

Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos assistidos na atenção primária de saúde

Factors associated with elderly diabetic adherence to treatment in primary health care

Anna Karla de Oliveira Tito Borba ¹
Ana Paula de Oliveira Marques ¹
Vânia Pinheiro Ramos ¹
Márcia Carrera Campos Leal ¹
Ilma Kruze Grande de Arruda ¹
Roberta Souza Pereira da Silva Ramos ¹

Abstract *This study aimed to investigate factors associated with the treatment adherence of 150 elderly diabetics assisted in gerontogeriatric outpatient service in northeastern Brazil. Full adherence to therapy was self-reported by 27.3% of the elderly. In the bivariate analysis, adherence was associated with self-perceived health, beliefs in the use of medication, understanding explanations about diabetes and professional responsible for treatment guidance. After analysis adjustment, only beliefs in medicine were significant when comparing non-adherence with full adherence (OR = 9.65; CI95% 1.6; 56.6) and non-adherence with partial adherence (OR = 18.15; CI95% 3.5;95.4). It can be concluded that full adherence to diabetes treatment is low and is associated with beliefs in medications for disease control. It is necessary to develop additional studies to better define the role of health beliefs and practices of care among elderly assisted in primary health care.*

Key words *Adherence to treatment, Elderly, Diabetes Mellitus, Primary health care*

Resumo *Este estudo investiga os fatores associados à adesão terapêutica em 150 idosos diabéticos assistidos em serviço gerontogeriátrico de natureza ambulatorial no Nordeste do Brasil. Dentre os idosos, 27,3% autorreferiram adesão integral à terapêutica. Na análise bivariada a adesão esteve associada com a autopercepção da saúde, crenças no uso dos remédios, entendimento das explicações sobre o diabetes e profissional responsável pelas orientações sobre o tratamento. Após análise ajustada, apenas as crenças no medicamento foram significativas ao comparar a não adesão com a adesão integral (OR = 9,65; IC95% 1,6;56,6) e a não adesão com a adesão parcial (OR = 18,15; IC95% 3,5;95,4). Conclui-se que a adesão integral ao tratamento para o diabetes é baixa e está associada às crenças nas medicações utilizadas para o controle da doença. Faz-se necessário o desenvolvimento de estudos adicionais para melhor definir o papel das crenças em saúde e as práticas de cuidados entre idosos assistidos na atenção básica de saúde.*

Palavras-chave *Adesão à terapêutica, Idoso, Diabetes mellitus, Atenção Primária de Saúde*

¹ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco. Campus Universitário, Cidade Universitária. 50670-901 Recife PE Brasil. anninhatito@gmail.com

Introdução

O diabetes em idosos está associado a maiores taxas de morte prematura, incapacidade funcional e doenças coexistentes, tais como hipertensão, doença coronariana e acidente vascular cerebral. Além disso, contribui para as chamadas síndromes geriátricas caracterizadas pela polifarmácia, disfunção cognitiva, incontinência urinária, quedas e dor persistente^{1,2}.

Para o controle metabólico e prevenção das complicações do diabetes é necessária uma rotina de autocuidado que envolve o uso de medicação e a adoção de hábitos de vida saudáveis (alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo)^{1,3}. No entanto, as mudanças de comportamentos são desafiadoras para os idosos com diabetes e serviços de saúde, resultando na não adesão em mais de 80% dos indivíduos com a doença e predispondo à ocorrência de incapacidades que impactam negativamente na sua qualidade de vida⁴.

A adesão é um fenômeno multidimensional⁵ e, segundo Leite e Vasconcelos⁶, corresponde à concordância entre a prescrição médica e a conduta do próprio paciente. Porém, são muitos os fatores que contribuem para a falta de adesão entre os idosos, tais como o acesso aos medicamentos, características da doença e do tratamento, apoio social, relação profissional de saúde-paciente, idade avançada, baixo poder aquisitivo, analfabetismo, depressão, ansiedade, negação ou medo da doença e as crenças relativas à saúde⁷.

Diante da variedade e a complexidade dos fatores que concorrem para a não adesão ao tratamento, é necessária uma abordagem individualizada do profissional responsável pela assistência, contemplando as singularidades de cada situação^{7,8}. Desse modo, estudos que identifiquem as prevalências de adesão às diferentes modalidades de tratamento para o controle glicêmico e os fatores associados são importantes para direcionar ações individuais e coletivas de atenção à saúde ao segmento mais envelhecido da sociedade. Neste contexto, este estudo buscou investigar os fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos assistidos na atenção primária de saúde.

