

FACULDADE DE CERES  
CURSO FARMÁCIA

ANTÔNIO FERNANDES JÚNIOR  
HELEN CÁSSIA LEAL BORBA

**ADESÃO AO TRATAMENTO POR PACIENTES DIABÉTICOS CADASTRADOS  
NAS ESFs DO MUNICÍPIO DE URUANA - GO**

CERES – GO

2012

ANTÔNIO FERNANDES JÚNIOR  
HELEN CÁSSIA LEAL BORBA

**ADESÃO AO TRATAMENTO POR PACIENTES DIABÉTICOS CADASTRADOS  
NAS ESFs DO MUNICÍPIO DE URUANA - GO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Farmácia da Faculdade de Ceres como requisito parcial a obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Orientador: M<sup>o</sup>. Menandes A. Souza Neto

CERES – GO

2012

## FICHA CATALOGRÁFICA

Fernandes Júnior, Antônio

Adesão ao tratamento por pacientes diabéticos cadastrados nas ESFs do município de Uruana - GO. / Antônio Fernandes Júnior; Helen Cássia Leal Borba. - Ceres – GO: Faculdade de Ceres - FACER, Ceres, GO, 2013.

54 fls.

Orientador: Menandes Alves de Souza Neto. (Mestre)  
TCC (Graduação) – Curso de Farmácia da Faculdade de Ceres - FACER.

Bibliografia

1. Epidemiologia. 2. Diabetes Mellitus. 3. Saúde Pública. I. Leão, Leonardo Almeida. II. Faculdade de Ceres - FACER. III. Título.

**CDU 616.62:614(817.3)**

Elaborada pela Biblioteconomista Célia Romano do Amaral Mariano – CRB1/1528

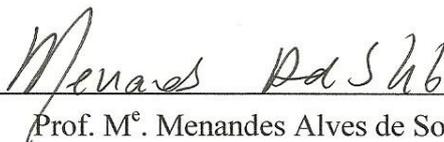
ANTÔNIO FERNANDES JÚNIOR  
HELEN CÁSSIA LEAL BORBA

**ADESÃO AO TRATAMENTO POR PACIENTES DIABÉTICOS CADASTRADOS  
NAS ESFs DO MUNICÍPIO DE URUANA - GO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Farmácia da Faculdade de Ceres como requisito parcial a obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Aprovado em Ceres em 23,01,13

**BANCA EXAMINADORA**



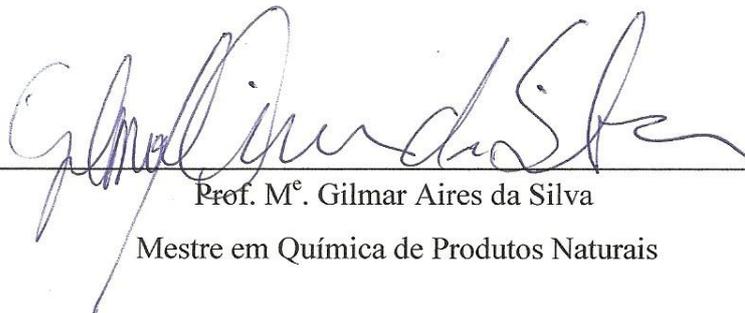
---

Prof. M.º Menandes Alves de Souza Neto  
Mestre em Biologia Celular e Molecular



---

Prof. M.º Adriane Ferreira de Brito  
Mestre em Fármacos e Medicamentos



---

Prof. M.º Gilmar Aires da Silva  
Mestre em Química de Produtos Naturais

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho  
Primeiramente a Deus, por ter me dado força para a realização deste sonho.*

*A minha mãe e irmãos  
Pelo incentivo e companhia.*

*A minha esposa Vanessa  
Pelo carinho, amor, compreensão e dedicação que deixam os meus dias mais  
Agradáveis e belos.*

*A minha filha Andressa  
Por proporcionar alegria aos meus dias.*

*A minha amiga Helen Cássia  
Pela companhia para a realização deste sonho.*

*A todos os meus amigos  
Que contribuíram para a realização deste.*

**ANTÔNIO FERNANDES JÚNIOR**

*Dedico este trabalho  
Inicialmente a Deus por ser a minha fortaleza e meu refúgio.*

*Aos meus pais  
Pela paciência e compreensão por ter estado ausente em alguns momentos.*

*Aos meus familiares e amigos, pelo incentivo.*

*Ao meu amigo Antônio Fernandes Júnior  
Pela companhia e dedicação para a realização desta jornada.*

*Aos meus colegas de curso e todos aqueles  
Que direta e indiretamente colaboraram para que se fosse possível a conclusão  
Deste trabalho.*

*HELEN CÁSSIA LEAL BORBA*

## **AGRADECIMENTOS**

*A Deus pela paciência e perseverança para a realização deste sonho.*

*Aos professores da Faculdade de Ceres, pela dedicação e compreensão em alguns momentos. Em especial ao professor orientador Me. Menandes Alves de Souza Neto, que ao longo desta caminhada se mostrou presente e dedicado, e pela paciência, confiança e apoio.*

*Aos coordenadores das ESFs, e agentes comunitários de saúde, pela disponibilidade. E principalmente a população estudada, pela concordância, compreensão e paciência de nos atender, e responder o questionário.*

*Enfim, o nosso muito obrigado a todos!!!*

## RESUMO

O *diabetes mellitus* (DM) é uma disfunção metabólica crônica grave, apresentando uma evolução lenta e progressiva, sendo caracterizado pela falta ou produção insuficiente de insulina. Logo este têm por objetivo analisar a adesão ao tratamento de diabéticos cadastrados no programa Hiperdia no município de Uruana - GO. Os dados foram coletados no município de Uruana - GO, onde participaram da pesquisa pessoas de ambos os sexos e faixas etárias, cadastradas nas ESFs, e diagnosticadas com DM, sendo o questionário aplicado de maio a outubro de 2012. Foram entrevistados 254 pacientes, destes 154 eram do sexo feminino, na faixa etária de 60 a 79 anos, aposentadas e casadas; 219 tinham o DM tipo 2; 228 não possuíam complicações decorrentes do DM e 127 não possuíam outro problema de saúde; 216 usavam antidiabéticos orais, sendo os mais usados glibencamida e metformina. E a maioria relataram que sempre usam a medicação no horário correto e que nunca haviam esquecido de tomar a medicação, o armário foi o local de armazenamento da medicação. E a alta prevalência do gênero feminino deve-se em virtude da preocupação do mesmo em relação à saúde. Conclui-se que houve uma alta adesão ao tratamento, porém observou-se falta de orientação das pessoas em relação ao local de armazenamento. Deve-se lembrar que, toda a equipe de saúde tem que compreender o processo do DM.

**Palavras-chave:** Adesão ao tratamento farmacológico. Armazenamento da medicação. *Diabetes Mellitus*.

## ABSTRACT

The *diabetes mellitus* (DM) is a chronic severe metabolic dysfunction, showing a slow and progressive evolution, being characterized by the lack or insufficient production of insulin. Soon this aim to analyze adherence to the treatment of diabetics enrolled in the Hiperdia program in the municipality of Uruana-GO. The data were collected in the municipality of Uruana-GO, where he participated in the search people of both sex and age groups registered in the ESFs, and diagnosed with DM, being the questionnaire applied from May to October 2012. 254 patients were interviewed, of 154 were female, between the ages of 60 to 79 years, retired and married; 219 had the DM type 2; 228 did not have complications arising from the DM and 127 did not have another health problem; 216 used oral antidiabetics, being the most used glibencamida and metformin. And most reported that always use the medication at the correct time and who never had forgotten to take the medication, the closet was the place of storage of the medication. And the high prevalence of the female gender due because of the concern in relation to health. It is concluded that there was a high adhesion to treatment, but there was lack of orientation of people in relation to the storage location. It should be remembered that the entire health team have to understand the process of DM.

**Keywords:** Adherence to pharmacological treatment. Storage of the medication. *Diabetes Mellitus*.

## SUMÁRIO

<b>1. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>09</b>
<b>1.1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>09</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
2.1 Geral.....	18
2.2 Específicos.....	18
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>19</b>
3.1 Local de estudo.....	19
3.2 População estudada.....	19
3.3 Análise estatística.....	19
<b>4. ARTIGO.....</b>	<b>20</b>
<b>4.1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>4.2 METODOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
4.2.1 Local de estudo.....	22
4.2.2 População estudada.....	23
4.2.3 Análise estatística.....	23
<b>4.3 RESULTADOS.....</b>	<b>23</b>
<b>4.4 DISCUSSÃO.....</b>	<b>34</b>
<b>4.5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>38</b>
<b>4.6 ABSTRACT.....</b>	<b>39</b>
<b>4.7 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>39</b>
<b>5. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>45</b>
<b>6. APÊNDICE.....</b>	<b>50</b>
<b>7. ANEXO.....</b>	<b>51</b>

## 1. REVISÃO DA LITERATURA

### 1.1 INTRODUÇÃO

O *Diabetes Mellitus* (DM) está sendo considerado um sério problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos, como em países em desenvolvimento. E isso é devido ao atual estágio da transição demográfico-epidemiológica que o mundo se encontra, resultando no envelhecimento da população. Essas mudanças permitem que as populações tenham uma vida mais longa, sem a preocupação com as limitações e incapacidade provocadas pelo envelhecimento. O DM apresenta uma elevada prevalência em todas as idades e aumenta a incidência de doenças cardiovasculares. Sendo que no Brasil o DM é um dos principais agravos de saúde pública, onde sua prevalência e incidência estão aumentando em proporções epidêmicas (BARROS et al, 2008; MIRANZI et al, 2008; MORAES et al, 2010; RUBIN et al, 2011).

A pessoa com DM apresenta poliúria, e a palavra *Diabetes* é de origem grega, que significa “passar através de”, pois o excesso de urina expelida se assemelha à uma drenagem de água através de um sifão. Enquanto que o termo *Mellitus*, vem do latim e significa mel ou adocicado, sendo que utiliza-se este termo *Mellitus* por causa da urina adocicada dos portadores (SANTOS, 2011; SILVA, 2006).

Langerhans, em 1890, descobriu as ilhotas no tecido pancreático, sendo que após cansativos experimentos, com a colaboração de Best, em 1921, descobriu e isolou a insulina (*isletina*), comprovando que esse hormônio baixava a glicemia. Somente em 1922, foi aplicada a primeira injeção de insulina com a finalidade terapêutica. Mas Krayenbuhl e Rosemberg, em 1946, obtiveram a insulina NPH, o que representou grande progresso terapêutico. E em 1970, vários progressos foram realizados no campo da diabetologia, com a obtenção de alto grau de purificação das insulinas, inclusive a Dinarmaca passou a produzir uma insulina monocompetente altamente purificada. Posteriormente no final de 1970, foi desenvolvido o primeiro método de síntese da insulina humana, utilizando a bactéria *E. coli* (SILVA, 2006).

Já os efeitos hipoglicemiantes dos antidiabéticos orais, foram descobertos ao acaso, ou seja, eram os efeitos colaterais produzidos por drogas, que eram utilizadas para outros propósitos, como por exemplo, os acidentes hipoglicemiantes fatais causados pelo uso do zol-IDPT no tratamento da febre tifóide (SILVA, 2006).

Portanto o DM é uma disfunção metabólica crônica grave, apresentando uma evolução lenta e progressiva, sendo caracterizado pela falta ou produção insuficiente de insulina, levando-se assim à hiperglicemia e glicósuria. E o DM necessita de cuidados especiais, exigindo do paciente um comportamento disciplinar, obediência na terapêutica e conhecimento sobre tudo que envolva o tratamento (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008; RUBIN et al, 2011).

Logo, pode-se dizer que o DM é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, onde esta é o resultado de defeitos na ação da insulina, que ao longo prazo, pode provocar disfunção e insuficiência de vários órgãos, especialmente dos olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. Sendo que o DM pode ser classificado principalmente em tipo 1 e tipo 2. O DM tipo 1 é o resultado da deficiência absoluta na secreção de insulina, sendo causado pela destruição das células  $\beta$  pancreáticas, e apresenta uma tendência à cetoacidose, sendo que esta destruição ocorre devido a um processo auto-imune. A incidência do DM tipo 1 tem aumentado consideravelmente nas crianças e adolescentes (FARIA, 2008; RUBIN et al, 2011).

