobre nossa atuação como profissional de saúde em educação em saúde. Concordamos com Lescura; Mamede (1990), quando relatam que a motivação para adesão ao tratamento é estimulada tanto pela família, pelo próprio paciente e também pelos profissionais de saúde, que possuem um papel importante no inicio do tratamento.

Tabela 26 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o valor da glicemia capilar na última consulta e o sexo. Goiânia - Go, 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Glicemia capilar na última consulta	N	%	N	%	N	%
<110 mg/dl	04	8,9	04	9,5	08	9,2
110 a 200 mg/dl	13	28,9	15	35,7	28	32,2
201 a 300 mg/dl	06	13,3	09	21,4	15	17,2
> 300 mg/dl	08	17,8	07	16,7	15	17,2
N.I.	14	31,1	07	16,7	21	24,1
Total	45	51,7	42	48,3	87	100,0

$$\chi^2 = 3,0430 \quad p = 0,5507$$

Média e Desvio Padrão 216,1 ± 92,6 211,7 ± 85,8

Relembrando que o método da glicemia capilar é utilizado para o monitoramento do DMII, foram analisados os valores encontrados entre os indivíduos que abandonaram o serviço, no momento de sua última consulta. Observou-se que 32,2% apresentaram estas taxas entre 110 a 200mg/dl. E somente 9,2% poderiam ser considerados com a DMII sob controle. Os homens, proporcionalmente, estavam com maior controle da glicemia. (Tabela 26)

Tabela 27 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, de acordo com a glicemia em jejum na última consulta e o sexo. Goiânia - Go, 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Glicemia de jejum na última consulta	N	%	N	%	N	%
<110 mg/dl	06	13,3	06	14,3	12	13,8
110 a 200 mg/dl	16	35,6	16	38,1	32	36,8
201 a 300 mg/dl	08	17,8	06	14,3	14	16,1
> 300 mg/dl	06	13,3	06	14,3	12	13,8
N.I.	09	20,0	08	19,0	17	19,5
Total	45	51,7	42	48,3	87	100,0

$$\chi^2 = 0,2414 \quad p = 0,9933$$

Média e Desvio Padrão 198,7 ± 85,2 195,6 ± 86,7

Quando foi utilizado o método da glicemia em jejum no último comparecimento 36,8% estavam com taxa entre 110 a 200mg/dl. E 13,8% estavam com a glicemia sob controle (<110mg/dl). É interessante observar que a distribuição entre os sexos foi muito semelhante. Observa-se que a maior parte das mulheres (35,6%) e dos homens (38,1%) com DM tipo 2 que não aderiram ao serviço mantiveram sua glicemia na faixa de 110 a 200 mg/dl, na primeira e última consulta, não ocorrendo assim uma redução de valores.(Tabela 27).

Esta falta de adesão ao tratamento pode ser relacionada a vários fatores dentre eles o fato dos sintomas surgirem tardiamente e não no momento da glicemia elevada, a falta de atividade física e os efeitos da dieta e medicamentos na alteração de vida do indivíduo (NOBRE, 2001; REGO, 2004).

Estes dados supracitados nos levam a buscar desafios em nossas condutas com profissionais da saúde de uma equipe multidisciplinar para reduzir o número de abandono ao tratamento, reduzindo assim o número de complicações cardiovasculares, mortalidade e situações de invalidez (MATHIAS; JORGE, 2004; SBD, 2003; BRASIL, 2002).

Para Santos e outros (2005) o fato das doenças crônicas degenerativas não causarem desconforto em seu início, o paciente não se compromete com as condutas necessárias ao seu controle, sendo percebido a necessidade de mudança de comportamento quando os sintomas interferem na sua qualidade de vida. Os autores reforçam ainda a necessidade de uma ação interdisciplinar para atingir a totalidade da doença e suas complicações em relação ao paciente.

Os valores que estavam acima de 300 mg/dl no início do tratamento (25,3%), tiveram uma redução na última consulta com 13,8% dos pacientes mantendo as taxas acima de 300 mg/dl. Entende-se que estes valores mostram que a adesão ao tratamento pode ser considerada parcial

Tabela 28 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o valor da glicemia pós prandial na última consulta e o sexo. Goiânia - Go, 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Gilcemia pós-prandial na última consulta	N	%	N	%	N	%
<140 mg/dl	05	11,1	02	4,8	07	8,0
140 a 200 mg/dl	06	13,3	07	16,7	13	14,9
201 a 300 mg/dl	05	11,1	08	19,0	13	14,9
> 300 mg/dl	11	24,4	04	9,5	15	17,2
N.I.	18	40,0	21	50,0	39	44,8
Total	45	51,7	42	48,3	87	100,0

$$\chi^2 = 5,4554 \quad p = 0,2437$$

Média e Desvio Padrão 241 ± 104,2 222,8 ± 82,4

Em relação à glicemia pós prandial, 29,8% dos pacientes que abandonaram o serviço mantiveram na faixa de 140 a 300 mg/dl e confirmando Zaidenverg (2004), que refere que as taxas de glicemia pós prandial estão diretamente relacionadas a taxas de glicemia capilar, que neste estudo também se mantiveram elevadas. (Tabela 28).