Métodos

Estudo observacional-seccional, desenvolvido no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), ser-

viço gerontogeriatrico de natureza ambulatorial. A amostra foi do tipo conveniência, constituída por 244 idosos diabéticos, de ambos os sexos, que ingressaram no serviço no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2010. Comprometimento de comunicação e/ou cognição registrado no prontuário, idosos com dificuldade ou impossibilidade de locomoção, devido à fraqueza muscular, problemas articulares, dores ou condições neurológicas que restringisse o acesso ao ambulatório foram adotados como critérios de exclusão.

As perdas registradas em decorrência de óbito (15), recusa em participar do estudo (21) e registro incorreto do endereço e/ou número do telefone no prontuário (58) contribuíram para a composição final da amostra equivalente a 150 idosos diabéticos.

A coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro a setembro de 2011, por meio de roteiro estruturado com questões fechadas, sendo as entrevistas realizadas por acadêmicos dos cursos de fisioterapia e enfermagem, que receberam treinamento para a aplicação do instrumento e foram avaliados e reciclados durante todo o período da pesquisa.

A variável dependente correspondeu à adesão terapêutica referida, a qual corrobora com as Diretrizes para o Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus⁹. Neste estudo, a adesão integral correspondeu à resposta positiva nas perguntas relacionadas ao uso de medicamentos (hipoglicemiantes orais e/ou insulina), conforme prescrição médica (exceto os que não possuíam medicação prescrita para o diabetes), prática regular de exercício físico aeróbico e/ou de resistência, frequência mínima de três vezes na semana e duração mínima de 30 minutos por sessão ou 150 minutos/semana contínuos, conforme recomendações das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes⁹ e controle alimentar. Os idosos que referissem não ter medicação prescrita para o diabetes, a adesão integral foi considerada quanto à prática regular de atividade física e controle alimentar. A adesão parcial foi definida por resposta positiva em uma das perguntas (uso de medicamentos, atividade física regular e controle alimentar) e não adesão definida por resposta negativa nas três perguntas.

As variáveis independentes selecionadas para análise foram: características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, arranjo familiar, situação previdenciária, renda mensal do idoso, contribuição para o sustento da casa); condições de saúde e fatores relacionados ao tratamento (autopercepção de saúde, tempo

de diagnóstico do diabetes, tempo de tratamento, medicamentos prescritos pelo médico utilizados para o diabetes, meio de aquisição da medicação, presença de efeito colateral, percepção quanto ao uso diário dos medicamentos, uso de chás anti-diabéticos em substituição aos medicamentos); percepção da doença (conhecimento sobre a doença, tipos de tratamento - categorizado em nenhum, básico [medicação ou dieta ou exercício físico], moderado [medicação e dieta ou medicação e exercício físico ou dieta e exercício físico], avançado [medicação, dieta e exercício físico], percepção sobre a ocorrência de complicações, crenças no uso dos medicamentos, seguimento da dieta e prática de atividade física para o controle da doença, crenças na mensuração do nível glicêmico e mudanças na rotina de vida com o tratamento); suporte social (apoio social avaliado através do APGAR da Família¹⁰, cuja denominação representa um acrônimo em inglês, derivado dos domínios: Adaptation [adaptação], Partnership [companheirismo], Growth [desenvolvimento], Affection [afetividade] e Resolve [capacidade resolutive], relação profissional/equipe de saúde-paciente investigada por meio da confiança no médico e na equipe multiprofissional, entendimento das explicações sobre o diabetes, esclarecimento de dúvidas sobre o tratamento no momento da consulta, profissional responsável pelas orientações sobre o tratamento e participação em grupos educativos para diabetes).

Para a análise dos dados, foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 17.0. A associação entre as variáveis independentes e a adesão terapêutica foi examinada através da análise bivariada pelos testes Qui-Quadrado de Independência de Pearson ou o teste Exato de Fisher, este último, quando os resultados não atendiam aos requisitos para a aplicação do primeiro teste, ambos com nível de significância de 5% e intervalos de 95% de confiança.

Na análise multivariada foi utilizado o modelo de regressão multinomial com a inclusão de todas variáveis com $p < 0,20$ e permaneceram no modelo final as variáveis com $p < 0,05$. Os resultados foram interpretados em termos de Razão de Chances (*Odds Ratio*) e respectivos Intervalos de Confiança (IC), calculados para cada variável estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$).