O DM tipo 1 é subdividido em tipo 1A, tipo 1B e Diabetes Autoimune Latente em Adultos (DALA). Sendo que no DM tipo 1A a destruição das células  $\beta$  é causada por processos autoimune, enquanto que no DM tipo 1B não tem causa conhecida, ou seja, é idiopático. Já o DALA é um DM tipo 1, onde ocorre também a destruição das células  $\beta$ , porém esse processo de destruição é muito mais lento e acontece em indivíduos acima de 30 anos. Os portadores do DALA não são obesos e apresentam o diagnóstico de DM em uma idade compatível com o DM tipo 2, possuem a doença controlada inicialmente com os hipoglicemiantes orais, porém apresentam sinais de perda da função da célula  $\beta$ , conseqüentemente levando os mesmos a necessitarem de insulino terapia seis meses após o diagnóstico de DM (MARASCHIN et al, 2010).

Já o DM tipo 2 é causado pela combinação da resistência e resposta insuficiente à ação da insulina, no qual não há uma destruição total do tecido pancreático, ou seja o pâncreas produz um pouco de insulina, ocorrendo principalmente em pessoas obesas (RUBIN et al, 2011; SBD, 2006).

Porém há outras formas de classificação do DM, como por exemplo os secundários de doenças pancreáticas, os que ocorrem por defeitos associados por indução de fármacos diabetogênicos, os associados com excesso de hormônios, e há também o DM gestacional sendo causado pelo aumento ou intolerância da glicose, com início ou

diagnosticado durante a gravidez, é caracterizado pela resistência à insulina e pela diminuição da função das células  $\beta$  (RECK et al, 2010; SBD, 2006).

Outro tipo de DM é o Maturity Onset Diabetes of the Young (MODY), que é caracterizado por defeito na secreção de insulina, mas não provoca dependência da mesma e acomete indivíduos abaixo dos 25 anos, não obesos, apresenta herança autossômica dominante, logo envolve várias gerações de uma mesma família. Há seis subtipos, sendo classificados conforme a mutação genética identificada, porém os subtipos mais comuns são os MODYs 2 e 3 (MARASCHIN et al, 2010).

O DM tipo 2 apresenta uma herança poligênica, porém não completamente definida, e a patogênese envolve tanto os fatores ambientais, como o sedentarismo e a obesidade, quanto a genética. Já os DM tipo 1 e MODY apresentam uma herança monogênica (MARASCHIN et al, 2010).

No DM tipo 1 autoimune, destacam-se os seguintes anticorpos que agem contra as células  $\beta$  destruindo as ilhotas, os anticorpos anti-insulina, o anticorpo anti-ilhota pancreática e o anticorpo contra enzimas das células  $\beta$ . Sendo que os leucócitos reagem as células  $\beta$  como se fossem estranhas, ou seja, não as reconhecem, ocasionando-se assim uma reação inflamatória, onde os anticorpos começam a se multiplicar até destruir as células  $\beta$ , porém essa destruição poderá ocorrer de forma rápida ou lentamente. Quando ocorre de forma lenta o paciente pode passar muitos anos tendo suas células destruídas continuamente sem demonstrar algum tipo de sintoma, pois este inicia-se de forma rápida e só se manifesta quando mais de 90% das células  $\beta$  terem sido destruídas, trazendo complicações. Daí a importância de fazer exames regularmente, e tomar todas as providências necessárias para minimizar as complicações da doença (SANTOS, 2011; SILVA, 2006).

De acordo com Ribeiro et al (2006) citado por Santos (2011), destacam-se os seguintes sintomas do DM tipo 1: muita fome (polifagia); emagrecimento rápido; fraqueza; astenia; letargia; muita sede, desidratação e boca seca (polidipsia); lesões de difícil cicatrização, principalmente nas pernas ou nos pés; infecções frequentes (urina, pele e dos órgãos genitais); turvação ou embaçamento visual; aumento do volume urinário ou vontade de urinar várias vezes ao dia (poliúria) e também à noite (nictúria) e tonturas. Enquanto no diabetes tipo 1 observamos o diagnóstico precoce no diabetes tipo 2 o diagnóstico normalmente acontece durante a fase adulta e esta relacionada com alguns fatores de risco como a obesidade e o sedentarismo (KUMAR et al, 2010; LAURIA et al, 2011).

Numa estimativa realizada em 1985, demonstrou que, no mundo, havia cerca de 30 milhões de adultos com DM, mas em 1995 esse número cresceu para 135 milhões,

atingindo-se assim, em 2002, 173 milhões, em 2005, 240 milhões, com projeção de chegar à 300 milhões em 2030, sendo que destes, dois terços viveram nos países em desenvolvimento. Em um estudo desenvolvido em 2004 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), mostrou que o Brasil em 2000, tinha 4,6 milhões de pessoas com DM o que levou a ocupar o oitavo lugar entre os dez países com maior número de casos de DM, entretanto em 2030 ocupará a sexta posição, quando terá 8,9 milhões de casos (MORAES et al, 2010; RODRIGUES et al, 2011; SBD 2006).

No Brasil, atualmente observa-se um aumento na prevalência do DM tipo 2, porém a incidência do mesmo é difícil de ser determinada em grandes populações, uma vez que envolve o seguimento durante alguns anos, com medições periódicas de glicemia. E também os estudos de incidência são restritos, geralmente, ao DM tipo 1, devido as suas manifestações iniciais serem bem características. Sendo que a incidência do DM tipo 1 apresenta variação geográfica, como por exemplo, na Finlândia, a cada 100 mil habitantes com menos de 15 anos de idade, 38,4 apresentam diabetes, no Brasil é cerca de 7,6, e na Coreia é de 0,5. E o aumento da prevalência DM tipo 2 é devido ao envelhecimento populacional, a crescente prevalência da obesidade, a fatores relacionados ao estilo de vida, e além de modificações no consumo alimentar, como por exemplo a baixa ingestão de frutas e hortaliças, e o aumento da ingestão de gorduras saturadas e açúcares (CARVALHO et al, 2012; SBD, 2006).

As complicações do DM podem ser agudas ou crônicas, ocorrendo tanto nos tipos 1 e 2. Dentre as complicações agudas está a hipoglicemia, onde esta é caracterizada pela concentração de glicose sanguínea abaixo dos limites encontrados no jejum, aparecendo os seguintes sintomas: confusão mental, alterações de personalidade, taquicardia, convulsão, estupor, coma, alterações visuais e sinais neurológicos locais. E as complicações crônicas são aquelas que se instalam ao longo prazo, podendo ser macro e microvasculares, que levam a disfunção, falência ou dano de vários órgãos, incluindo a nefropatia, a retinopatia, a neuropatia, e manifestações de disfunção do sistema nervoso autônomo (BOSI et al, 2009; MOTTA, 2009; PONTIERI; BACHION, 2010).

Uma outra complicação aguda do DM é a cetoacidose diabética, que acomete principalmente pacientes com DM tipo 1, e, raramente, pacientes com DM tipo 2. É caracterizada pela hiperglicemia, acidose metabólica, cetose e desidratação, necessitando de tratamento rápido e intensivo, pois, pode causar morte em até 5% dos casos. No DM tipo 2 a cetoacidose é causada por doenças subjacentes, como infarto agudo do miocárdio, pneumonia, prostatites e infecção urinária; e pelo uso de fármacos, como corticosteróides e clozapina. Já

no DM tipo 1 é causada pela deficiência aguda de insulina; pela falta de injeção de insulina por esquecimento ou como resultado do estresse psicológico; por doença subjacente, como vômito e infecção urinária; pelo estresse cirúrgico ou emocional; pelo bloqueio e/ou falha mecânica da bomba de infusão de insulina (LUCCHETTI et al, 2009; MOTTA, 2009).

Na nefropatia diabética há uma elevada taxa de evolução para a insuficiência renal, ou seja, os rins são os alvos primários do DM, sendo que o achado clínico encontrado precocemente é a microalbuminúria, podendo ser encontrado outros sinais, como hipertensão arterial sistêmica, ganho de peso, fadiga, mal-estar e falta de energia. E ocorre lesões glomerulares, lesões vasculares renais e pielonefrite. Enquanto que a retinopatia diabética é decorrente de uma desordem da vascularização retiniana, caracterizada por anormalidades microvasculares, evoluindo para alteração da permeabilidade vascular, má perfusão tecidual, edema e isquemia retiniana, sendo a principal causa de cegueira adquirida, acometendo pessoas com DM tipo 1 e 2. E a neuropatia diabética é caracterizada pela degeneração dos nervos somáticos e/ou autonômicos, podendo comprometer qualquer nervo do corpo humano, apresenta-se com uma dor de intensidade moderada-grave, sendo descrita como formigamento, queimação contínua, com sensação de agulhadas, localizada distal, bilateral e simetricamente, com alterações sensoriais anormais, como a hiperalgesia (BOSI et al, 2009; FANCO et al, 2011; KUMAR et al, 2010; MOTTA, 2009).

Portanto o diagnóstico do DM depende das variações na concentração de glicose no sangue, sendo que esta é mantida numa faixa muito estreita, geralmente em torno de 70 a 120 mg/dL, e para ser estabelecido o diagnóstico de DM, depende dos seguintes critérios: uma concentração de glicose maior que 200 mg/dL, apresentando os sinais e sintomas clássicos; uma concentração de glicose de jejum maior que 126 mg/dL, ocorrendo em mais de uma ocasião; e um teste oral de tolerância à glicose (TOTG) anormal, sendo que a concentração de glicose é maior do que 200 mg/dL duas horas após uma carga de carboidratos padrão (KUMAR et al, 2010; MOTTA, 2009; SBD, 2006).

Assim pode-se dizer que o diagnóstico do DM, depende da demonstração da hiperglicemia, sendo que o DM tipo 1 aparece de forma súbita e severa trazendo distúrbios metabólicos. Enquanto que o DM tipo 2 as alterações de glicose podem ocorrer de forma moderada, por isso que seu diagnóstico deve ser feito de forma cuidadosa (MOTTA, 2009; SBD, 2006).

E para o diagnóstico do DM gestacional, recomenda-se a realizar o exame de dosagem da glicemia plasmática uma hora após o teste oral com 50 g de dextrosol, sendo realizado entre a 24<sup>a</sup> e 28<sup>a</sup> semana de gestação, e possui uma sensibilidade de 80 a 90%, com

valores de corte entre 140 e 130 mg/dL. Pode ser utilizado também a dosagem de glicemia de jejum, que deve ser feito a partir da 24<sup>a</sup> semana, é considerado positivo os valores maiores que 85 mg/dL. Outro exame que pode ser usado é o TOTG, após a ingestão de 100 g de dextrosol, com medições ao longo de três horas. E a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), no Brasil, recomenda-se o uso do TOTG com a ingestão de 75 g de dextrosol, realizado entre 24<sup>a</sup> e 28<sup>a</sup> semana, onde os valores de corte para a glicemia de jejum é de 100 mg/dL, e após duas horas é de 140 mg/dL (MOTTA, 2009; SBD, 2006).

O DM, além de trazer diversas conseqüências para vários órgãos, é um fator de risco para as doenças cardiovasculares. E para o DM há fatores de risco não modificáveis, como por exemplo, a idade e a história familiar, e os modificáveis, como o sobrepeso, a distribuição central de gordura, a hipertensão arterial sistêmica e o tabagismo. Enquanto que os fatores de risco para o DM gestacional incluem: idade acima de 25 anos, a obesidade ou ganho de peso na gravidez, a deposição excessiva de gordura corporal, a história familiar de DM em parentes de primeiro grau, a baixa estatura, o tabagismo, o crescimento fetal excessivo, a hipertensão e a pré-eclâmpsia na gravidez atual (MOTTA, 2009; RODRIGUES et al, 2011).