Analisando as mulheres percebemos que a maioria (24,4%) apresentou glicemia acima de 300 mg/dl, mas também foi, entre elas, que predominou aqueles com níveis sob controle (11,1%). (Tabela 28).

Tabela 29 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, de acordo com a hemoglobina glicada na última consulta e o sexo. Goiânia- GO, 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
≤ 07%	01	2,2	05	11,9	06	6,9
> 7%	18	40,0	16	38,1	34	39,1
N.I.	26	57,8	21	50,0	47	54,0
Total	45	51,7	42	48,3	87	100,0

$$\chi = 3,6398 \quad p = 0,3031$$

Média e Desvio Padrão 10 ± 1,6

9,2 ± 3,1

A hemoglobina glicada nos pacientes deste grupo manteve acima de 7% e segundo Andriolo e outros (2003) esta porcentagem está associada a um risco maior de complicações crônica. Devemos ressaltar que 54,0% das taxas não foram identificadas, sendo valores elevados que podem interferir na análise real dos dados. Esta taxa de 54,0% de não identificado pode estar relacionado ao custo deste exame no Serviço Único de Saúde, ou mesmo ao fato da não motivação em continuar o tratamento.

Os valores glicêmicos da hemoglobina glicada, glicemias de jejum, capilar e pós prandial devem ser avaliadas em conjunto, fornecendo ao profissional de saúde e paciente as informações necessárias para avaliar continuamente a terapia para o DM (GOLDSTEIN, 1999).

Tabela 30 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o valor do colesterol na última consulta e o sexo.

Goiânia - GO, 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Colesterol na última consulta	N	%	N	%	N	%
< 200	06	13,3	06	14,3	12	13,8
De 200 a 300	12	26,7	05	11,9	17	19,5
> 300	00	0,0	01	2,4	01	1,1
N.I.	27	60,0	30	71,4	57	65,5
Total	45	51,7	42	48,3	87	100,0

$$\chi^2 = 3,941 \quad p = 0,2679$$

Média e Desvio Padrão 217 ± 48,7

208,5 ± 67

Neste grupo houve um número muito alto de falta de registro 65,5%. Esta ausência de dados poderia indicar que os pacientes já estavam começando a abandonar o tratamento. No entanto, mesmo assim identifica-se que 13,8% dos pacientes estavam com a taxa de colesterol em níveis considerados sob controle. Proporcionalmente as mulheres apresentaram taxas maiores (26,7%). (Tabela 30).

Tabela 31 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, segundo o valor dos triglicérides na última consulta e o sexo. Goiânia-GO 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Triglicérides na última consulta	N	%	N	%	N	%
< 150	07	15,9	06	14,6	13	15,3
De 150 a 300	11	25,0	04	9,8	15	17,6
> 300	01	2,3	01	2,4	02	2,4
N.I.	25	56,8	30	73,2	55	64,7
Total	45	51,7	42	48,3	87	100,0

$$\chi^2 = 3,6969 \quad p = 0,2961$$

Média e Desvio Padrão 197,4 ± 69,2 186,4 ± 86,1

No grupo dos pacientes que abandonaram o serviço os valores de colesterol de triglicérides, na sua maioria, não estão informados. Somente 15,3% apresentaram taxas de triglicérides sob controle. (Tabela 31)

Semelhante dado sobre os valores de colesterol, indicando também ao início do abandono.

Tabela 32 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus II* que abandonaram o serviço de endocrinologia do HC/UFG no período de janeiro de 2000 a julho de 2005, de acordo com o Índice de Massa Corpórea na última consulta e o sexo. Goiânia - GO, 2005.

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA	N	%	N	%	N	%
<20 kg/m ²	03	6,6	03	7,2	06	6,9
De 20 a 25 Kg/m ²	13	28,9	12	28,6	25	28,7
> 25 Kg/m ²	18	40,1	18	42,8	36	41,4
N.I.	11	24,4	09	21,4	20	23,0
Total	45	51,7	42	48,3	87	100,0

Foi identificado que 41,4% dos pacientes que abandonaram o serviço possuem Índice de Massa Corpórea fora do padrão de normalidade. A distribuição do Índice de Massa Corpórea entre os sexos foi semelhante. (Tabela 32).

Cercato e outros, (2004) cita que o Índice de Massa Corpórea fora dos padrões estabelecidos proporciona um aumento do risco de desenvolver as complicações cardiovasculares no paciente.

Compreendendo a afirmação acima citada reforçamos a necessidade de mudança de hábitos de vida. Tais mudanças só poderão ocorrer baseadas no Modelo de Crença em Saúde e nas dimensões da severidade percebida e dos benefícios (MOURA ,2004).

4.5 Realizando comparação entre os grupos

Após a caracterização de cada grupo individualmente, foi realizado uma comparação entre as principais variáveis do estudo.

Tabela 33 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus* II nos grupos que aderiram e não aderiram o serviço de endocrinologia do HC/UFG de acordo com o sexo, faixa etária e ocupação. Goiânia - GO, 2005.