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Os entrevistados realizaram a assinatura ou impressão digital do Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido, no qual eram explicados os objetivos da pesquisa e as informações solicitadas, garantida a confidencialidade das informações obtidas.

Resultados

Dos 150 idosos diabéticos entrevistados, 73,3% eram do sexo feminino, 54,7% estavam na faixa de 60 a 69 e apenas 10,6% tinham acima de 80 anos. Verificou-se que 51,3% viviam com companheiro e 60,0% com cônjuge e familiares. No que se refere à escolaridade, 58,7% possuíam até 8 anos de estudo. Foi visto que 73,3% eram aposentados, 52,7% recebiam de 1 a 2 salários-mínimos e 66,0% contribuíam totalmente para o sustento da casa (Tabela 1).

Analisando-se a adesão referida tem-se que 78,7% faziam uso regular de medicamentos para diabetes, seguidos de 16,0% que não tinham indicação para medicação. Apenas 38,7% praticavam atividade física regularmente e 60,0% seguiam recomendações nutricionais prescritas por médico ou nutricionista. Avaliando-se o seguimento terapêutico referido dos idosos diabéticos, a adesão parcial foi predominante (66,7% dos participantes), seguido de 27,3% de adeptos integrais e 6,0% restante de não adeptos (Tabela 1).

Na análise bivariada, as variáveis associadas à adesão terapêutica referida foram: autopercepção da saúde ($p = 0,038$), crenças no uso dos remédios para controlar o diabetes ($p = 0,001$), entendimento das explicações sobre o diabetes ($p = 0,005$) e profissional responsável pelas orientações sobre o tratamento ($p = 0,028$) (Tabelas 2, 3 e 4).

Na análise multinomial, a variável “Crença nos medicamentos para controlar o diabetes” foi significativa ao comparar a não adesão com adesão integral (OR = 9,65; IC95% 1,6;56,6), e não adesão com adesão parcial (OR = 18,15; IC95% 3,5;95,4), no ajuste do modelo final. Assim, o idoso diabético que toma e acredita que os medicamentos controlam o diabetes tem 9,65 vezes a mais de chances em atingir uma adesão integral ao tratamento quando comparado ao idoso que não faz uso de medicamentos e não adere ao tratamento. Em contrapartida, o idoso diabético que toma e acredita que os medicamentos controlam a doença, tem 18,15 vezes a mais de chances em atingir uma adesão parcial ao tratamento quando comparado ao idoso que não adere. O teste da razão da verossimilhança foi significativo ($p = 0,003$) indicando que o modelo proposto pode ser utilizado (Tabela 5).

Tabela 1. Adesão terapêutica segundo fatores socioeconômicos e demográficos de idosos diabéticos na atenção primária de saúde. Recife, PE, 2011.

Variável	Adesão terapêutica							p - valor
	Total (n = 150)	Integral (n = 41; 27,3%)		Parcial (n = 100; 66,7%)		Não adesão (n = 9; 6,0%)		
	n (%)	n	%	n	%	n	%	
Sexo								
Masculino	40 (26,7)	10	25,0	26	65,0	4	10,0	0,453*
Feminino	110 (73,3)	31	28,2	74	67,3	5	4,5	
Faixa etária (anos)								
60 a 69	82 (54,7)	27	32,9	51	62,2	4	4,9	0,364**
70 a 79	52 (34,7)	11	21,2	38	73,1	3	5,8	
80 ou mais	16 (10,6)	3	18,8	11	68,8	2	12,5	
Situação conjugal								
Com companheiro	77 (51,3)	17	22,1	55	71,4	5	6,5	0,484**
Sem companheiro	73 (48,7)	24	32,9	45	61,6	4	5,5	
Arranjo familiar								
Mora sozinho(a)	27(18,0)	11	40,7	15	55,6	1	3,7	0,197**
Somente com cônjuge	33(22,0)	9	27,3	20	60,6	4	12,1	
Cônjuge + familiares	90(60,0)	21	23,3	65	72,2	4	4,4	
Ano de estudo								
≤ 8 anos	88 (58,7)	20	22,7	64	72,8	4	4,5	0,696**
> 8 anos	62 (41,3)	21	33,9	36	58,0	5	8,1	
Situação previdenciária								
Aposentado (a)	110 (73,3)	28	25,4	75	68,2	7	6,4	0,869**
Não é aposentado (a) ^a	40 (26,7)	13	32,5	25	62,5	2	5,0	
Renda mensal idoso (SM) ^b								
< 1	18 (12,0)	5	27,8	12	66,7	1	5,6	0,805 ⁽²⁾
1 - 2	79 (52,7)	20	25,3	55	69,6	4	5,1	
2 - 4	29 (19,3)	10	24,5	18	62,1	1	3,4	
≥ 4	24 (16,0)	6	25,0	15	62,5	3	12,5	
Contribuição no sustento da casa								
Sim, totalmente	99 (66,0)	29	29,3	63	63,6	7	7,1	0,841**
Sim, parcialmente	39 (26,0)	10	25,6	27	69,2	2	5,1	
Não	12 (8,0)	2	16,7	10	83,3	-	-	

