



AVALIAÇÃO DA ADESÃO TERAPÊUTICA NÃO MEDICAMENTOSA DO USUÁRIO COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO*

Palavras-Chave: DIABETES *MELLITUS*, EDUCAÇÃO EM SAÚDE, ENFERMAGEM

Autores/as:

LETÍCIA MABONI TRINDADE, FENF/UNICAMP

Prof.^a Dr.^a PAULA CRISTINA PEREIRA DA COSTA (orientadora), FENF/UNICAMP

Prof.^a Ms.^a DANILA CRISTINA PARQUIER SALA (coautora), EPE/UNIFESP

Prof.^a Dr.^a ERIKA CHRISTIANE MAROCCO DURAN (coautora), FENF/UNICAMP

Prof.^a Dr.^a MEIRY FERNANDA PINTO OKUNO (coautora), EPE/UNIFESP

*Parte de um projeto multicêntrico sobre impacto na adesão terapêutica do usuário com Diabetes *Mellitus* tipo 2 com acompanhamento telefônico, coordenado pela Universidade Federal de São Paulo, sob financiamento do CNPq/MCTI/FNDCT Nº 18/2021 – UNIVERSAL.

1. INTRODUÇÃO:

O Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2) caracteriza-se por alterações metabólicas causadas pelo aumento dos níveis de glicemia, sendo uma condição crônica que pode evoluir para graves complicações de saúde¹. Assim, essa doença está constantemente associada a complicações microvasculares e macrovasculares, além de poder causar alterações no sistema digestório, musculoesquelético, na função cognitiva e na saúde mental²⁻³.

Para o manejo dessas complicações e a manutenção da saúde de pacientes com DM2, é necessário que haja uma adesão terapêutica, a qual é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o grau de comportamento de uma pessoa em relação a tomar os medicamentos e seguir hábitos de vida saudáveis, de acordo com as orientações de um profissional da saúde⁴. Porém, a baixa adesão terapêutica pela população pode implicar gravemente no futuro dessa doença, podendo

se tornar uma das principais ameaças para a saúde pública.

Pesquisas têm sido realizadas para identificar os fatores associados à adesão ao tratamento, entretanto, a maioria enfoca no aspecto farmacológico, sem mensurar a adesão às mudanças no estilo de vida, como alimentação e atividade física, das quais existem evidências de que a sua adesão contribui para o alcance dos objetivos terapêuticos⁵.

Apesar de na Atenção Primária à Saúde (APS) já existir protocolos que promovem a maior adesão terapêutica do usuário com DM2, a integração de uma estratégia de educação em saúde realizada por contato telefônico tem um potencial benéfico e é uma ação de fácil aplicação⁶⁻⁷.

Dessa forma, o objetivo do estudo é avaliar a adesão terapêutica não medicamentosa pelo usuário com DM2, e posteriormente, aplicar a intervenção comportamental realizada através do contato telefônico para estimular a adesão ao tratamento e melhorar o controle metabólico do DM2.

2. METODOLOGIA:

2.1 Tipo de estudo e local de coleta

Trata-se da primeira etapa de um estudo de abordagem quantitativa, que visa avaliar a efetividade da intervenção comportamental de orientação por meio da consulta de enfermagem, via contato telefônico na adesão terapêutica, redução das complicações agudas, hospitalizações e mortalidade em usuários com Diabetes *mellitus* tipo 2 na Atenção Primária à Saúde, no qual foi realizado um ensaio clínico randomizado com usuários com DM2 assistidos na APS de Campinas, aleatorizado por meio de sorteio eletrônico e com cegamento. O estudo foi realizado em três Centros de Saúde de Campinas-SP, Brasil. Este estudo faz parte de um projeto multicêntrico que envolve o município de São Paulo.

2.2 População e amostra

A população foi constituída por pessoas com DM2 que fazem acompanhamento na APS, com idade superior a 30 anos, que fazem uso de insulina. O critério de exclusão foi ter a incapacidade de leitura. O tamanho amostral foi de 68 participantes.