Variáveis	Adesão ao serviço (Grupo 01) (n: 47)	Não adesão ao serviço (Grupo 02) (n: 87)	Qui – Quadrado (χ^2)	P ($\alpha = 0,05$)
Sexo				
Homem	14 (29,8%)	42 (48,3%)	4,28	< 0,05
Mulher	33 (70,2%)	45 (51,7%)		
Faixa etária				
> 70 anos	08 (17,0%)	15 (17,2%)	1,94	> 0,05
30 a 40 anos	01 (2,1%)	06 (6,9%)		
41 a 50 anos	11 (23,4%)	15 (17,2%)		
51 a 60 anos	11 (23,4%)	21 (24,1%)		
61 a 70 anos	16 (34,0%)	30 (34,5%)		
Ocupação				
Aposentado	03 (6,4%)	02 (2,3%)	6,79	> 0,05
Do Lar	14 (29,8%)	21 (24,1%)		
Mercado Formal	08 (17,0%)	06 (6,9%)		
Mercado Informal	06 (12,8%)	17 (19,5%)		
N.I.	16 (34,0%)	41 (47,0%)		

α = Nível de significância

Ao realizar uma análise da distribuição quanto ao sexo nos dois grupos, foi observado que os homens possuem menor adesão ao serviço ($p < 0,05$)

No presente estudo a prevalência do sexo feminino foi maior, tanto no grupo de adesão ao serviço (70,2%) como no grupo **não** adesão ao serviço (51,7%), confirmando os estudos de Assunção; Santos; Costa, 2002; Araújo e outros, 1999, Rego, 2004 e Santos e outros (2005).

Franco (2004) referiu que a maior prevalência de DM tipo 2 no sexo feminino pode ser em razão de uma maior frequência nas consultas médicas (pré -

natal, exames periódicos). Os programas de assistência, historicamente, são direcionados para as mulheres ou o binômio mãe-filho.

O estudo de Torquato (2003) diferencia dos estudos acima citados, devido ter identificado uma frequência semelhante entre homens (12,0%) e mulheres (12,1%), resultados, corroborando com o estudo de Malerbi (1992) que também identificou uma semelhança entre a prevalência de diabetes por sexo feminino (7,5%) e masculino (7,6%). Tais diferenças nesta distribuição devem ser motivos de estudos específicos.

Boyle (2001) realizou uma projeção de pessoas com diabetes para 2025 e identificou uma maior prevalência de DMII nos indivíduos acima de 70 anos. Nosso estudo mostra uma prevalência na faixa etária de 61 a 70 anos nos dois grupos, considerando que a estimativa média de vida está aumentando, e os grupos da terceira idade estão mais ativos e vivendo mais, apesar da patologia presente, acredita-se que a faixa etária dos pacientes com DMII no ambulatório do HC/UFG também aumentará.

A prevalência da ocupação “do lar” foi predominante nos dois grupos (29,8% e 24,1%). Isso pode ter ocorrido em razão da maior presença do sexo feminino, influenciando também no tempo disponível para buscar o atendimento de saúde. Para Torquato (2004), a vida sedentária da mulher também pode ser um fator favorável o surgimento da DM tipo 2.

Tabela 34 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus* II nos grupos que aderiram e não aderiram ao serviço de acordo com o número de consultas durante o tratamento, tempo de diagnóstico e glicemia de jejum na última consulta.

Goiânia - GO, 2005.

Variáveis	Adesão ao serviço	Não adesão ao serviço	Qui – Quadrado (χ^2)	P
Número de consulta	(Grupo 01)	(Grupo 02)		($\alpha = 0,05$)
	(n: 47)	(n: 87)		
< duas consultas	00	21 (24,1%)	69,15	< 0,01
De 2 a 4 consultas	02 (4,3%)	41 (47,1%)		
De 5 a 7 consultas	05 (10,6%)	12 (85,1%)		
De 8 a 12 consultas	33 (70,2%)	13 (14,9%)		
> 12 consultas	07 (14,9%)	00		
Tempo de diagnóstico				
<5 anos	04 (8,5%)	04 (4,6%)	1,59	> 0,05
De 5 a 10 anos	19 (40,4%)	39 (44,8%)		
De 11 a 15 anos	14 (29,8%)	19 (21,8%)		
>15 anos	09 (19,1%)	18 (20,7%)		
Glicemia de jejum na última consulta				
<110 mg/dl	08 (17,0%)	12 (13,8%)	3,30	> 0,05
De 110 a 200 mg/dl	27 (57,4%)	32 (36,8%)		
De 201 a 300 mg/dl	09 (19,1%)	14 (16,1%)		
>300mg/dl	03 (6,4%)	12 (13,8%)		

α = Nível de significância

Analisando os dados ressalta-se que quanto menor a frequência às consultas maior o abandono ao serviço, dados estes já esperados no grupo do abandono. Observou-se que não houve diferença entre os dois grupos quanto ao tempo de diagnóstico (de 5 a 10 anos). Nos dois grupos observou-se uma taxa de glicemia na última consulta > ou igual a 110 mg/dl, mesmo sem diferença significativa.