^a Pensionista e não aposentado; ^b SM (salário-mínimo) vigente à época da pesquisa (em reais) = R\$ 545,00. * Teste Qui-quadrado de Pearson. ** Teste Exato de Fisher.

Discussão

A adesão integral à terapêutica para o diabetes foi baixa entre os idosos diabéticos entrevistados. Resultado semelhante também foi observado em estudo realizado com pessoas com diabetes tipo 2 no sudeste do Brasil¹¹ e na zona urbana e rural dos sete estados da República mexicana¹².

Apesar de prevalente, a adesão terapêutica medicamentosa mostrou-se abaixo do recomendado de 80%⁶. Revisão sistemática destaca que o baixo seguimento à terapêutica medicamentosa em idosos é decorrente da complexidade dos esquemas medicamentosos, atrelada à falta de entendimento, esquecimento, diminuição da

acuidade visual e destreza manual¹³. Resultado consonante também foi encontrado na cidade de Bagé/RS, em que a baixa adesão esteve associada à idade, ausência de plano de saúde, compra de medicamentos, uso de mais de três medicamentos e incapacidade instrumental para a vida diária¹⁴.

A prática regular de atividade física e o seguimento nutricional também não se mostraram adequados. A mudança no estilo de vida faz parte do tratamento para as doenças crônicas, porém os hábitos são comportamentos sociais e culturalmente construídos ao longo da vida, envoltos em aspectos simbólicos que materializam a tradição na forma de ritos e tabus, sendo de difícil modificação.

Tabela 2. Adesão terapêutica segundo as condições de saúde e fatores relacionados ao tratamento de idosos diabéticos na atenção primária de saúde. Recife, PE, 2011.

Variável	n (%)	Adesão terapêutica						P valor
		Integral		Parcial		Não adesão		
		n	%	n	%	n	%	
Autopercepção da saúde								
Excelente a boa	39 (26,0)	15	38,5	21	53,8	3	7,7	0,038*
Regular	93 (62,0)	24	25,8	66	71,0	3	3,2	
Ruim	18 (12,0)	2	11,1	13	72,2	3	16,7	
Tempo de diagnóstico								
≤ 5 anos	50 (33,3)	15	30,0	30	60,0	5	10,0	0,524*
6 a 10 anos	35 (23,3)	10	28,6	23	65,7	2	5,7	
≥ 11 anos	65 (43,3)	16	24,6	47	72,3	2	3,1	
Tempo de tratamento farmacológico								
< 5 anos	44 (34,9)	12	27,3	30	68,2	2	4,5	0,676*
5 - 10 anos	33 (26,2)	9	27,3	23	69,7	1	3,0	
≥ 10 anos	49 (38,9)	12	24,5	37	75,5	-	-	
Tempo de tratamento não farmacológico ^b								
< 5 anos	54 (48,2)	22	40,7	32	59,3	-	-	0,654**
5 - 10 anos	26 (23,2)	8	30,8	18	69,2	-	-	
≥ 10 anos	32 (28,6)	11	34,4	21	65,6	-	-	
Medicamento para Diabetes ^c								
Hipoglicemiante oral	107 (84,9)	26	24,3	78	72,9	3	2,8	0,471*
Insulina	9 (7,1)	2	22,2	7	77,8	-	-	
Hipoglicemiante oral e insulina	10 (7,9)	5	50,0	5	50,0	-	-	
Aquisição de medicamento para Diabetes ^c								
Totalmente pelo SUS	67 (53,2)	18	26,9	46	68,7	3	4,5	0,448*
Parcialmente pelo SUS	23 (18,2)	8	34,8	15	65,2	-	-	
Recursos próprios	36 (28,6)	7	19,4	29	80,6	-	-	
Relato de efeito colateral ^c								
Sim	29 (23,0)	5	17,2	22	75,9	2	6,9	0,097*
Não	97 (77,0)	28	28,9	68	70,1	1	1,0	
Percepção quanto ao uso dos medicamentos todos os dias ^c								
Bom	61 (48,4)	18	29,5	42	68,9	1	1,6	0,841*
Indiferente	38 (30,2)	8	21,1	29	76,3	1	2,6	
Ruim/Péssimo	27 (21,4)	7	25,9	19	70,4	1	3,7	
Uso de chás antidiabéticos em substituição aos medicamentos ^c								
Sim	5 (4,0)	1	20,0	4	80,0	-	-	1,000*
Não	121 (96,0)	32	26,4	86	71,1	3	2,5	