Logo as terapias de primeira escolha utilizadas, para manter o controle, incluem as mudanças no estilo de vida, a educação, as intervenções psicossociais, a prática de exercícios físicos, as orientações nutricionais e a elaboração de um plano alimentar individualizado. Lembrando que se deve consumir alimentos com baixo índice glicêmico e ricos em fibras alimentares, pois estes induzem a diminuição dos níveis séricos da glicose e insulina pós-prandial. Em relação à prática de exercícios, deve-se considerar que estes no DM tipo 2 melhora o controle glicêmico, ou seja, reduz a hemoglobina glicada independentemente da redução de peso corporal, e reduz também o risco cardiovascular, e melhora a auto-estima. Enquanto que no DM tipo 1, o exercício é indicado, pois reduz a mortalidade cardiovascular e melhora a auto-estima, porém este traz risco, como a hipoglicemia, que pode ocorrer durante ou após o exercício (CARVALHO et al, 2012; FARIA, 2008; RODRIGUES et al, 2011; SBD, 2006).

Quando no DM tipo 2 as intervenções primárias não resolvem a hiperglicemia, deve-se usar os antidiabéticos orais, onde estes são substâncias que possuem a finalidade de baixar a glicemia e mantê-la normal, podendo ser utilizados em esquemas monoterápicos ou terapias combinadas. E são classificados de acordo com o seu mecanismo de ação, em: hipoglicemiantes orais propriamente ditos ou secretagogos; sensibilizadores de insulina; e anti-hiperglicêmicos (FARIA, 2008; SBD, 2006; SILVA, 2006).

Os antidiabéticos orais secretagogos de insulina, compreendem as sulfoniluréias e as metiglinidas (nateglinida e repaglinida). As sulfoniluréias possuem uma ação hipoglicemiante mais prolongada, e diminuem em até 2% a hemoglobina glicada, sendo representada pelos seguintes medicamentos: clorpropamida, glibencamida, glicazida, glipizida e glimepirida, e estes são contra indicado na gravidez, podendo levar a hipoglicemia e ao aumento de peso, e devem ser administrados 30 minutos antes das refeições. Já as metiglinidas apresentam um tempo de ação menor, e promove a redução da hemoglobina glicada em até 1% com a nateglinida, e com a repaglinida em até 1,5% a 2%. Devendo ser administrados imediatamente antes das refeições (FARIA, 2008; SBD, 2006; SILVA, 2006).

Já os sensibilizadores de insulina compreendem as biguanidas (metformina) e as tiazolidinedonas. A metformina promove aumento na captação da glicose pelo tecido adiposo e muscular esquelético, e diminui a produção hepática de glicose, o que aumenta a sua ação anti-hiperglicemiante. Promove a redução da hemoglobina glicada em 1,5% a 2%. Já as tiazolidinedonas agem diminuindo à resistência a insulina no tecido muscular, hepático e adiposo e reduzem a hemoglobina glicada em 1% a 2,2%. Tanto as tiazolidinedonas como a metformina devem ser administradas durante ou logo após as refeições (FARIA, 2008; SBD, 2006; SILVA, 2006).

E os anti-hiperglicêmicos são representados pela acarbose, que faz seu efeito a partir da inibição da absorção de carboidratos, logo diminui a glicemia pós-prandial, e promove uma redução na hemoglobina glicada de 0,7% a 1%. Porém em alguns pacientes com DM tipo 2 é necessário usar a insulina, isso ocorre devido a falência dos antidiabéticos orais por defeitos secundários ou quando são usados em doses máximas (FARIA, 2008; SBD, 2006; SILVA, 2006).

Enquanto que no DM tipo 1, como neste há destruição total ou parcial das células  $\beta$  das ilhotas de Langerhans, é necessário a insulinoterapia. Onde o tratamento deve ser realizado com múltiplas doses diárias de insulina, com seringas ou canetas ou através de bomba de insulina (SBD, 2006).

Sendo que as insulinas podem ser classificadas conforme o início de sua ação, em ultra-rápida (insulina lispro), rápida (insulina cristalina e regular), intermediária (insulina NPH) e lenta. Embora a terapia mais usada, é a que utiliza duas doses de insulina NPH, antes do café da manhã, com três doses de insulina regular (antes do café da manhã, do almoço e do jantar). Mas devido ao surgimento de insulinas ultra-rápidas, tem se verificado algumas vantagens em substituir a insulina regular, por estas de ação ultra-rápida (SBD, 2006; SILVA, 2006).

Portanto, pode-se dizer que, o tratamento do DM tem a prioridade de devolver ao paciente seu equilíbrio metabólico, chegando a um estado mais próximo da fisiologia normal do organismo. Porém, há vários fatores que podem interferir na adesão ao tratamento, como a falta de acesso ao medicamento, à relação entre o profissional de saúde e o paciente, o esquema terapêutico usado, os efeitos colaterais provocados pelo medicamento, a não aceitação e o tipo da doença, a falta de conhecimento da doença, a estrutura dos serviços de saúde, a situação financeira e o custo do tratamento, o estilo de vida, a rotina e trabalho do paciente, a baixa escolaridade, entre outros (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008; BARROS et al, 2008; GIMENES et al, 2009; RUBIN et al, 2011).

Deve-se lembrar que a adesão ao tratamento significa a utilização de medicamentos prescritos ou outros procedimentos, conforme os horários, doses e tempo de tratamento, ou seja, é o uso racional de medicamentos. Onde nos pacientes com DM, essa adesão é realizada com o aconselhamento do profissional de saúde envolvendo três estágios. O primeiro é a concordância, ou seja, o indivíduo concorda em seguir o tratamento a partir das recomendações expostas pelo profissional de saúde. Já o segundo estágio corresponde a adesão, no qual o indivíduo passa por uma fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o autocuidado. E o terceiro estágio, compreende a manutenção, onde o indivíduo, sem a vigilância do profissional de saúde incorpora o tratamento ao seu estilo de vida (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008; GIMENES et al, 2009).

Em relação ao tratamento realizado com insulina, para que ocorra a adesão e o controle glicêmico adequados, é necessário que o paciente com DM aprenda vários aspectos sobre como utilizar a insulina, pois a sua ação envolve fatores que vão desde sua aquisição até a aplicação, e deve-se lembrar que para desenvolver habilidade e confiança na aplicação da mesma gasta-se tempo, prática e educação permanente (STACCIARINI et al, 2008).

E deve-se lembrar que para ser saudável com DM, depende de vários aspectos, como a realização correta e o sucesso do tratamento, a maneira de como a pessoa convive com sua condição de saúde, o conhecimento de suas possibilidades e limites, o apoio que recebe e o acesso à educação em saúde (FRANCIONI; SILVA, 2007).

O DM apresenta alta prevalência em todas idades, onde é considerado uma das mais importantes doenças crônicas no mundo, e que ao longo prazo traz várias complicações e risco de vida para o portador. Sendo que a doença exige um comportamento disciplinar do paciente, além de obediência e conhecimento de tudo que envolva o tratamento. E as principais causas do aumento de DM são o crescimento e o envelhecimento populacional, a

maior urbanização, a crescente prevalência de obesidade e do sedentarismo (RUBIN et al, 2011).

A adesão ao tratamento é um dos maiores desafios para o controle clínico do DM, e considera-se como adesão o quanto que o comportamento de uma pessoa, está conforme as recomendações de um profissional de saúde. Em um estudo realizado demonstrou que a frequência de adesão ao tratamento medicamentoso do DM foi de 56 e 79% (BARROS et al, 2008).

Há vários fatores que podem interferir na adesão ao tratamento, que vão dos serviços de saúde, como o acesso e a estrutura, até os fatores ligados com os portadores, como a não aceitação da doença e as condições financeiras. Sendo que a baixa adesão ao tratamento pode trazer grandes complicações, como a nefropatia diabética e a retinopatia diabética. Além de não obter os benefícios e repostas esperados pela terapêutica; de promover a deterioração da relação médico-paciente; e de elevar os custos financeiros tanto para o paciente como para o sistema de saúde.

E este estudo foi realizado para identificar quais são os fatores que podem prejudicar a adesão ao tratamento pelos pacientes cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família (ESFs) no município de Uruana - GO. E verificar se estes pacientes fazem o armazenamento correto da medicação, e se possuem alguma complicação decorrente do DM.

## **2. OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo Geral

Analisar adesão ao tratamento de diabéticos cadastrados no programa Hiperdia no município de Uruana - GO.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Verificar a presença de complicações decorrentes do diabetes;
- Analisar o tratamento destes pacientes;
- Verificar o cumprimento da posologia e adesão ao tratamento;
- Verificar a percepção do paciente quanto ao tratamento;
- Verificar o armazenamento dos medicamentos utilizados no tratamento do diabetes.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 Local de estudo

Os dados foram coletados no município de Uruana - GO e, de acordo com o censo do IBGE de 2010, a cidade conta com uma população de 13.826 habitantes, desses, 380 são portadores de DM que estão cadastrados nas ESFs.

#### 3.2 População estudada

Participaram da pesquisa pessoas de ambos os sexos e faixas etárias, cadastradas nas ESFs do município de Uruana - GO, e que foram diagnosticadas com DM.

**Crítérios de inclusão:** aquelas diagnosticadas com DM, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

**Crítérios de exclusão:** foram excluídas aquelas que se negaram a responder o questionário e os questionários que apresentaram rasuras ou ilegibilidades.

Sendo o questionário próprio aplicado durante o período de maio a outubro de 2012, pelos pesquisadores, juntamente com os agentes de saúde das ESFs.

#### 3.3 Análise estatística

O número amostral foi calculado a partir da seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n - amostra calculada

N - população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral

Sendo que encontramos o valor de 350 questionários utilizando a população obtida no censo de 2010 do IBGE. A análise estatística foi realizada através software EPI INFO 3.5.2 e os gráficos foram realizados pelo software Microsoft Office Excel 2010.

## ADESÃO AO TRATAMENTO POR PACIENTES DIABÉTICOS CADASTRADOS NAS ESFs DO MUNICÍPIO DE URUANA – GO

Antônio Fernandes Júnior<sup>1</sup>, Helen Cássia Leal Borba<sup>1</sup>, Menandes Alves Sousa Neto<sup>2</sup>

1-Acadêmicos do curso de Farmácia – Faculdade de Ceres – E-mail: helencassia06@hotmail.com

2-Professor na Faculdade de Ceres – Mestre em Biologia Celular e Molecular – E-mail: memandesfarm@hotmail.com

### RESUMO

Têm por objetivo analisar a adesão ao tratamento de diabéticos cadastrados no programa Hiperdia no município de Uruana - GO. Os dados foram coletados no município de Uruana - GO, onde participaram da pesquisa pessoas de ambos os sexos e faixas etárias, cadastradas nas ESFs, e diagnosticadas com DM, sendo o questionário aplicado de maio a outubro de 2012. Foram entrevistados 254 pacientes, destes 154 eram do sexo feminino, na faixa etária de 60 a 79 anos, aposentadas e casadas; 219 tinham o DM tipo 2; 228 não possuíam complicações decorrentes do DM e 127 não possuíam outro problema de saúde; 216 usavam antidiabéticos orais, sendo os mais usados glibencamida e metformina. E a maioria relataram que sempre usam a medicação no horário correto e que nunca haviam esquecido de tomar a medicação, o armário foi o local de armazenamento da medicação. E a alta prevalência do gênero feminino deve-se em virtude da preocupação do mesmo em relação à saúde. Concluiu-se que houve uma alta adesão ao tratamento, porém observou-se falta de orientação das pessoas em relação ao local de armazenamento. Deve-se lembrar que, toda a equipe de saúde tem que compreender o processo do DM.

**Palavras-chave:** Adesão ao tratamento farmacológico. Armazenamento da medicação. *Diabetes Mellitus*.

### 4.1 INTRODUÇÃO

O *Diabetes Mellitus* (DM) é uma disfunção metabólica crônica grave, que apresenta uma evolução lenta e progressiva, sendo caracterizado pela falta ou produção insuficiente de insulina, levando-se assim a hiperglicemia e glicósuria. O DM pode ser classificado principalmente em tipo 1 e tipo 2. O DM tipo 1 é o resultado da deficiência absoluta na secreção da insulina, sendo causado pela destruição das células  $\beta$  pancreáticas. Já

o DM tipo 2, é causado pela combinação da resistência e reposta insuficiente à ação da insulina, no qual não há uma destruição total do tecido pancreático, ocorrendo principalmente, em pessoas obesas. Além disso, há outras formas de classificação do DM, como por exemplo, o DM gestacional, sendo caracterizado pela resistência à insulina e pela diminuição da função das células  $\beta$ , que ocorre durante a gravidez (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008; FARIA, 2008; RUBIN et al, 2011; SBD, 2006).