Foi observado que 40,4% dos pacientes do grupo que aderiram o serviço possuem diagnóstico de DMII de 5 a 10 anos, e que, apesar de frequentar consultas médicas de 8 a 12 vezes (70,2%) durante o tratamento no HC, continuam mantendo a taxa de glicemia entre 110 e 200 mg/dl (57,4%). Valores glicêmicos estes semelhantes ao do grupo que não aderiu que possui 36,8% de pacientes nesta faixa de glicemia, demonstrando baixa adesão ao tratamento e insucesso terapêutico.

Santos e outros (2005) relacionaram o tempo de diagnóstico com o início do tratamento e identificou que alguns pacientes optaram por buscar o tratamento após algum tempo, somente quando iniciaram os sintomas.

O estudo de Araújo (1999) identificou em seu estudo que 35,8% dos pacientes possuíam diagnóstico de 6 a 10 anos e 54,5% foram na última consulta a menos de 2 meses, apresentando hemoglobina glicada com índice normal em 38,3% dos pacientes.

Estes dados reforçam a necessidade da uma intervenção dos profissionais de saúde, buscando estratégias aplicáveis que levem os pacientes a interagirem com a equipe e compreender em que também são responsáveis pelo sucesso terapêutico.

Acredita-se que a renda mensal e a escolaridade tenham uma influência direta no acesso ao serviço, visto que são variáveis marcantes na vida de um indivíduo em relação à motivação e decisão na sua mudança de atitude e conduta em relação à busca do serviço e tratamento.

Vasconcelos e outros (2000) afirmam que:

“Conseguir a adesão do paciente a tratamento que exigem mudanças de comportamento nem sempre é uma tarefa fácil para os profissionais da área de saúde.”

O Modelo de Crenças em Saúde nos leva a compreender o porquê da não adesão e isto nos dá subsídios para montar estratégia de intervenção e, aborda a transformação de atitude após a percepção do paciente sobre sua influência na tomada de decisão. Utilizam também as ações do profissional de saúde na educação em saúde direcionada ao paciente e sua família para a interação do aprendizado das condutas (REGO, 2004; MELO, 2005; MOURA, 2004).

Verificou-se que a maioria dos pacientes (71,2%) que abandonaram o serviço compareceram em até quatro consulta no HC/UFG, dados que nos levam a corroborar com Pilotto (2004, p) quando definiu que “...a adesão ao tratamento é centrada na decisão do paciente que é a parte ativa e definitiva do tratamento...” podendo nós, profissionais de saúde, orientar para a importância do comparecimento à consulta e principalmente adesão ao tratamento de forma suficiente para conseguir a conscientização da importância desta adesão.

Tabela 35 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus* II nos grupos que aderiram e não aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG, de acordo com o Índice de Massa Corpórea (Índice de Massa Corpórea). Goiânia, 2005.

ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA	Adesão ao serviço (Grupo 01) (n: 47)	Não adesão ao serviço (Grupo 02) (n: 87)	Qui – Quadrado (χ^2)	P ($\alpha = 0,05$)
< 20 kg/m ²	1 (2,1%)	4 (4,6%)	6,18	> 0,05
Entre 20,1 e 25,0 kg/m ²	20 (42,6%)	27 (31,0%)		
> 25,1 kg/m ²	22 (46,8%)	36 (41,4%)		
N.I.	04 (8,5%)	20 (23,0%)		
Total	47 (100,0%)	87 (100,0%)	-----	-----

α = Nível de significância

Entre os dois grupos o número de pessoas com Índice de Massa Corpórea maior ou igual a 25 kg/m² foi elevado, indicando uma possível associação entre DMII e obesidade. Situação esta que pode estar relacionada à não adesão à dieta e a atividade física instituídas no tratamento.

Tabela 36 - Distribuição dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus II nos grupos que aderiram e não aderiram ao serviço de endocrinologia do HC/UFG de acordo com local de residência. Goiânia – GO, 2005.

Local de residência	Adesão ao serviço (Grupo 01) (n: 47)	Não adesão ao serviço (Grupo 02) (n: 87)	Qui – Quadrado (χ^2)	P ($\alpha = 0,05$)
Goiânia	38 (80%)	74(85%)	0,38	> 005
Fora de Goiânia	09 (19,1%)	13 (15,0%)		
Total	47 (100,0%)	87(100,0%)	-----	-----

α = Nível de significância

O grupo aderente ao serviço residia em sua maioria no município de Goiânia, semelhante ao grupo do abandono ao serviço. Não foi feita a identificação da distância entre a residência e o HC/UFG. Portanto, não há como afirmar a interferência do acesso ao serviço e a adesão neste estudo.

5. CONCLUSÃO

Através deste estudo identificamos que o abandono ao serviço de endocrinologia do Hospital das Clínicas-UFG foi alto, implicando a uma elevada quantidade de pacientes DMII sem assistência e dados laboratoriais de controle fora da normalidade.