* Teste Exato de Fisher. ** Teste Qui-quadrado de Pearson. ^b Ajustado para indivíduos que auto-relataram prática de atividade física e/ou seguimento nutricional. ^c Ajustado para indivíduos que tinham medicação prescrita para diabetes.

Franchi et al.¹⁵ comparando a prática de atividade física em 88 idosos diabéticos e não-diabéticos, observaram que aproximadamente metade dos participantes dos dois grupos não praticava nenhuma atividade física, dados estes que corroboram com o encontrado neste estudo. Diversas barreiras contribuem para a inatividade física entre os idosos, com destaque para os problemas de saúde e os compromissos familiares¹⁶. Contudo, sabe-se que a redução progressiva da aptidão

física e da força muscular contribui para a perda da autonomia e capacidade funcional nessa fase da vida, tornando-se prevenível com a prática regular de atividade física¹⁷. Desse modo, é necessária a adoção de programas públicos de incentivo a prática de atividade física, que considerem os espaços comunitários, as possibilidades e limitações do idoso ao tipo de exercício, além do esclarecimento acerca das contribuições da atividade física para a saúde biopsicossocial do idoso^{16,18}.

Tabela 3. Adesão terapêutica segundo a percepção da doença de idosos diabéticos na atenção primária de saúde. Recife, PE, 2011.

Variável	n (%)	Adesão terapêutica						p - valor
		Integral		Parcial		Não adesão		
		n	%	n	%	n	%	
O Diabetes é uma doença que tem cura?								
Sim	22(14,7)	8	36,4	12	54,5	2	9,1	0,417*
Não	128(85,3)	33	25,8	88	68,8	7	5,5	
Conhece os tipos de tratamento?								
Nenhum	28 (18,7)	5	17,9	21	75,0	2	7,1	0,292**
Básico	25 (16,7)	5	20,0	19	76,0	1	4,0	
Moderado	48 (32,0)	11	22,9	34	70,8	3	6,3	
Avançado	49 (32,7)	20	40,8	26	53,1	3	6,1	
Acha que traz complicações								
Sim	146(97,3)	40	27,4	97	66,4	9	6,2	1,000**
Não	4(2,7)	1	25,0	3	75,0	-	-	
Conhece dois órgãos que podem ser atingidos								
Sim	82 (54,7)	24	29,3	53	64,6	5	6,1	0,888**
Não	68 (45,3)	17	25,0	47	69,1	4	5,9	
Crença nos medicamentos para controlar o Diabetes?								
Usa e acredita nos medicamentos	125(83,3)	33	26,4	89	71,2	3	2,4	0,001**
Usa e não acredita nos medicamentos	7 (4,7)	3	42,9	3	42,9	1	14,3	
Não faz uso de medicamento	18 (12,0)	5	27,8	8	44,4	5	27,8	
Crença na dieta e atividade física para controlar o Diabetes?								
Sim	144(96,0)	41	28,5	95	66,0	8	5,6	0,171**
Não	6 (4,0)	-	-	5	83,3	1	16,7	
Preocupação em verificar o nível de glicose no sangue								
Sim	104(69,3)	29	27,9	71	68,3	4	3,8	0,248*
Não	46 (30,7)	12	26,1	29	63,0	5	10,9	
Mudanças na rotina com o tratamento								
Sim	76 (50,7)	23	30,3	50	65,8	3	3,9	0,453**
Não	74 (49,3)	18	24,3	50	67,6	6	8,1	

* Teste Qui-quadrado de Pearson. ** Teste Exato de Fisher.