2.3 Instrumentos de coleta de dados

As variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas foram coletadas por um instrumento elaborado pela pesquisadora. Nesse questionário conterá variáveis sociodemográficas e econômicas (idade, sexo, escolaridade, estado civil, ocupação e renda familiar) e clínicas (tempo de diagnóstico, comorbidades, complicações agudas e crônicas, dados antropométricos, uso de álcool e tabaco e sedentarismo).

Para a avaliar a adesão ao tratamento não medicamentoso foram utilizados os questionários Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA)⁸⁻⁹ e o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)¹⁰⁻¹¹.

O Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA) avalia o consumo de dez grupos de alimentos, segundo número de vezes, unidade e tamanho das porções consumidas. Serão considerados como adesão os pacientes que atenderam a pelo menos três das seis recomendações nutricionais preconizadas pela Sociedade Brasileira de

Diabetes (SBD), ou seja, consumo de carboidratos totais, fibra alimentar e o fracionamento das refeições⁸⁻⁹.

O Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão curta, é composto por oito questões que avaliam o nível da prática habitual de atividade física, a partir de informações sobre a frequência e a duração da atividade física, bem como o tempo despendido na posição sentada. Para a análise do IPAQ, os pacientes serão classificados em quatro categorias: sedentários, insuficientemente ativos; moderadamente ativos e muito ativos. Serão considerados aderentes aqueles que se enquadraram nas categorias moderadamente ativo e muito ativo, e não aderentes aqueles incluídos nas categorias sedentário e insuficientemente ativo¹⁰⁻¹¹.

2.4 Coleta de dados

Os usuários foram randomizados por meio de sorteio eletrônico, entre Grupo Controle (GC) e Grupo Intervenção (GI), via software online. Os usuários com DM2 foram numerados sequencialmente por ordem crescente pelo seu número sequencial de coleta e foram alocados conforme a lista de randomização. Após o primeiro encontro da coleta de dados, a pesquisadora abriu um envelope que informava se aquele paciente seria GC ou GI.

Nesta primeira etapa da pesquisa, os GC e GI foram avaliados pelos pesquisadores do estudo de forma presencial na Unidade da APS (T0) em relação à adesão terapêutica não medicamentosa através dos questionários citados.

O GI, após três meses da avaliação pelos pesquisadores do estudo na Unidade da APS de forma presencial (T1), será contatado por meio telefônico pelas pesquisadoras para esclarecer dúvidas e identificar dificuldades quanto à terapêutica, sendo que as pesquisadoras farão as reorientações de acordo com as dificuldades apontadas pelo usuário.

Após seis meses da primeira avaliação, será realizada a segunda etapa da pesquisa, na qual os usuários serão avaliados novamente de forma presencial na Unidade da APS (T2).

A intervenção comportamental de orientação por meio da consulta de enfermagem

será realizada via contato telefônico e ainda está em andamento. A avaliação da efetividade da intervenção será realizada no T2, comparando a adesão entre o GC e GI.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro e julho de 2023. Para a coleta, a pesquisadora abordou os usuários na sala de espera da unidade da APS, e após a autorização da participação da pesquisa, a aplicação do instrumento de coleta era realizada através de entrevista, com duração média de 50 minutos.

2.5 Aspectos éticos

Todos os participantes do estudo assinaram o TCLE antes do início do questionário, e terão as suas identidades preservadas. O número de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é CAAE: 59832822.7.2001.5404.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Em relação a caracterização socioeconômica, a maioria da população era do sexo feminino (64,7%), com companheiro(a) (54,4%), tinha entre 50 e 70 anos (60,3%), era da raça branca (69,1%), 50% eram aposentados e 29,4% estavam empregados, tinham de 0 a 8 anos de estudo (66,2%), 20,6% vivem com renda média familiar de menos de 1 salário-mínimo e 56% de 1 até 3 salários-mínimos.