Dos 134 pacientes pesquisados a maioria 65% não aderiu ao serviço de endocrinologia do HC/UFG, e dos 35% que aderiram ao serviço, identificamos que a adesão ao tratamento também foi baixa.

Mesmo comparecendo com frequência regular ao serviço de endocrinologia, muitos não apresentavam o controle glicêmico esperado. Altas taxas de glicemia, colesterol e grande prevalência de obesidade indicam que a terapia instituída não está alcançando o sucesso desejado. A adesão ao serviço não garantiu a adesão ao tratamento. Levando a refletir se a ocupação, renda mensal, ou mesmo o sexo teria importância nesta situação ou se a forma de intervenção do profissional está de forma correta.

Do total de 35,0% que aderiu ao serviço, se considerarmos como indicador a Hemoglobina Glicada, tivemos 34,0% de adesão ao tratamento. Com o método da glicemia capilar foram 23,4%, e com a glicemia de jejum foram 17,0%. Identificou-se aqui um padrão inferior ao esperado, pois menos da metade dos pacientes permanecem sob tratamento.

Questionam-se os mais variados motivos para que isso esteja ocorrendo. Existem fatores que interferem e que estão relacionados à organização do serviço e a oferta da assistência. Tais como: horário de atendimento, possibilidade de aprazamento, atendimento ofertado pelos profissionais, dentre outros.

Mas há também fatores relacionados ao próprio paciente e a forma como se percebe doente. Caso ele não esteja suficientemente motivado pode não aderir por absoluta “descrença” no fato de que necessita realmente daquele tratamento.

E, no caso da DMII, que pode retardar o surgimento de sinais e sintomas, quando não controlada, muitos indivíduos passam a acreditar que estão curados e por isso mesmo deixam de comparecer ao ambulatório.

Então o primeiro passo para melhorar o sucesso terapêutico é conseguir que os pacientes melhorem sua adesão ao serviço. É preciso garantir a sua presença próxima à equipe de saúde para que possa ser motivado e orientado. Se a adesão

ao serviço é baixa o serviço deve ser avaliado para identificar onde existem falhas que possam ser corrigidas e refletir nesta maior aproximação.

Entendemos que o horário do atendimento deve ser variado para atender diferentes categorias na população. Assim, poderíamos sugerir três horários de atendimento – matutino vespertino e noturno. Dessa forma poderia até mesmo ser reduzida à alta demanda em um só horário e o acúmulo que ocorre nos corredores do ambulatório.

Outro caminho a percorrer ao encontro do sucesso terapêutico é a aproximação da assistência profissional ao paciente. Isto poderia ser feito com algumas estratégias: visitas domiciliares, assistência nos locais de trabalho, telefonemas lembrando da consulta, dentre outros.

Ainda com relação ao serviço pode-se propor que haja maior motivação da equipe que assiste o paciente DMII. De preferência que seja multiprofissional, composta por enfermeiros, médicos, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos e outros.

A equipe deve compreender que seu papel na assistência ao paciente é motivador e orientador e não de supervisor. Esta equipe deveria ser constantemente estimulada com possibilidades de cursos, congressos, reuniões... de forma tal que atuassem como um corpo orgânico e articulado. Por certo esta organização refletiria na maior adesão do paciente ao serviço.

A motivação para a adesão ao tratamento também é resultado de uma abordagem humana com qualidade e determinação de uma equipe multiprofissional

Depois de resolvidas as questões relacionadas ao serviço, há que se pensar bastante sobre a necessidade de melhorar a **adesão ao tratamento**. Só a presença do paciente constantemente nas consultas não é garantia que ele esteja aderindo às orientações, usando a medicação ou mesmo entendendo como deve participar.

É parte da terapia aplicada, nas situações de DMII, as medidas não farmacológicas que envolvem mudanças de hábitos e comportamentos. Estas medidas interferem com todo o modo de vida do indivíduo. E deve-se considerar que a grande maioria dos diagnósticos de DMII ocorre em faixas etárias adultas, quando o indivíduo já adquiriu vários hábitos e vícios.

Por estas razões a adesão ao tratamento transforma-se em um desafio a ser vencido.

Para que todas as orientações sobre o tratamento seja seguida é necessário uma motivação por parte do paciente em perceber a necessidade de mudança de hábito e aderir à todas as medidas .

Como alcançar esta motivação e como melhorar a adesão ao tratamento é uma barreira que ainda não está suficientemente esclarecida. Porém, algumas medidas estratégicas já têm sido usadas demonstrando sucesso.

A principal ferramenta disponível para o profissional de saúde em tais situações é a Educação em Saúde. Said (2001), refere que a educação em saúde utilizando atividades em grupos, através da problematização leva o paciente a auto expressão, a participação em grupos, a solução de problemas e o alcance de autonomia.

Na medida em que o paciente compreende, através da educação em saúde, o benefício de uma ação para a redução das complicações, ele participará desta ação. Os programas de educação são importantes para melhorar o conhecimento do paciente sobre a doença.

Acredita-se que a (não) adesão está relacionada a maneira do profissional abordar o paciente e suas proibições, as dificuldades de acesso às informações e as dificuldades de aprendizado para o auto cuidado.