Além da prática de atividade física, o seguimento de um plano alimentar é de extrema importância para o controle glicêmico^{1,3}. Na avaliação do seguimento nutricional no diabetes, Broadbent et al.¹⁹ identificaram que a adesão esteve associada à menor ocorrência de complicações, maior controle pessoal e do tratamento, menos sintomas e transtornos emocionais. Nesse sentido, as orientações dietoterápicas devem ser individualizadas, com base nas preferências, cultura, tradições e metas metabólicas, com ênfase em escolhas alimentares saudáveis²⁰.

A autopercepção da saúde atual esteve associada à adesão terapêutica nessa investigação, concordando com estudo realizado no sudeste do Brasil²¹. Esta variável representa a forma como o

indivíduo vê seu estado e compreende sua enfermidade, sendo considerado marcador de risco de mortalidade. Segundo Fonseca et al.²², ao definir sua saúde como boa ou razoável, o idoso não se caracteriza como pessoa livre de doenças, mas como sujeito autônomo e capaz de agir sobre o ambiente. Neste estudo, o idoso que autopercebe a sua saúde como regular desempenha uma maior rotina de cuidados com a doença em relação ao que a autoavalia como ruim. Resultado semelhante também foi encontrado por Luz et al.²³ ao identificar que a prevalência de não adesão esteve associada à pior autopercepção de saúde.

As informações recebidas e o entendimento das explicações sobre o diabetes influenciam o comportamento dos indivíduos ao decidirem em

Tabela 4. Adesão terapêutica segundo o suporte social de idosos diabéticos na atenção primária de saúde. Recife, PE, 2011.

Variável	n (%)	Adesão terapêutica						p - valor
		Integral		Parcial		Não adesão		
		n	%	n	%	n	%	
APGAR da família								
Elevada disfunção familiar	17(11,3)	2	11,8	13	76,5	2	11,8	0,177*
Moderada disfunção familiar	21(14,0)	8	38,1	11	52,4	2	9,5	
Boa funcionalidade familiar	112(74,7)	31	27,7	76	67,9	5	4,5	
Confiança no médico								
Sim	44(96,0)	39	27,1	96	66,7	9	6,3	1,000*
Não	6 (4,0)	2	33,3	4	66,7	-	-	
Confiança na equipe de profissionais								
Sim	146(97,3)	39	26,7	98	67,1	9	6,2	0,673*
Não	4 (2,7)	2	50,0	2	50,0	-	-	
Entendimento das explicações sobre o Diabetes								
Sim	117(78,0)	36	30,8	78	66,7	3	2,6	0,005*
Não	18 (12,0)	2	11,1	14	77,8	2	11,1	
Não recebe explicações	15(10,0)	3	20,0	8	53,3	4	26,7	
Esclarecimento de dúvidas sobre o tratamento durante a consulta								
Sim	131(87,3)	37	28,2	87	66,4	7	5,3	0,587**
Não	19 (12,7)	4	21,1	13	68,4	2	10,5	
Profissional que orienta sobre o tratamento								
Médico	122(81,3)	33	27,0	85	69,7	4	3,3	0,028*
Enfermeiro	1 (0,7)	-	-	1	100,0	-	-	
Nutricionista	10 (6,7)	4	40,0	6	60,0	-	-	
Agente Comunitário de Saúde	5 (3,3)	1	20,0	3	60,0	1	20,0	
Médico e nutricionista	3 (2,0)	1	33,3	1	33,3	1	33,3	
Não recebe orientações sobre o tratamento	9 (6,0)	2	22,2	4	44,4	3	33,3	
Participação em grupos educativos para o Diabetes								
Nunca participou	120(80,0)	30	25,0	82	68,3	8	6,7	0,389*
Participou	30(20,0)	11	36,7	18	60,0	1	3,3	

* Teste Qui-quadrado de Pearson. ** Teste Exato de Fisher.

seguir ou não à terapêutica prescrita para o diabetes²⁴. A falta de conhecimento sobre a doença e a inadequada capacitação e integração dos profissionais de saúde estão associadas a não adesão ao tratamento, sendo necessária a incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde, a fim de instrumentalizar e motivar os indivíduos com o diabetes para a mudança comportamental²⁵.