Em relação as características clínicas, 73,6% tinham mais de 10 anos de diagnóstico do DM2 e 56 82,4% utilizam como tratamento medicamentoso a insulina e antidiabéticos orais, 32,4% já tiveram ou tem complicações crônicas, 80,9% têm outras comorbidades. Na avaliação do índice de massa corporal, 42,6% foram classificados como obesos, 35,3% como sobrepeso e apenas 22,1% eutróficos. Na

avaliação da circunferência abdominal, 83,8% estavam acima do recomendado. Quanto aos hábitos de vida, 16,2% eram etilistas e 13,2% eram tabagistas.

Sobre o questionário de atividade física, aproximadamente metade da amostra foi classificada como aderente (Tabela 1). Em comparação a um estudo sobre o nível de atividade física em diabéticos, no qual identificou-se que a maioria da população amostral era moderadamente ativa ou muito ativa¹², o atual estudo difere-se na quantidade de pessoas que praticam atividade física, sendo um número equilibrado à quantidade de indivíduos que são sedentários ou insuficientemente ativos.

Tabela 1 - Classificação da aderência de atividade física

Classificação	N (%)
Não aderentes	35 (51,5)
Sedentários	23 (33,8)
Insuficientemente ativos	12 (17,6)
Aderentes	33 (48,5)
Moderadamente ativos	32 (47,1)
Muito ativos	1 (1,5)

Já a alimentação dos participantes foi categorizada nos seguintes grupos de alimentos, conforme a Tabela 2. Através dos dados, é possível observar que existe uma preferência por alimentos normais aos integrais, apesar das recomendações nutricionais para pacientes com DM2³. Ademais, a maioria dos participantes não consome uma quantidade abundante de hortaliças, leguminosas e frutas, sendo que a minoria ingere esses alimentos diariamente. Também é possível observar uma preferência por carnes vermelhas a carnes magras, como frango e peixe.

Tabela 2 - Distribuição da frequência de consumo alimentar segundo grupos de alimentos

Grupos de alimentos	Diariamente %	≥ 5 vezes/semana %	≤ 4 vezes/semana %	1 a 3 vezes/mês %	Sazonalmente %	Não consome %
Pães, tubérculos, cereais e raízes						
Arroz branco	66	5	18	0	1	10
Arroz integral	15	3	6	1	1	74
Pães	53	1	32	3	5	6
Batata	3	0	44	29	3	21
Hortaliças, verduras e legumes						
Alface	29	6	49	9	1	6
Repolho	9	0	44	18	6	23
Chuchu	6	5	44	22	1	22
Cenoura	7	5	57	13	0	18
Tomate	24	1	60	6	3	6
Óleos e gorduras						
Gordura animal	10	5	72	9	1	3
Margarina	41	10	28	1	0	20
Frutas						
Banana	41	10	43	1	0	5
Laranja	21	6	45	9	1	18
Uva	5	0	35	15	7	38
Mamão	7	1	35	18	5	34
Leguminosas						
Feijão	72	7	15	1	0	5
Lentilha, grão de bico ou ervilha	0	1	12	13	7	67
Carnes e ovos						
Carne bovina	9	1	68	10	0	12
Carne suína	3	5	50	25	5	12
Frango	0	1	40	32	5	22
Peixes	6	12	68	5	0	9
Ovos	16	5	53	13	3	10
Produtos lácteos						
Leite	45	1	22	6	1	25
Queijo	12	3	41	26	6	12
Iogurte	5	1	26	16	3	49
Doces						
Sorvete cremoso	0	1	18	28	13	40
Chocolate (20g)	6	0	23	21	9	41
Doces à base de leite	0	0	15	19	9	57

4. CONCLUSÃO:

Dessa forma, em virtude das evidências encontradas neste estudo, foi possível observar que a maioria da população com DM2 atendida na APS de Campinas-SP é do sexo feminino, com faixa etária entre 50 e 70 anos, cujo diagnóstico da doença foi há mais de 10 anos.