Foi verificado a necessidade de ampliar nossos conhecimentos sobre a influência dos profissionais de saúde na adesão ao tratamento das doenças crônicas degenerativas, onde estão os pontos a serem melhorados para que a educação em saúde tenha um resultado positivo.

Promover ações educativas para os diabéticos é premissa fundamental para o tratamento da doença, prevenido as complicações e melhorando a qualidade de vida. É necessário que os profissionais de saúde implementem programa educativo junto às instituições de ensino, grupos sociais com o objetivo de promover a saúde e prevenir as doenças crônicas degenerativas.

O caráter assintomático do DM é um desafio para os profissionais de saúde que irão cuidar destes pacientes. Estratégias educacionais devam atender os aspectos emocionais e sociais, valorizando as crenças deste indivíduo, orientando-os juntamente com a família para ações de manutenção à saúde.

Uma sugestão de ação é a formação de grupo colocando o paciente como co-responsável pelo seu cuidado através de uma educação continua.

O trabalho em grupo é uma estratégia possível e adequada para desenvolver propostas educativas, proporcionando uma participação ativa do sujeito na construção de novos conhecimentos.

Deixamos aqui um desafio: Como trabalhar com a educação em saúde entre os indivíduos portadores de DMII de forma a garantir impacto e melhorar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, o sucesso terapêutico?

REFERÊNCIAS

1. ANDRIOLO, Adagmar e outros. Posicionamento Oficial 2003 - **A importância da Hemoglobina Glicada (A1c) para a avaliação do controle glicêmico em pacientes com diabetes mellitus: Aspectos clínicos e laboratoriais**, São Paulo: Federação Nacional da Associação E entidades de Diabetes _FENAD, 2003 p.22
2. ARAUJO, Cláudio Gil Soares. Plano de exercício físico. In: OLIVEIRA, José Egidio. Paulo de; MILECH, Adolpho. **Diabetes Mellitus: Clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 57- 66.
3. ARAÚJO, Rejane B. e outros. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 1. 1999.
4. ASSUNÇÃO, Maria Cecília Formoso; SANTOS, Iná da Silva dos; COSTA, Juvenal Soares Dias. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelota, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan. - fev. 2002.
5. BOYLE, James P. e outros. Projection of diabetes burden through 2050: Impact of changing demography and disease prevalence in the U.S. **Diabetes Care**, [S.l.], v. 24, n. 11, p.1936 - 40, Nov. 2001.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, 2002.
7. _____. Ministério da Saúde. Conferência Nacional da Saúde On-Line, **Educação em Saúde, Histórico, conceitos e propostas**, 2003.
8. BREVIDELLI, Maria Meimei; CIANCIARULHO, Tâmara Ivanow. Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 02, p. 193 – 201, 2001.
9. CAMARGO, Joíza Lins; GROSS, Jorge Luiz. Glico-Hemoglobina (HbA1c): Aspectos clínicos e Analíticos. **Arquivo Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 48, n. 04, Ago. 2004.
10. CENTENO, Alberto José. **Curso de estatística aplicada à biologia**. 2. ed. Goiânia: UFG, 2002. 234p.
11. CERCATO, Cíntia e outros. Systemic Hypertension, Diabetes Mellitus, and dyslipidemia in relation to body mass index: evolution of a brazillian population. **Revista Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina**, São Paulo, vol. 59, n. 03, 2004.

12. CHOMPRÉ, Roseni Rosângela. Autocuidado: necessidade ou responsabilidade? **Revista Baiana Enfermagem**, Salvador, v. 7, n. ½, p.153 - 161, Abr./out. 1994.
13. CLARK JUNIOR, Charles M. e outros. The National Diabetes Education Program, Changing the Way Diabetes Is Treated. **Diabetes Care**, v. 24, n. 4, Apr. 2001.
14. DANTAS, Flávio. A relação médico paciente em clínica médica. In: BRANCO, Rita Francis Gonzáles y Rodrigues. **A relação com o paciente**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.131 – 137.
15. FECHIO, Juliane Jellmayer; MALERBI, Fani Eta Korn. Adesão a um programa de atividade física em adultos portadores de diabetes. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 48, n. 02. Abr. 2004.
16. FRANCO, Laércio Joel. Um problema de Saúde Pública - Epidemiologia. In: OLIVEIRA, José Egidio Paulo de; MILECH, Adolpho. **Diabetes Mellitus: Clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 19 - 32
17. FUCHS, Sandra Costa; CASTRO Mauro Silveira de; FUCHS, Felipe Costa. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 07, n. 3, p.90 – 91, 2004.
18. GEORG, Álvaro E. e outros. Análise econômica de programa para rastreamento do Diabetes Mellitus no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 03, p. 452 – 460, 2005.
19. GUERRA, Carmen Amarílis e outros. Educación Para El Autocuidado de Pacientes Diabéticas Embarazadas. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 02, Abr. - jun. 2005.
20. GIORGI, Dante Marcelo Artigas. **Estudo sobre algumas variáveis que influenciam a aderência ao tratamento de Hipertensão Arterial**. 1989. Tese (doutorado).Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.
21. GOLDSTEIN, D. E. **A importância da Glicohemoglobina no monitoramento do nível de glicose em diabéticos**, Columbia, Missouri: BIO-RAD Laboratórios, 1999.
22. GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap. 78, p.827-39.
23. HORWITZ, R.I.; HORWITZ, S.M. Adherence to the treatment and health outcomes. **Arch Intern Med**, vol. 153, n. 16, aug. 1993.
24. JARDIM, Paulo César Veiga. **Educação em Saúde e controle da Pressão Arterial**. 1998. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