O médico foi o profissional responsável pelas orientações sobre o tratamento do diabetes por meio de consultas individuais, porém a adesão parcial foi predominante entre os entrevistados. Leite e Vasconcelos⁶ afirmam que a adesão ao tratamento não é determinada exclusivamente pelo poder do médico de fazer o cliente seguir a prescrição. Porém, certas atitudes do prescritor, tais

como: linguagem, tempo dispensado para a consulta, respeito aos questionamentos e motivação para o cumprimento da terapia podem interferir na adesão terapêutica. Contudo, no presente estudo, não foi avaliado como os profissionais de saúde passavam a informação aos idosos, sendo esse um dos fatores limitantes.

A crença do idoso sobre a utilização do medicamento para o controle do diabetes apresentou associação positiva tanto no modelo bivariado como multivariado, corroborando aos resultados encontrados por outros autores^{5,7}. A adesão medicamentosa para o controle glicêmico envolve crenças comportamentais, normativas e de controle que devem ser consideradas na avaliação dos determinantes do comportamento²⁶.

Tabela 5. Fatores associados à adesão terapêutica de idosos diabéticos segundo modelo de regressão logística multinomial na atenção primária de saúde. Recife, PE, 2011.

Variáveis	Não Adesão x Adesão Integral			
	Modelo Bruto		Modelo Ajustado*	
	OR (IC95%)	p-valor	OR (IC95%)	p-valor
Crença nos medicamentos para controlar o Diabetes				
Usa e acredita nos medicamentos	11,00 (2,0-61,0)	0,006	9,65 (1,6-56,6)	0,012
Usa e não acredita nos medicamentos	3,00 (0,2-39,6)	0,834	2,83 (0,2-41,2)	0,444
Não faz uso de medicamentos ^a	1,00	-	1,00	-
Variáveis	Não Adesão x Adesão Parcial			
	Modelo Bruto		Modelo Ajustado*	
	OR (IC95%)	p-valor	OR (IC95%)	p-valor
Crença nos medicamentos para controlar o Diabetes				
Usa e acredita nos medicamentos	18,54 (3,7-92,1)	< 0,001	18,15 (3,5-95,4)	0,001
Usa e não acredita nos medicamentos	1,88 (0,2-23,4)	0,488	1,89 (0,1-25,4)	0,630
Não faz uso de medicamentos ^a	1,00	-	1,00	-

*Modelo ajustado para as variáveis: autopercepção da saúde, entendimento das explicações sobre o diabetes e profissional que orienta sobre o tratamento; ^a Categoria de Referência da variável; Teste da razão de verossimilhança (p - valor = 0,003); Poder de predição = 68,7%.

Estudo de Coorte conduzido com indivíduos diabéticos tipo 2 na cidade de Boston, Estados Unidos, concluiu que a crença nos medicamentos para a melhora dos sintomas e proteção para a saúde no futuro esteve associada a maiores taxas de adesão ao medicamento, quando comparado àqueles indivíduos descrentes²⁷. Desse modo, destaca-se a importância de considerar os conceitos, convicções e atitudes dos idosos relacionadas à saúde e às práticas de cuidado.

Como limitações do estudo, encontra-se o uso de roteiro estruturado, sujeito a distorções e tendências do entrevistador; análise da adesão ter sido realizada apenas sob o ponto de vista do relato do idoso diabético quanto à terapêutica prescrita, o que difere de outros estudos que avaliaram a adesão por meio do controle glicêmico^{12,15}; uso da medida de associação Odds Ratio, considerando que os estudos transversais utilizam a medida razão de prevalência, porém a aferição da adesão sob os três aspectos (integral, parcial e não adesão) só foi possível utilizando o Modelo Multinomial, optando-se por trabalhar com o Odds Ratio apesar do risco da sobrestimação; escassez de estudos internacionais e nacionais relacionados a adesão em idosos diabéticos sob os três aspectos estudados, dificultando a comparação com outros achados voltados a este segmento, comprovando a necessidade de outros estudos nessa temática com o público mais envelhecido.

Os achados apontam a necessidade de ações que incentivem a mudança comportamental, para a adoção de estilos de vida saudáveis e o desenvolvimento de estudos adicionais, para melhor definir o papel das crenças em saúde e as práticas de cuidados nesta população. Além disso, infere-se que o desenho de práticas educativas com metodologias ativas baseadas na reflexão e respeito à autonomia e individualidade dos idosos diabéticos possibilite a promoção das atividades de autocuidado para o controle glicêmico.