De acordo com Ribeiro et al (2006) citado por Santos (2011), destacam-se os seguintes sintomas do DM tipo 1: muita fome (polifagia); emagrecimento rápido; fraqueza; astenia; letargia; muita sede, desidratação e boca seca (polidipsia); lesões de difícil cicatrização, principalmente nas pernas ou nos pés; infecções frequentes (urina, pele e dos órgãos genitais); turvação ou embaçamento visual; aumento do volume urinário ou vontade de urinar várias vezes ao dia (poliúria) e também à noite (nictúria); e tonturas. Enquanto no diabetes tipo 1 observamos o diagnóstico precoce, no diabetes tipo 2 o diagnóstico normalmente acontece durante a fase adulta e está relacionada com alguns fatores de risco, como a obesidade e o sedentarismo (KUMAR et al, 2010; LAURIA et al, 2011).

As complicações do DM podem ser agudas, como é o caso da hipoglicemia e cetoacidose diabética (ocorre principalmente em pacientes com DM tipo 1); ou crônicas, podendo ser macro e microvasculares, que levam à disfunção, falência ou dano de vários órgãos, incluindo a nefropatia, a retinopatia e manifestações de disfunção do sistema nervoso autônomo (BOSI et al, 2009; LUCCHETTI et al, 2009; MOTTA, 2009; PONTIERI; BACHION, 2010).

Portanto, o diagnóstico do DM depende das variações na concentração de glicose no sangue, sendo que esta é mantida numa faixa muito estreita, geralmente em torno de 70 a 120 mg/dL. O diagnóstico de DM para ser estabelecido depende dos seguintes critérios: uma concentração maior que 200 mg/dL apresentando os sintomas clássicos; uma concentração de glicose de jejum maior que 126 mg/dL ocorrendo mais de uma ocasião; e um teste oral de tolerância à glicose (TOTG) anormal, sendo que a concentração de glicose é maior do que 200 mg/dL duas horas após uma carga de carboidratos padrão (KUMAR et al, 2010, MOTTA, 2009; SBD, 2006).

Logo as terapias de primeira escolha para manter o controle glicêmico dentro dos padrões normais, incluem as mudanças no estilo de vida, a educação, as intervenções psicossociais, a prática de exercícios físicos, as orientações nutricionais e a elaboração de um plano alimentar individualizado. Mas quando estas intervenções não resolvem a hiperglicemia no DM tipo 2, deve-se usar os antidiabéticos orais, podendo ser utilizados em esquemas

monoterápicos ou terapias combinadas. E são classificados de acordo com o seu mecanismo de ação em: hipoglicemiantes orais propriamente ditos ou secretagogos (sulfonilúreias: ação mais prolongada, exemplos clorpropamida, glibencamida, glimepirida; e as metiglinidas: tempo de ação menor: nateglinida e repaglinida), sensibilizadores de insulina (biguanidas (metformina) e as tiazolidinedonas) e os anit-hiperglicêmicos (acarbose) (CARVALHO et al, 2008; FARIA, 2008; RODRIGUES et al, 2011; SBD, 2006; SILVA, 2006).

Enquanto que no DM tipo 1, é necessário a insulino terapia, sendo que as insulinas podem ser classificadas conforme o início de sua ação em ultra rápida (insulina lipro), rápida (insulina cristalina e regular), intermediária (insulina NPH) e lenta. Porém, há vários fatores que podem interferir na adesão ao tratamento, como a falta de acesso ao medicamento, a relação entre o profissional de saúde e o paciente, o esquema terapêutico usado, os efeitos colaterais provocados pelo medicamento, a não aceitação da doença, a estrutura dos serviços de saúde, a situação financeira e o custo do tratamento, o estilo de vida, a rotina e trabalho do paciente, a baixa escolaridade, entre outros (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008; BARROS et al, 2008; GIMENES et al, 2009; SBD, 2006; SILVA, 2006).

Deve-se lembrar que, a adesão ao tratamento significa a utilização de medicamentos prescritos ou outros procedimentos, conforme os horários, doses e tempo de tratamento, onde essa adesão é realizada com aconselhamento do profissional de saúde envolvendo três estágios: a concordância, a adesão e a manutenção. A adesão ao tratamento é um dos maiores desafios para o controle clínico do DM, onde um estudo realizado demonstrou que a frequência de adesão ao tratamento medicamentoso foi de 56 a 79% (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008; BARROS et al, 2008; GIMENES et al, 2009).

Este estudo foi realizado para identificar quais são os fatores que podem estar prejudicando a adesão ao tratamento, e tem por objetivo analisar se os pacientes diabéticos cadastrados no programa Hiperdia no Município de Uruana - GO armazenam e usam de forma correta os medicamentos hipoglicemiantes, verificar se os pacientes diabéticos possuem alguma complicação decorrente do diabetes e analisar qual é a forma de tratamento utilizado pelos pacientes diabéticos.

## **4.2 METODOLOGIA**

### **4.2.1 Local de estudo**

Os dados foram coletados no município de Uruana - GO e, de acordo com o censo do IBGE de 2010, a cidade conta com uma população de 13.826 habitantes, desses, 380 são portadores de DM que estão cadastrados nas ESFs.

#### 4.2.2 População estudada

Participaram da pesquisa pessoas de ambos os sexos e faixas etárias, cadastradas nas ESFs do município de Uruana - GO, e que foram diagnosticadas com DM.

**Critérios de inclusão:** aquelas diagnosticadas com DM, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

**Critérios de exclusão:** foram excluídas aquelas que se negaram a responder o questionário e os questionários que apresentaram rasuras ou ilegibilidades.

Sendo o questionário próprio aplicado durante o período de maio a outubro de 2012, pelos pesquisadores, juntamente com os agentes de saúde das ESFs.

#### 4.2.3 Análise estatística

O número amostral foi calculado a partir da seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n - amostra calculada

N - população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral

Sendo que encontramos o valor de 350 questionários utilizando a população obtida no censo de 2010 do IBGE. A análise estatística foi realizada através software EPI INFO 3.5.2 e os gráficos foram realizados pelo software Microsoft Office Excel 2010.

### 4.3 RESULTADOS

Dos 380 pacientes com DM cadastrados no programa Hiperdia no município de Uruana - GO, 254 (100%) participaram da pesquisa, dos quais 157 (62%) eram do sexo

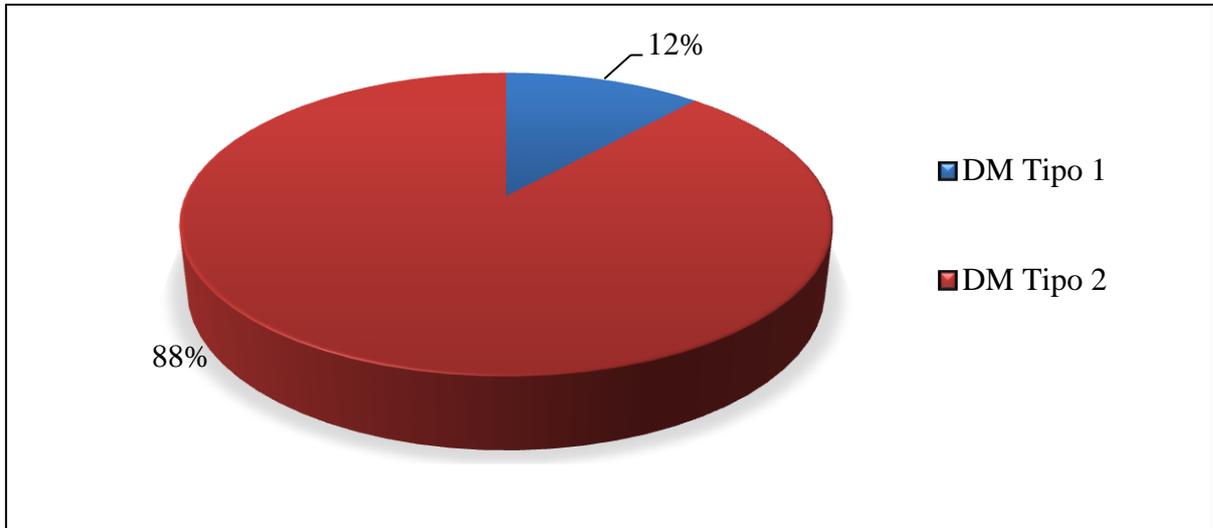
feminino e 97 (38%) do sexo masculino. A tabela 1 mostra as características sócio-demográficas da população estudada.

**Tabela 1 - Características sócio-demográficas dos pacientes cadastrados nas ESFs do município de Uruana**

<b>Características</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	157	62
;Masculino	97	38
<b>Faixa etária</b>		
60 a 69	73	29
50 a 59	65	26
70 a 79	50	20
40 a 49	22	9
80 a 89	19	7
30 a 39	16	6
20 a 29	4	1
90 a 99	3	1
10 a 19	2	1
<b>Estado civil</b>		
Casado	148	59
Viúvo	59	23
Solteiro	25	10
Divorciado	16	6
Outro	2	1
Solteiro (a) com companheiro (a)	2	1
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental Incompleto	73	29
Ensino Médio Completo	66	26
Analfabeto	63	25
Ensino Fundamental Completo	31	12
Ensino Superior completo	11	4
Ensino Médio Incompleto	7	3
Ensino Superior Incompleto	2	1
<b>Renda Mensal</b>		
1-3 Salários	235	93
4-6 Salários	16	6
≥ Salários	3	1
<b>Ocupação</b>		
Aposentado	129	51
Profissional Liberal Autônomo	47	19
Do Lar	40	16
Trabalhador Assalariado	21	8
Outro	16	6

Em relação ao tipo de diabetes, a maior prevalência foi o do tipo 2, com 219 (88%) pacientes, enquanto que o tipo 1 observou-se a frequência de 29 (12%) sujeitos (gráfico 1).

**Gráfico 1 – Tipo de Diabetes**



Quando questionados se possuía alguma complicação decorrente do DM, 228 responderam que não, 8 responderam que sim, porém não especificou qual a complicação, 1 respondeu às vezes, e 18 responderam que sim, sendo que as complicações mais citadas foram as renais, oftálmicas e amputações, o que pode ser observado na tabela 2.