25. LEOPARDI, Maria Tereza e outros. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/ Pós-graduação, 2002. 290p.
26. LESCURA, Yara; MAMEDE, Marli Villela. **Educação em saúde: abordagem para o enfermeiro**. São Paulo: Sarvier, 1990. 56p.
27. MAIA, Frederico Fernandes Ribeiro; ARAUJO, Levimar Rocha. Projeto "Diabetes Weekend". Proposta de educação em diabetes Mellitus tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 46, n. 04, Out. 2002.
28. MAITRA, Anirban; ABBAS, Abul K. O Sistema Endocrino. In: KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; FAUSTO, Nelson. **Patologia: Bases Patológicas das Doenças**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
29. MARLEBI, Domingos Augusto; FRANCO, Laércio Joel. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30 – 69 yr. The Brazilian cooperative Group on the study of diabetes prevalence. **Diabete Care**, v. 15, n. 11, Nov. 1992.
30. MATHIAS, Thais Aidar de Freitas; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. Diabetes Mellitus na População Idosa em Município da Região Sul do Brasil: Um Estudo da Mortalidade e Morbidade Hospitalar. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 48, n. 04, Ago. 2004.
31. MELO, Dulcelena de Sousa. **Adesão dos enfermeiros às precauções padrão à luz do modelo de crenças em saúde**. 2005. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Enfermagem UFG, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005.
32. MENDONÇA, Leda Moreira Nunes; ROCHA, Cláudia Regina Ribeiro; GOMES, Suely Henrique de Aquino. **Guia para apresentação de trabalhos acadêmicos na UFG**. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 2005. 48p.
33. MILECH, Adolpho; PEIXOTO, Maria Cláudia. Quadro Clínico. In: OLIVEIRA, José Egidio Paulo de; MILECH, Adolpho. **Diabetes Mellitus: Clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 33 - 44.
34. MIYAR, Ludmila Otero. Impacto de un programa de promocion de la salud aplicado por enfermeria a pacientes diabéticos tipo 2 em la comunidad. **Revista Latino - Americana Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 06, p. 713 - 719. 2003.
35. MOURA, Josely Pinto de. **A adesão dos profissionais de enfermagem às precauções de isolamento na assistência aos portadores de microorganismos multirresistentes**. 2004. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

36. NADEAU, Julie e outros. Teaching Subjects with type 2 diabetes how to incorporate sugar choices into their daily meal plan promotes dietary compliance and does not deteriorate metabolic profile. **Diabetes Care**, v. 24, n.02, feb. 2001.
37. NOBRE, Fernando; PIERIN, Ângela; MION JR., Décio. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.118p.
38. OLIVEIRA, José Egídio Paulo de. Conceito Classificação e diagnóstico do diabetes Mellitus. In: _____. **Diabetes Mellitus: Clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 07-18.
39. PAES, Arsênio H. P.; BAKKER, Albert; SOE-AGNIE, Carmen J. Impact of dosage frequency on patient compliance. **Diabetes Care**, [S.l.], v. 20, n. 10, p. 1512 – 1517. Oct. 1997.
40. PACE, Ana Emília; NUNES, Polyana Duckur; OCHOA_VIGO, Kátia. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.11, n. 03, maio - jun. 2003.
41. PACE, Ana Emília e outros. Fatores de risco para complicações em extremidades inferiores de pessoas com Diabetes Mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, p. 514 -521, set. - out. 2002.
42. PAULO, Luiz Gonçalves; ZANINI, Antonio Carlos. **Compliance: Sobre o encontro paciente-médico**. São Paulo: São Roque, 1997.
43. PIERIN, Ângela Maria Geraldo; GUSMÃO, Josiane Lima; CARVALHO, Luciane Vasconcelos B. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para a hipertensão arterial. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 100 – 103, 2004.
44. PIERN, Ângela Maria Geraldo; STRELEC, Maria Aparecida Abdalla Moura; MION JR, Décio. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratametno. In: **Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar**, São Paulo: Manole, 2004, p. 275 – 289. (Ana, devo colocar o traço indicador de mesmo autor? “_____”)
45. PILOTTO, Lorenza; ABRIGNANI, Maurizio. L’approccio al paziente diabético: compliance e strategia Del cambiamento. **Ital. Heart J.**, [S.l.], v. 5, supl. 4, p.51-53, 2004.
46. PINHO, Lícia Maria Oliveira; PENNA, Claudia Maria de Matos. A contramão dos programas de educação em saúde: estratégias de diabéticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 1, p.7 – 12, jan./fev. 2002.
47. RAMOS, Célia L. e outros. **Demandas populares, políticas públicas e saúde: volume II. Movimentos sociais e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1989.145 - 64p.