Colaboradores

AKOT Borba participou da concepção, execução da pesquisa, análise e interpretação dos dados, elaboração e revisão do artigo; APO Marques da concepção, análise e interpretação dos dados, elaboração e revisão do artigo; VP Ramos da revisão do artigo; MCC Leal da concepção, planejamento da pesquisa e revisão do artigo; IKG Arruda da revisão do artigo; RSPS Ramos: concepção e execução da pesquisa.

Referências

1. American Diabetes Association. Guidelines Source: Standards of Medical Care in Diabetes – 2016. *Diabetes Care* 2016; 39(Supl. 1):S1-S112.
2. Mooradian A, Chehade JM. Diabetes Mellitus in Older Adults. *Am J Ther* 2012; 19(2):145-159.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília: MS; 2013.
4. Pupko VB, Azzollini S. Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Argent Salud Pública* 2012; 3(10):15-23.
5. World Health Organization (WHO). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO; 2003.
6. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cien Saude Colet* 2003; 8(3):775-782.
7. Almeida HO, Versiani ER, Dias AR, Novaes MRCG, Trindade EMV. Adesão a tratamentos entre idosos. *Com Ciências Saúde* 2007; 18(1):57-67.
8. Tanqueiro MTOS. A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. *Rev Enf Ref* 2013; serIII(9):151-160.
9. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2007 - Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus*. Rio de Janeiro: SBD; 2007.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: MS; 2006.
11. Faria HTG, Rodrigues FFL, Zanetti ML, Araújo MFM, Damasceno MMC. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm* 2013; 26(3):231-237.
12. Hernandez-Romieu AC, Elneque-Olaiz A, Huerta-Urbe N, Reynoso-Noveron N. Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. *Salud Pública Méx* 2011; 53(1):34-39.
13. Gellad WF, Grenard JL, Marcum ZA. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. *Am J Geriatr Pharmacother* 2011; 9(1):11-23.
14. Tavares NUL, Bertoldi AD, Thumé E, Facchini LA, França GVA, Mengue SS. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Rev Saude Publica* 2013; 47(6):1092-1101.
15. Franchi KMB, Monteiro LZ, Medeiros AIA, Almeida SB, Pinheiro MHNP, Montenegro RM, Montenegro Júnior RM. Estudo comparativo do conhecimento e prática de atividade física de idosos diabéticos tipo 2 e não diabéticos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2008; 11(3):327-339.
16. Souza DL, Vendrusculo R. Fatores determinantes para a continuidade da participação de idosos em programas de atividade física: a experiência dos participantes do projeto "Sem Fronteiras". *Rev Bras Educ Fis Esporte* 2010; 24(1):95-105.
17. Maciel MG. Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz* 2010; 16(4):1024-1032.
18. Knuth AG, Bielemann RM, Silva SG, Borges TT, Duca GFD, Kremer MM, Hallal PC, Rombaldi AJ, Azevedo MR. Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(3):513-520.
19. Broadbent E, Donkin L, Stroh JC. Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes Care* 2011; 34(2):338-340.
20. Evert AB, Boucher JL, Cypress M, Dunbar SA, Franz MJ, Mayer-Davis EJ, Neumiller JJ, Nwankwo R, Verdi CL, Urbanski P, Yancy Júnior WS. Nutrition Therapy Recommendations for the Management of Adults with Diabetes. *Diabetes Care* 2014; 37(Supl. 1):S120-143.
21. avares DMS, Drumond FR, Pereira GA. Condições de saúde de idosos com diabetes no município de Uberaba, Minas Gerais. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(2):342-349.
22. Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola Filho AI, Uchoa E. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Rev Saude Publica* 2010; 44(1):159-165.
23. Luz TCB, Loyola Filho AI, Lima-Costa MF. Perceptions of social capital and cost-related non-adherence to medication among the elderly. *Cad Saude Publica* 2011; 27(2):269-276.
24. Mann DM, Ponieman D, Leventhal H, Halm EA. Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs. *J Behav Med* 2009; 32(3):278-284.
25. Costa JA, Balga RSM, Alfenas RCG, Cotta RMM. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Cien Saude Colet* 2011; 16(3):2001-2009.
26. Jannuzzi FF, Rodrigues RCM, Cornélio ME, São-João TM, Gallani MCBJ. Crenças relacionadas à adesão ao tratamento com antidiabéticos orais segundo a Teoria do Comportamento Planejado. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2014; 22(4):529-537.
27. Grant RW, Devita NG, Singer DE, Meigs JB. Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26(5):1408-1412.

Artigo apresentado em 06/10/2015

Aprovado em 20/06/2016

Versão final apresentada em 22/06/2016