Sobre a atividade física, aproximadamente metade da população é considerada ativa e

aderente a esse estilo de vida. Entretanto, em relação à alimentação, os dados evidenciaram que, apesar das recomendações acerca da preferência por alimentos integrais e o consumo abundante de hortaliças, verduras e frutas, a amostra não mostrou uma boa adesão a esses alimentos, e não segue uma recomendação alimentar saudável.

Assim, é possível concluir que a adesão à terapia não medicamentosa tem muita importância na manutenção da saúde do usuário

com DM2, porém ainda é um desafio que precisa ser enfrentado pela APS, para que a mudança no estilo de vida de diabéticos possa ser uma realidade que coopere para evitar o agravamento da condição crônica desses indivíduos.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. Definição - Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) no adulto (Primeira Versão). [acessado em 8 de mai 2022] Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-\(DM2\)-noadulto/definicao-diabetes-mellitus-tipo-2-DM2-no-adulto/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-(DM2)-noadulto/definicao-diabetes-mellitus-tipo-2-DM2-no-adulto/)
2. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020 / Organização Adriana Costa e Forte, et al. São Paulo: Editora Clannad; 2019.
3. Sociedade Brasileira de Diabetes. A educação em Diabetes e a equipe multiprofissional. In: Módulo 3 - Tratamento do Diabetes: Abordagens Educacionais e de Alterações no Estilo de Vida. 2020 [acessado em 15 set. 2021]. Disponível em: <https://ebook.diabetes.org.br/component/k2/item/50-a-educacao-em-diabetes-e-aequipe-multiprofissional>
4. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [acessado em 15 set. 2020]. Disponível em: <http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-TermTherapiesSpa-2003.pdf>
5. Leung AA, Daskalopoulou SS, Dasgupta K, McBrien K, Butalia S, Zarnke KB, et al. Hypertension Canada's 2017 Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults. *Can. J. Cardiol.* 2017; 33(5):557-76. Doi: 10.1016/j.cjca.2017.03.005.
6. Randall MH, Haulsee ZM, Zhang J, Marsden J, Moran WP, Kirkland EB. The effect of remote patient monitoring on the primary care clinic visit frequency among adults with type 2 diabetes. *International Journal of medical informatics*, 2020;143. Doi: 10.1016/j.ijmedinf.2020.104267
7. Gamble A, Pham Q, Goyal S, Cafazzo JA. The Challenges of COVID-19 for People Living With Diabetes: Considerations for Digital Health. *JMIR Diabetes.* 2020;5(2):e19581. Doi:10.2196/19581
8. Ribeiro AB, Cardoso MA. Construção de um questionário de frequência alimentar como subsídio para programas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. *Rev Nutr.* 2002;15(2):239- 45. Doi: 10.1590/S1415-52732002000200012.
9. Bloco G, Coyle LM, Hartman AM, Scoppa SM. Revision of dietary analysis software for the Health Habits and History Questionnaire. *Am J Epidemiol.* 1994;139(12):1190-6. Doi: 10.1093 / oxfordjournals.aje.a116965.
10. Matsudo SM, Araújo T, Matsudo V, Douglas A, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* 2001;6(2):5-18. Doi: 10.12820/rbafs.v.6n2p5-18.
11. Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Sijrath SJ, et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc.* 2000;32(9 Suppl):S498-516. Doi: 10.1097 / 00005768-200009001-00009
12. Gonela JT, Santos MA, Castro V, Teixeira CRS, Damasceno MMC, Zanetti ML. Nível de atividade física e gasto calórico em atividades de lazer de pacientes com diabetes mellitus. *Rev Bras Educ Fís Esporte* 2016;30(03). Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-55092016000300575>