48. REGO, Maria Aparecida Barbosa. **Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem junto Às pessoas portadoras de diabetes**. 2004. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem UFG, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2004.
49. ROSENSTOCK, I. M. Historical origins of the health belief model. **Health Education monographs**, [S.l.], v. 02, n. 04, p. 328 - 335, 1974.
50. _____. The health belief model and preventive health behavior. **Health Education monographs**, [S.l.], v. 02, n. 04, p. 354 – 386, 1974.
51. SAID, Fátima Aparecida. **Dinâmica pedagógica na perspectiva da educação em saúde**. Curitiba: Ed. Do autor, 2001. 94 p.
52. SALA, Arnaldo e outros. Avaliação do processo de atendimento a pacientes portadores de doença crônico-degenerativa em uma unidade básica de saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 06, p. 463 – 71, 1993.
53. SALOMON, Délcio Vieira. **Como fazer monografia**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 425 p.
54. SANTOS, Rita Batista e outros. Laboratório interdisciplinar de educação para o autocuidado em diabetes Mellitus, hipertensão arterial e obesidade. **Anais do IV SEMPE – Seminário de Metodologia para Projetos de Extensão**, São Carlos, p. 29 - 31 ago. 2001.
55. SANTOS, Sônia Regina de Almeida. **Grau de satisfação e adesão dos pacientes e resolutividade do ambulatório de hipertensão arterial do hospital universitário de Brasília**. 2002. Dissertação (mestrado) - Faculdade de medicina, Universidade de Brasília, Brasília, 2002.
56. SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; SILVA, Raimunda Magalhães da. **Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado**. Fortaleza: Unifor, 2002. 94 p.
57. SANTOS, Ellen Cristina Barbosa dos e outros. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 03, maio/jun. 2005.
58. SANTOS, Zélia Maria de Sousa e outros. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: Análise com abordagem interdisciplinar. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 03, jul./set. 2005.
59. SILVA, Maria Elizabeth Rossi da. **Tratamento do diabetes Mellitus não insulino dependente. Orientações Atuais 2002**. Disponível em: <<http://www.diabete.com.br/biblio/diab2>>. Acesso em: 07 de set./2004.
60. SILVA, Mariangélica Oliveira da. Plano educativo. In: OLIVEIRA, José Egidio Paulo; MILECH, Adolpho. **Diabetes Mellitus: Clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2004. 67-76p.

61. SMELTZER, Suzane C.; BARE, Brenda. Histórico e tratamento de pacientes com diabetes in: **Tratado de enfermagem medico-cirurgica** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 9 ed. V. 2 cap 37, p.933-983 2002.
62. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Equipe do Ministério da Saúde. Consenso: **Recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Disponível em: < www.diabetes.org.br>. Acesso em: 14 de outubro/2003.
63. SOUSA, Ana Luiza Lima. **Prevalência da Hipertensão arterial referida, percepção o de sua origem e formas de controle em área da metropolitana de São Paulo**. 1999. Tese (doutorado) - Faculdade de saúde Pública da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
64. TORQUATO, Maria Teresa da Costa Gonçalves e outros. Prevalence of Diabetes Mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. **São Paulo Méd. J.** São Paulo, v. 121, n.6 , 2003.
65. VASCONCELOS, Lucyana Bertoso de e outros. Consulta de enfermagem como oportunidade de conscientização em diabetes. **Revista. Eletrônica de Enfermagem (on-line)**. Goiânia: v.2, n. 3, jul./dez. de 2000. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/revista.html>>. Acessado em: 16/06/2004.
66. WIDMAN, Simon; LADNER, Estela; LOTTEMBERG, Simão. **Diabetes, Série Informação é saúde**. São Paulo: SENAC, 2002.
67. ZAJDENVERG, Lenita. Monitorização e critérios de Bom Controle. In: OLIVEIRA, José Egido Paulo; MILECH, Adolpho. **Diabetes Mellitus: Clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2004. 99 - 105p.

ANEXOS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL

PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG Nº 066/05

Goiânia, 15/07/2005.

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL (IES): Profª Ana Luíza Lima Sousa

TÍTULO: "Diabetes Mellitus tipo 2 e a adesão ao tratamento".

Área Temática: Grupo III

Local de Realização: HC/UFG

Senhor Pesquisador,

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal, após a análise das respostas adequadas às solicitações deste CEPMHA/HC/UFG, aprovou sem restrições o projeto de Pesquisa acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

→ Não há necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

→ O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios trimestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).


Prof. Joffre Rezende Filho
Coordenador do CEPMHA/HC/UFG

13. Adesão ao tratamento

a) Resultados de exames na última consulta:

Exame	Valor
Glicemia capilar	
Glicemia de jejum	
Glicemia pós prandial	
Hemoglobina Glicada	
Colesterol	
Triglicérides	
Peso	
Altura	

Data da coleta _____

Assinatura