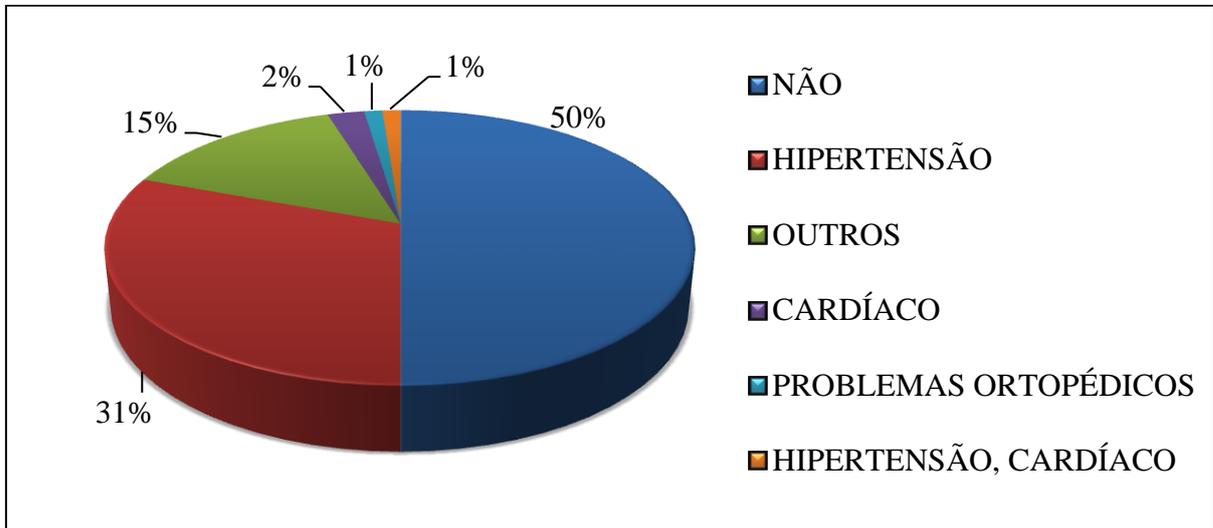
**Tabela 2 - Complicação decorrente do DM**

Variáveis	Frequência	%
Não	228	90
Sim	8	3
Renal	4	1
Oftálmico, Renal	2	1
Amputação de Dedos e Feridas dos pés	2	1
Oftálmica	2	1
Cardíaco (Angioplastia)	2	1
Outros	6	2

Em relação à presença de co-morbidades, 127 (50%) responderam que não apresentavam, 78 (31%) eram hipertensos, 6 (2%) eram cardíacos, 3 (1%) relataram problemas ortopédicos e 3 (1%) eram hipertensos e cardíacos. Dos entrevistados, 37 (15%)

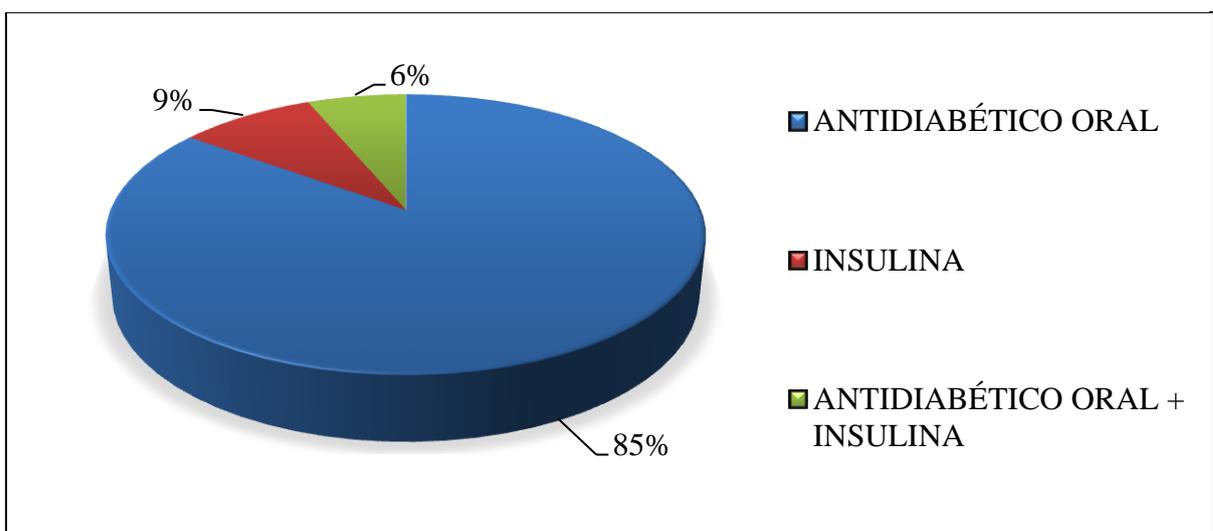
relataram ainda a depressão, o Acidente Vascular Encefálico (AVE), o glaucoma, entre outros (gráfico 2).

**Gráfico 2 – Frequência de co-morbidades**



Verificou-se que a forma de tratamento mais utilizada é a dos antidiabéticos orais, com 216 (85%) pacientes, enquanto que a monoterapia com insulina é realizada por 22 (9%) pacientes, e a combinação dos antidiabéticos orais com insulina é feita por 16 (6%) pacientes (gráfico 3).

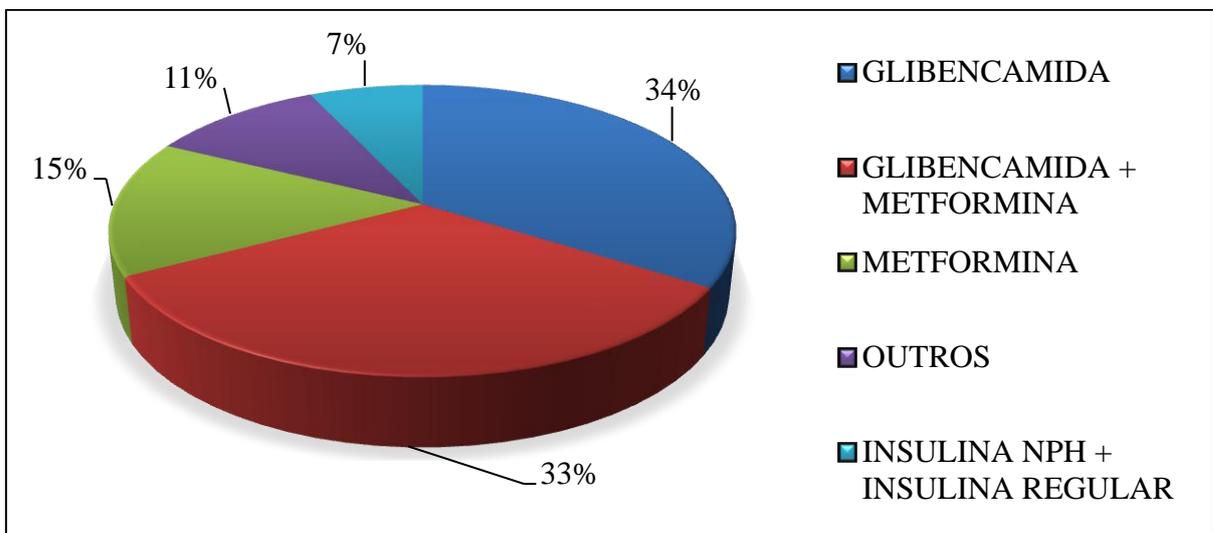
**Gráfico 3 – Forma de tratamento**



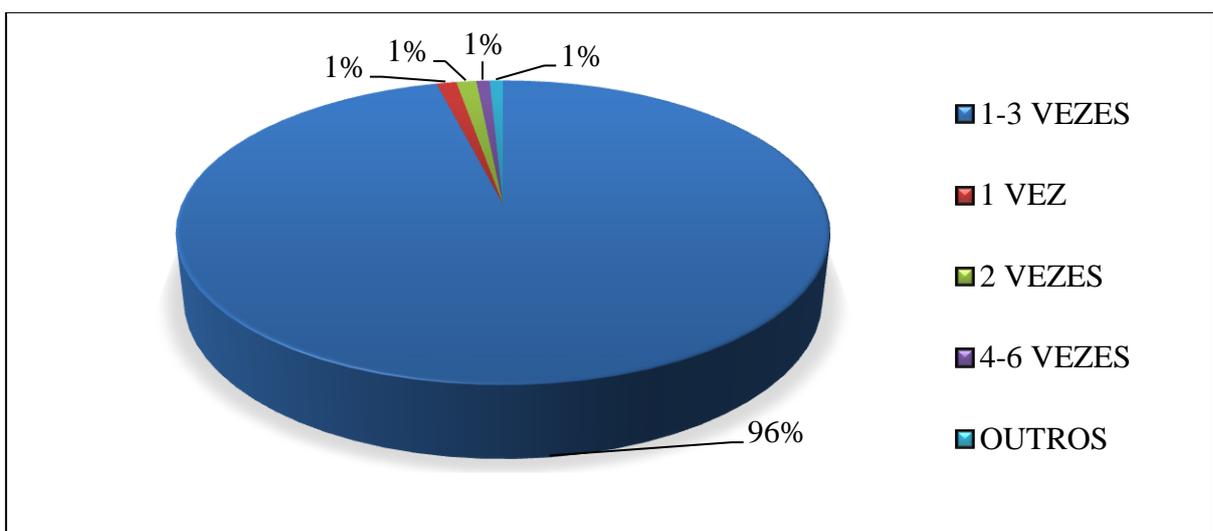
Em relação aos medicamentos utilizados para manter o controle da glicemia, observou-se que 83 (34%) pacientes usavam o glibencamida, 81 (33%) faziam uso da

combinação de glibencamida com a metformina, 37 (15%) usavam somente a metformina, e 17 (7%) usavam a combinação das insulinas NPH com a insulina regular. Enquanto que, 26 (11%) pacientes, além destes medicamentos, usavam outros, como por exemplo, a combinação das insulinas Lantus<sup>®</sup> e da insulina NovoRapid<sup>®</sup>, a monoterapia do antidiabético oral diamicon<sup>®</sup>, a combinação da glibencamida com as insulinas NPH e regular, entre outros. E quanto à posologia, verificou-se que 244 (96%) entrevistados usavam os medicamentos de 1 a 3 vezes ao dia (gráficos 4 e 5).

**Gráfico 4 – Medicação utilizada**

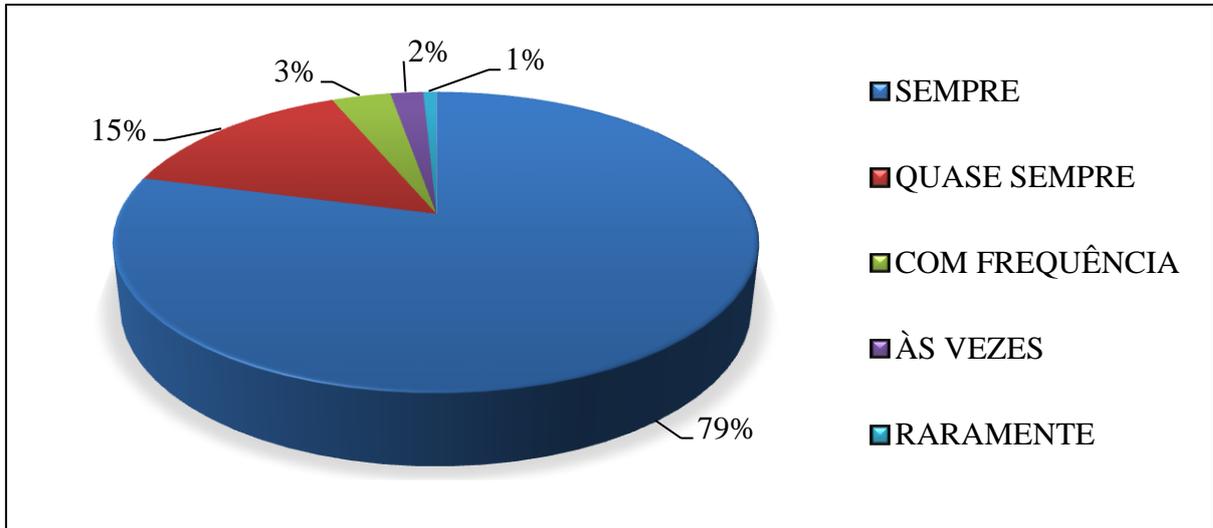


**Gráfico 5 – Posologia**



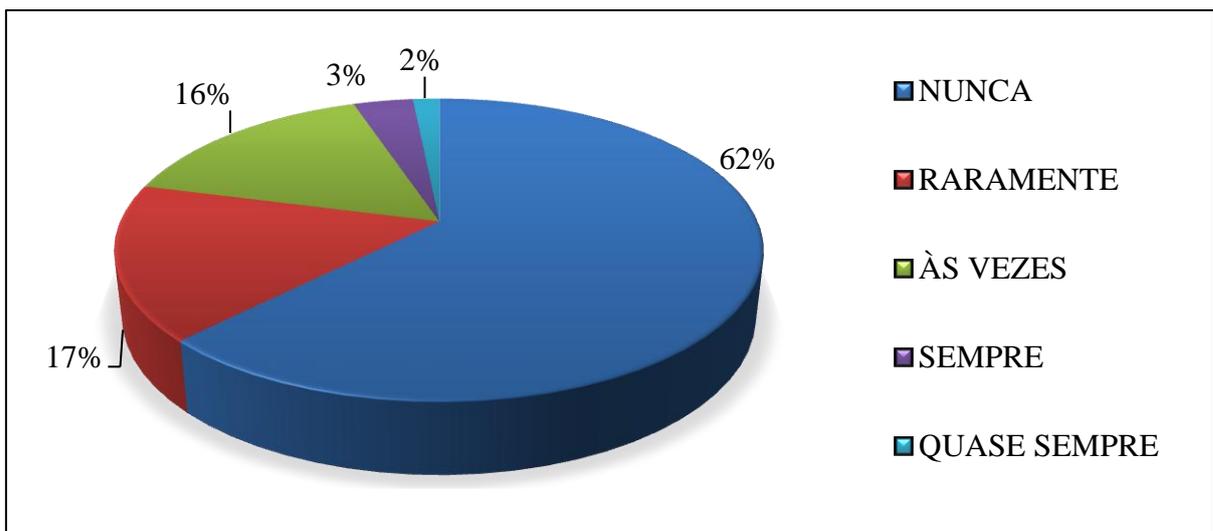
No que se refere ao uso da medicação no horário certo, 201 (79%) afirmaram que sempre usavam a medicação no horário certo, 37 (15%) disseram que quase sempre, 9 (3%) com frequência, 5 (2%) às vezes e 2 (1%) raramente (gráfico 6).

**Gráfico 6 – Medicação no horário certo**



Quando questionados se já haviam esquecido de tomar a medicação, 158 (62%) responderam que nunca esqueceram de tomar a medicação, 42 (17%) responderam que raramente, 40 (16%) às vezes, 9 (3%) sempre e 4 (2%) quase sempre (gráfico 7).

**Gráfico 7 – Esqueceu de tomar a medicação**



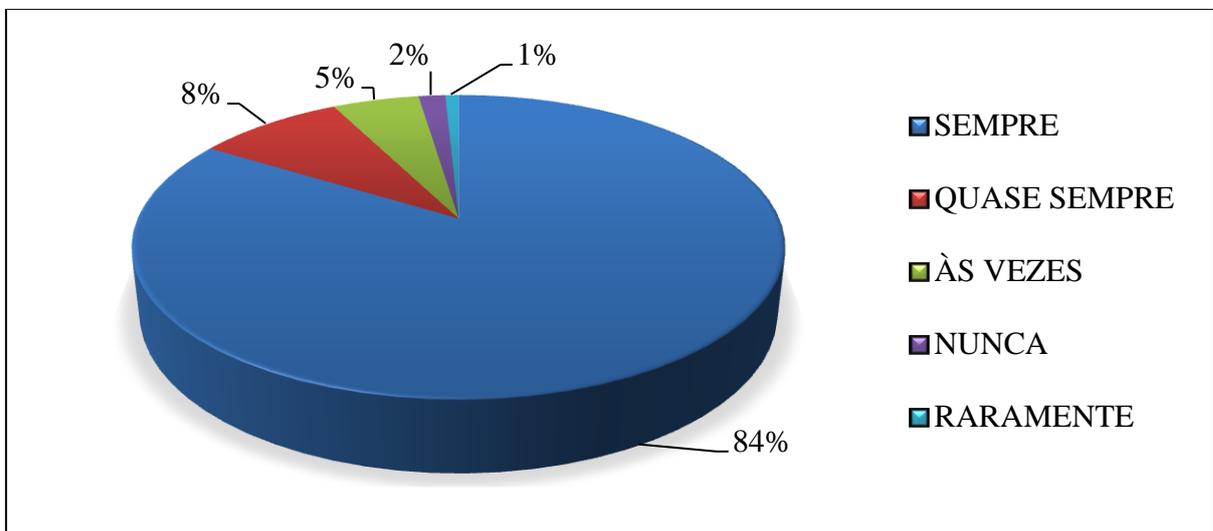
Verificou-se que, 213 (84%) nunca interromperam o tratamento do DM por ter deixado a medicação acabar, enquanto que 216 (85%) nunca deixaram de tomar a medicação por ter se sentido melhor (tabela 3).

**Tabela 3 - Interrompeu o tratamento por deixado a medicamento acabar, e por ter se sentido melhor**

Variáveis	Ter deixado a medicação acabar	%	Ter se sentido melhor	%
Nunca	213	84	216	85
Às vezes	18	7	24	10
Raramente	16	6	10	4
Quase Sempre	5	2	1	
Com Frequência	1	1		
Sempre	1		3	1

Em relação se sentem confiança na força de vontade para cumprir o tratamento, 212 (84%) disseram que sempre sentem, 22 (8%) quase sempre, 13 (5%) às vezes, 4 (2%) nunca 2 (1%) raramente (gráfico 8).

**Gráfico 8 – Confiança na força de vontade**



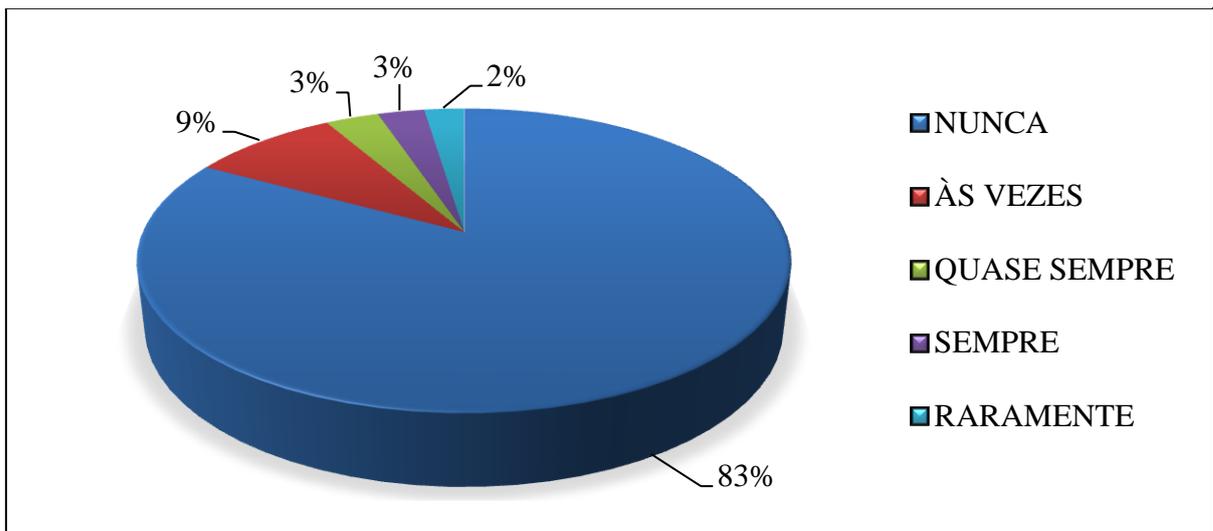
Observou-se que, 184 (72%) sempre conseguiram fazer o que é necessário para o tratamento do DM, enquanto que, somente 7 (3%) nunca conseguiram. E, também, 186 (73%) sempre sentem que são capazes de não falhar nos cuidados a ter por causa do DM (tabela 4).

**Tabela 4 - Consegue fazer o que é necessário para o tratamento do DM, e sente que é capaz de não falhar nos cuidados**

Variáveis	Consegue fazer o que é necessário	%	Sente que é capaz de não falhar nos cuidados	%
Sempre	184	72	186	73
Quase Sempre	22	9	22	9
Às Vezes	18	7	17	7
Com Frequência	15	6	9	4
Raramente	8	3	6	2
Nunca	7	3	13	5

Quando questionados se uma das razões que os levaram a seguir o tratamento do DM é porque eles se sentiriam culpado ou com vergonha de si próprio se não seguissem o tratamento, 210 (83%) responderam que nunca, 22 (9%) às vezes, 8 (3%) quase sempre, 7 (3%) sempre e 6 (2%) raramente (gráfico 9).

**Gráfico 9– Razão para seguir o tratamento**



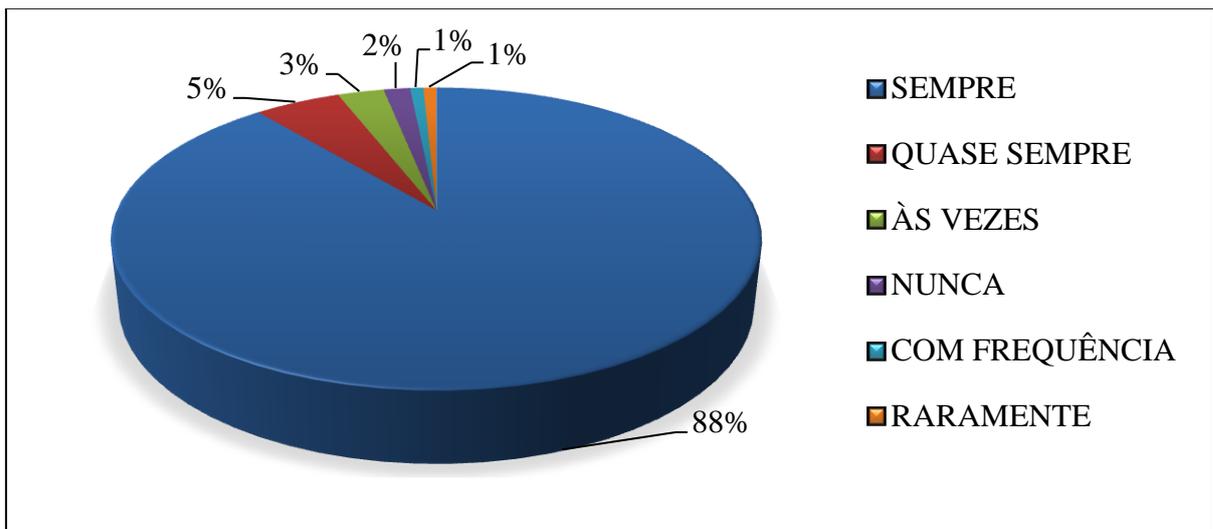
Observou-se que, 184 (72%) nunca querem mostrar aos outros que são capazes de fazer e seguir o tratamento do DM e 168 (66%) nunca sentem pressão de outras pessoas para seguir o tratamento (tabela 5).

**Tabela 5 - Mostrar aos outros que é capaz de fazer e seguir o tratamento, e se sente pressão de outros para seguir o tratamento**

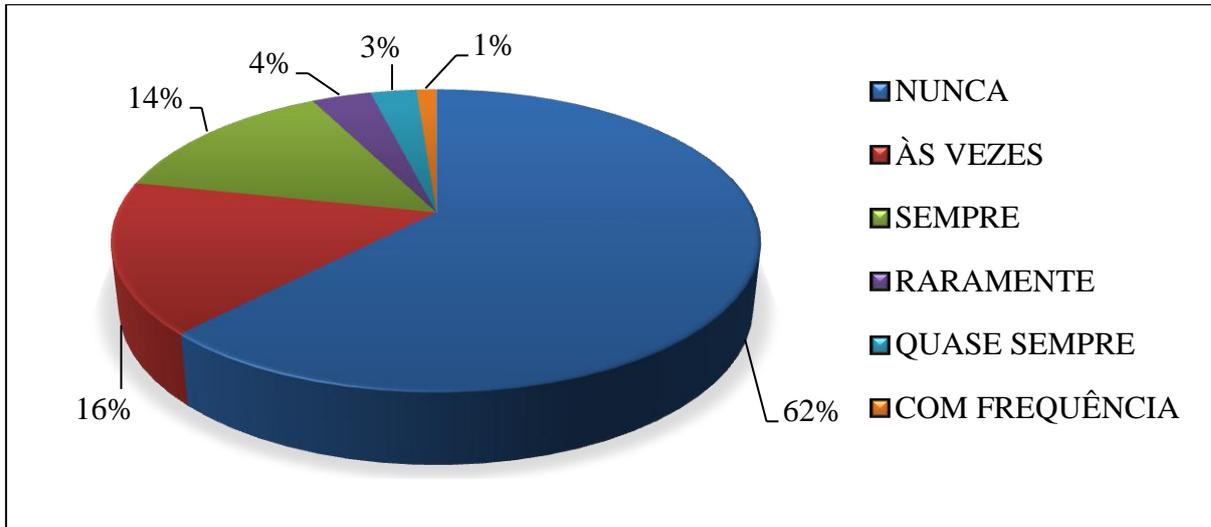
Variáveis	Mostrar que é capaz de		Sente pressão de outros	
	fazer e seguir o tratamento	%	para seguir o tratamento	%
Nunca	184	72	168	66
Sempre	38	15	32	12
Às Vezes	12	5	33	13
Raramente	12	5	12	5
Quase Sempre	8	3	2	1
Com Frequência			7	3

No que se refere seguir o tratamento do DM, está de acordo com os objetivos de vida, 226 (88%) disseram que sempre, 13 (5%) quase sempre, 7 (3%) às vezes, 4 (2%) nunca, 2 (1%) com frequência e 2 (1%) raramente (gráfico 10).

**Gráfico 10 – Seguir o tratamento está de acordo com os objetivos**



Quando perguntado se eles pensam que os outros ficariam aborrecidos com eles, senão seguissem o tratamento, 158 (62%) responderam que nunca pensam, 41 (16%) às vezes, 36 (14%) sempre, 9 (4%) raramente, 7 (3%) quase sempre e 3 (1%) com frequência (gráfico 11).

**Gráfico 11 – Pensam que os outros ficariam aborrecidos se não seguisse o tratamento**

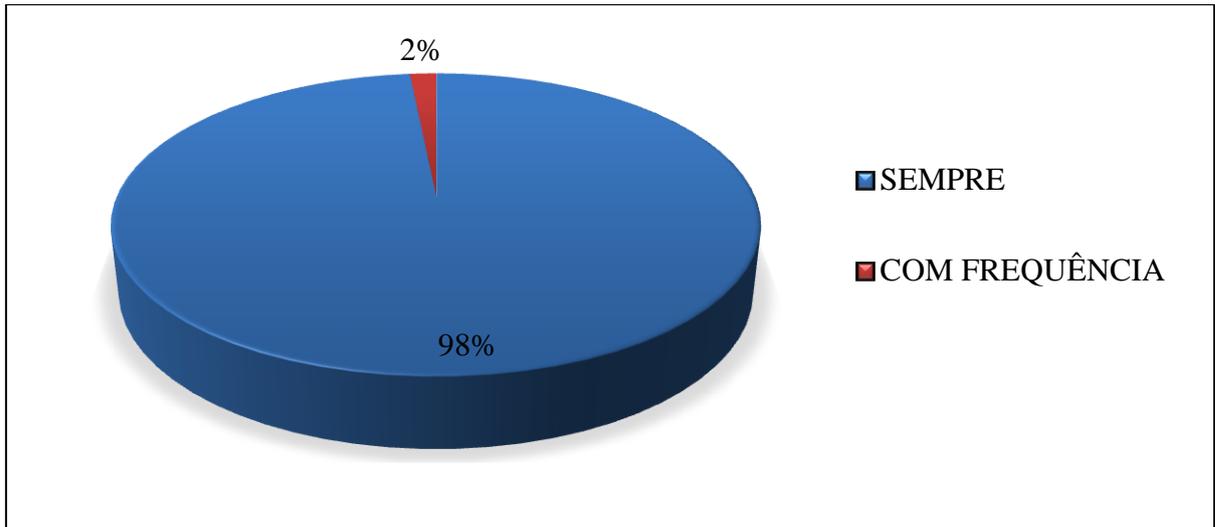
Com relação se eles sentem que seguir o tratamento do DM é muito importante para ter uma vida saudável, 248 (98%) disseram que sempre sentem. Mas, quando perguntado se sentem que ter a aprovação dos outros é uma das razões que os levam a seguir o tratamento, 183 (71%) responderam que nunca sentem.

**Tabela 6 - Sentem que seguir o tratamento é uma decisão importante para ter uma vida saudável, e ter a aprovação dos outros é uma das razões para seguir o tratamento**

Variáveis	Seguir o tratamento é uma decisão importante		Ter a aprovação dos outros é uma das razões para seguir o tratamento	
		%		%
Sempre	248	98	35	14
Com Frequência	2	1	2	1
Nunca	2	1	183	71
Quase Sempre	1		4	2
Raramente			6	3
Às vezes			25	

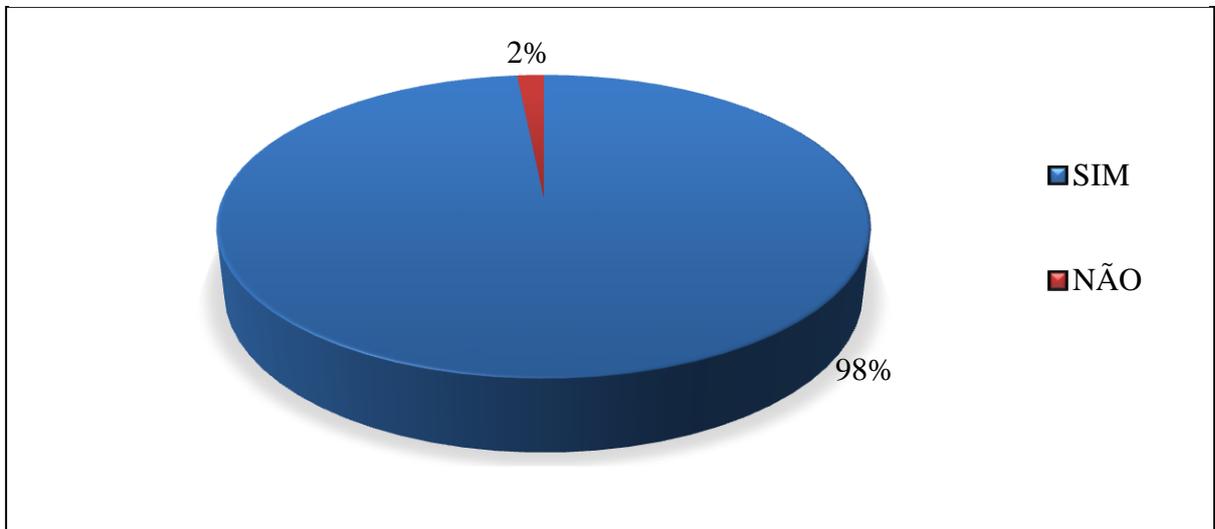
Observou-se que 250 (98%) sempre sentem que seguir o tratamento é uma decisão importante, enquanto que 4 (2%) disseram com frequência (gráfico 12).

**Gráfico 12 – Seguir o tratamento é uma decisão importante**



No que refere, se eles sabem qual a maneira correta de armazenar a medicação para o DM, 250 (98%) responderam que sim, e somente 4 (2%) responderam que não (gráfico 13).

**Gráfico 13 - Armazenamento**



Quando perguntado onde eles armazenam a medicação para o DM, os locais mais citados foram no armário, em cima da mesa, e na geladeira (tabela 7).

**Tabela 7 - Locais de armazenamento**

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
No armário	113	45
Em cima da mesa da cozinha	26	10
Na geladeira	20	8
Gaveta do criado	15	6
No armário, e na geladeira	7	3
Tem caixa apropriada para medicamentos	6	2
Em lugar que tenha visão	3	1
Outros	64	25

#### **4.4 DISCUSSÃO**

No presente estudo observou-se uma maior proporção de mulheres portadoras de DM. Em um estudo realizado por Bosi et al (2009), com pacientes diabéticos na cidade de São Carlos, em São Paulo, verificaram que, dos 1116 voluntários participantes da pesquisa, 720 eram mulheres. Enquanto que Assunção; Ursine (2008), em seus estudos na cidade de Ventosa, em Belo Horizonte, dos 164 indivíduos entrevistados, 71,9% eram do gênero feminino.

E, de acordo com Assunção; Ursine (2008) e Rodrigues et al (2011), a alta prevalência de mulheres, é em virtude de um maior número de mulheres que atingem a idade adulta, e que envelhecem. E também, as mulheres demonstram uma maior preocupação com a saúde, além do mais, a tarefa de providenciar assistência médica à família, sempre é vista como um atributo feminino. Logo, isso faz com que as mulheres tenham um contato maior com os serviços de saúde, além de facilitarem o seu acesso aos mesmos.

Com relação à faixa etária, a maioria dos participantes se encontram na faixa de 60 a 79 anos, o que se aproxima do estudo realizado por Assunção; Ursine, onde encontraram a faixa prevalente de 60 a 75 anos. Sendo que a alta prevalência dessa faixa etária é em virtude ao atual processo de transição demográfica e epidemiológica que o Brasil se encontra, o que favorece o aumento do número de idosos, além de aumentar a expectativa de vida ao nascer. Segundo, Carolino et al (2008) e Torres et al (2010), o DM tipo 2 apresenta uma incidência bastante elevada ao redor dos 50 anos, e também, as pessoas começam a usar mais os serviços de saúde, quando alcançam uma idade senil, isto é, uma idade mais avançada.

No estudo realizado por Torres et al (2010) verificaram que a maioria dos entrevistados eram casados e tinham o ensino fundamental incompleto. Já em outro estudo

realizado por Tavares et al (2011), a maioria tinham uma relação conjugal estável, e quanto a escolaridade, quase 70% cursaram até quatro anos, o que equivale ao ensino fundamental incompleto e esses mesmos dados se assemelham com o presente estudo.

A maioria dos entrevistados possuíam uma renda mensal de 1 a 3 salários mínimos, e quanto à ocupação a maioria eram aposentados, sendo isso em virtude da alta prevalência de pessoas na faixa senil, o que se assemelha ao estudo realizado por Araújo et al (2010), onde avaliaram a aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais.

Quanto ao tipo de DM, a maioria apresentaram o tipo 2, e no estudo realizado por Faria (2008), 82,6% dos entrevistados relataram ter o DM tipo 2. Já em outro estudo realizado por Stacciarini et al (2008), onde dividiram os pacientes diabéticos em dois grupos (A e B), encontraram 78 entrevistados no grupo A com DM tipo 2, enquanto que no grupo B, 47. Já no estudo de Cazarini et al, diferentemente do presente estudo, 38 dos entrevistados tinham DM tipo 1 e 28 tipo 2. E, de acordo com Miranzi et al (2008), os fatores que se destacam como responsáveis pelo aumento da prevalência do DM tipo 2, são as alterações no estilo e na esperança de vida, pois o DM tipo 2, está relacionado aos fatores hereditários, e ao estilo de vida.

Em relação se possuíam alguma complicação decorrente do DM, a maioria relataram que não, sendo que apenas 18 disseram ter alguma complicação, onde as mais citadas foram as renais, oftálmicas e amputações. Em um estudo realizado por Isoton (2010) na Estratégia Saúde da Família Araça I, em Porto Alegre, 71% dos entrevistados confirmaram ter alguma complicação, os problemas renais e a diminuição da visão foram as complicações mais citadas.

Quando questionados se haviam outros problemas de saúde além do DM, a maioria responderam que não. Entretanto, os que relataram que haviam, a mais citada foi a hipertensão. Em um trabalho realizado por Faria (2008), 56,5% dos entrevistados relataram serem hipertensos. Já em outro estudo realizado por Rempel et al (2010), no vale do Taquari, entre os indivíduos entrevistados, 63,03% disseram ter outro problema de saúde, contra 36,97% não possuíam, sendo o problema mais citado a hipertensão. O que condiz com o trabalho realizado por Coelho; Amaral (2012), que o DM e a hipertensão, são doenças que sempre se associam.

Em um trabalho realizado por Scheffel et al (2004), verificaram que 52% dos pacientes entrevistados utilizavam somente hipoglicemiantes orais para o tratamento do DM, enquanto que 28% usavam a monoterapia com a insulina, e 7% faziam a combinação dos

hipoglicemiantes com a insulina, no qual se assemelha com o presente estudo, onde dos 254 entrevistados, 216 usavam os hipoglicemiantes orais. Porém, Cazarini et al (2002), relataram que para o tratamento do DM, tanto tipo 1 como tipo 2, obter um bom controle metabólico, é necessário que haja a dieta, os medicamentos e os exercícios físicos.

No que se refere quais são os medicamentos utilizados para manter o controle do DM, as classes medicamentosas mais citadas foram as sulfonilúreias, principalmente o glibencamida, e as biguanidas (metformina), onde 83 disseram usar somente a glibencamida, e 81 disseram fazer a combinação da glibencamida com a metformina. Relataram que usam essas medicações de 1 a 3 vezes por dia, diferentemente do trabalho realizado por Faria (2008), onde dos 46 entrevistados, a maioria utilizavam os medicamentos da classe das biguanidas, e também da associação das biguanidas com as sulfonilúreias, relatando usarem essas medicações duas vezes ao dia.

É importante ressaltar que, a metformina é o antidiabético oral da classe das biguanidas, que deve ser o medicamento de escolha para o tratamento do DM tipo 2, pois promove a redução das complicações microvasculares em 29%, enquanto que as insulinas e a classe das sulfoniluréias reduzem em 25% e 12%, respectivamente. E também, a metformina não apresenta efeitos colaterais, como por exemplo, o ganho de peso e a hipoglicemia, logo é um medicamento seguro em longo prazo.

Em relação à ingestão dos medicamentos nos horários corretos, a maioria relataram que sempre tomam a medicação no horário correto. Já no trabalho de Faria (2008), 47,8% referiram tomar os medicamentos em horários corretos, 28,3% em horários parcialmente corretos, e 19,6% em horário incorreto.

Se já haviam se esquecido de tomar a medicação, 158 afirmaram que nunca esqueceram. Diferentemente do trabalho realizado por Araújo et al (2011), verificaram que a maioria (54%) dos entrevistados já esqueceram de tomar a medicação, e 64,1% já tomaram a medicação em um horário diferente do determinado pela prescrição médica.

E nesse mesmo trabalho realizado por Araújo et al (2011), 82,4% dos entrevistados negaram ter deixado de tomar a medicação devido a uma sensação de melhora ou piora, e que 62% dos entrevistados nunca interromperam o tratamento por falta da medicação, porém, quando consultaram os dados do diário adotado durante a entrevista, constataram que 10,6% pararam o tratamento por falta da medicação, e ainda, alguns entrevistados compartilhavam as medicações com outros doentes, principalmente o cônjuge.

No presente estudo, verificou-se que 213 nunca interromperam o tratamento por ter deixado a medicação acabar, e 216 nunca deixaram de tomar a medicação por ter se

sentido melhor. Observou-se que, 212 entrevistados sempre sentem confiança na força de vontade para cumprir o tratamento, e 184 sempre conseguem fazer o que é necessário para o tratamento do DM. E ainda, 186 sempre sentem que são capazes de não falhar nos cuidados a ter, por causa do DM. Porém, não foi encontrado na literatura nenhum dado que pudesse ser comparado com o presente estudo.

Entretanto, Péres et al (2008) relataram que, ao receber o diagnóstico de uma doença crônica como o DM, pode provocar várias emoções e sentimentos, como o de raiva, revolta e a não aceitação da doença. Além do mais, como é uma doença que requer comprometimento com a terapêutica medicamentosa, alimentar e atividade física, favorece o desejo de interromper o tratamento.

Em relação às razões que os levaram a seguir o tratamento do DM, é porque se sentiriam culpado ou com vergonha de si mesmo se não seguissem o tratamento, 210 responderam que nunca, e 184 nunca querem mostrar aos outros que são capazes de fazer e seguir o tratamento e 168 nunca sentem pressão de outras pessoas para seguir o tratamento. Enquanto que 226 disseram que seguir o tratamento do DM sempre está de acordo com os objetivos de vida. Porém, não foi encontrado na literatura nenhum dado que pudesse ser comparado com o presente estudo.

Quando questionados, se eles pensam que os outros ficariam aborrecidos com eles, se não seguissem o tratamento, 158 disseram que nunca pensam. Mas quando questionado se sentem que ter a aprovação dos outros é uma das razões que os levam a seguir o tratamento, 183 responderam que nunca sentem, e 248 disseram que sempre sentem que, seguir o tratamento do DM é muito importante para ter uma vida saudável. Enquanto que 250 sempre sentem que seguir o tratamento é uma decisão importante. Porém, não foi encontrado na literatura dados semelhantes a estes.

Enquanto que no estudo realizado por Apóstolo et al (2007), onde avaliaram a incerteza na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2, observaram que os entrevistados apresentaram um alto grau de motivação para seguir o tratamento em relação aos valores intrínsecos, como o hábito de manter uma vida saudável, a manutenção do estado de saúde, e a vontade de seguir o tratamento do DM de acordo com os objetivos de vida. Enquanto que os entrevistados apresentaram uma baixa motivação em relação aos valores extrínsecos, como comportar-se de acordo com o que os outros queiram, pensar que os outros ficariam aborrecidos com eles.

Em relação à maneira correta de armazenar a medicação, a maioria (250) respondeu que conhecem a maneira correta de armazenar, entretanto, quando perguntado onde

eles armazenam a medicação, a maioria dos entrevistados indicaram o armário, em virtude talvez, da maioria dos entrevistados utilizarem antidiabéticos orais. Já em um trabalho realizado por Laste et al (2012), 89,2% dos entrevistados, relataram que guardam os medicamentos na cozinha. Enquanto que, no trabalho realizado por Reis (2011), os locais em que os entrevistados relataram armazenar, foram a cozinha e o quarto. Sendo a cozinha o local que mais foi encontrado medicamentos, isso ocorre em virtude da acessibilidade do local, à presença de líquidos que podem ser ingeridos junto com a medicação e de utensílios domésticos, como colheres para medida de líquidos e suspensões.

E no estudo de Soares et al (2010), avaliaram 12 pacientes insulino-dependentes, porém 7 armazenavam a insulina em local inadequado, ou seja, na porta do refrigerador. Sendo que, a maneira correta de se armazenar a insulina e todos os outros medicamentos, é seguir as recomendações do fabricante. É importante lembrar que a porta do refrigerador é uma opção inadequada, pois, existe uma maior variação de temperatura, além de aumentar a mobilidade do frasco a cada abertura da porta.

#### **4.5 CONCLUSÃO**

A maioria dos entrevistados apresentavam o DM tipo 2, e usavam os antidiabéticos orais. Já, em relação à adesão ao tratamento, houve uma elevada adesão, pois a maioria dos entrevistados relataram que nunca deixaram de tomar a medicação por ter se sentido melhor, ou por ter deixado a mesma acabar, além disso sempre usaram a medicação no horário correto.

Porém, observou-se que não há uma relação entre a forma de como os pacientes se aderem ao tratamento e a opinião de outras pessoas, pois a maioria disseram que nunca querem mostrar aos outros que são capazes de fazer e seguir o tratamento e também ter a aprovação dos outros, nunca é uma das razões que os fazem seguir o tratamento. Os entrevistados relataram sempre ter a consciência que seguir o tratamento é uma decisão importante para ter uma vida saudável.

Em relação onde armazenam a medicação, citaram no armário, porém, muitas vezes, essa não é a maneira correta, pois todas as medicações devem ser armazenadas conforme as instruções do fabricante, o que demonstra a falta de orientação das pessoas, isso poderia ser mudado através de programas educativos, de palestras, e principalmente da assistência farmacêutica

## ADHERENCE TO TREATMENT FOR DIABETIC PATIENTS ENROLLED IN THE ESF'S OF MUNICIPALITY URUANA - GO

### ABSTRACT

Aim to analyze adherence to the treatment of diabetics enrolled in the Hiperdia program in the municipality of Uruana-GO. The data were collected in the municipality of Uruana-GO, where he participated in the search people of both sexes and age groups registered in the ESFs, and diagnosed with DM, being the questionnaire applied from May to October 2012. 254 patients were interviewed, of 154 were female, between the ages of 60 to 79 years, retired and married; 219 had the DM type 2; 228 did not have complications arising from the DM and 127 did not have another health problem; 216 used oral antidiabetics, being the most used glibencamida and metformin. And most reported that always use the medication at the correct time and who never had forgotten to take the medication, the closet was the place of storage of the medication. And the high prevalence of the female gender due because of the concern in relation to health. It is concluded that there was a high adhesion to treatment, but there was lack of orientation of people in relation to the storage location. It should be remembered that the entire health team have to understand the process of DM.

**Keywords:** Adherence to pharmacological treatment. Storage of the medication. *Diabetes Mellitus*.

### 4.6 REFERÊNCIAS

APOSTÓLO, J. L. A. et al. Incerteza na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 14, n.4, Jul.-Ago. 2007. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 13 Nov. 2012;

ARAÚJO, M. F. M et al. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 361-367, 2010. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/eavn/v14n2/20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eavn/v14n2/20.pdf)>. Acesso em: 22 Mar. 2012;

ARAÚJO, M. F. M. et al. Cumprimento da terapia com antidiabéticos orais em usuários da atenção primária. **Texto Contexto Enferm., Florianópolis**, v. 20, n. 1, p. 135-143, Jan. – Mar. 2011. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/16.pdf)>. Acesso em: 22 Mar. 2012;

ASSUNÇÃO, T. S; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de *diabetes mellitus* assistidos pelo programa saúde da família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, sup. 2, p. 2189-2197, 2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63009624.pdf>>. Acesso em: 21 Mar. 2012;

BARROS, A. C. M. et al. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com *diabetes mellitus* atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 1, p. 54-62, 2008. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/536.pdf>>. Acesso em: 27 Fev 2012;

BOSI, P. L. et al. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída na população urbana de 30 a 79 anos da cidade de São Carlos, São Paulo. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 53, n. 6, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n6/06.pdf>>. Acesso em: 22 Abr. 2012;

CAROLINO, I. D. R. et al. Fatores de risco em pacientes com *diabetes mellitus* tipo2. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 2, Mar.- Abr., 2008. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_11.pdf)>. Acesso em: 14 Nov. 2012;

CARVALHO, F. S. et al. Importância da orientação nutricional e do teor de fibras da dieta no controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2 sob intervenção educacional intensiva. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 56, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v56n2/04.pdf>>. Acesso em: 29 Maio 2012;

CAZARINI, R. P. et al. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de *diabetes mellitus*: porcentagem e causas. **Medicina, Ribeirão Preto**, 35, p. 142-150, Abr.- Jun. 2002. Disponível em: <<http://libras.net/Arquivoscientificos/Analisesclinicas/9.pdf>>. Acesso em: 14 Nov. 2012;

COELHO, C. R.; AMARAL, V. L. A. R. Análise dos comportamentos de adesão ao tratamento em adultos portadores de *diabetes mellitus* tipo 2. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 14, n. 1, p. 4-15, 2012. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/infrx.php/RBTCC/article/view/488/345>>. Acesso em: 31 Mar. 2012;

DIRETRIZES SBD - **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**, 2006. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 01 Abr. 2012;

FARIA, H. T. G. **Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa**. Ribeirão Preto, 2008. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo

(Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto). Disponível em:  
<[www.teses.usp.br/teses/.../22/.../HeloisaTurcattoGimenesFaria.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/.../22/.../HeloisaTurcattoGimenesFaria.pdf)>. Acesso em: 31 Mar. 2012;

GIMENES, H. T. et al. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético á terapêutica medicamentosa. **Rev. Latino-am enfermagem**, v.17, n. 1, Jan-Fev, 2009. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_08.pdf)>. Acesso em: 27 Fev. 2012;

ISOTON, M. D. **Percepção dos usuários diabéticos da estratégia de saúde da família Araça I acerca do autocuidado**. Porto Alegre, 2010. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade de Medicina Social (Departamento de Medicina Social – Especialização em Saúde Pública). Disponível em:  
<[www.lume.ufrs.br/bitstream/handle/10183/28091/000767606.pdf?sequence1](http://www.lume.ufrs.br/bitstream/handle/10183/28091/000767606.pdf?sequence1)>. Acesso em: 12 Nov. 2012;

KUMAR, V. et al. **Robbins & Cotran bases patológicas das doenças**.8 ed.Rio de janeiro; Elsevier, 2010;

LASTE, G. et al. Papel do agente comunitário de saúde no controle do estoque domiciliar de medicamentos em comunidades atendidas pela estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n.5, p. 1305-1312, 2012. Disponível em:  
<[www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/224v17n5.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/224v17n5.pdf)>. Acesso em 01 Abr. 2012;

LUCCHETTI, G. et al. Hipertrigliceridemia grave na cetoacidose diabética: relato de caso. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 53, n. 7, 2009. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/abem/v55n7/13.pdf>>. Acesso em: 03 Jun. 2012;

MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com *diabetes mellitus* e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 17, n. 4, p. 627-9, Out.-Dez. 2008. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf>>. Acesso em: 21 Mar. 2012;

MOTTA, V. **Bioquímica para o laboratório – princípios e interpretações**. 5 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2009;

PÉRES, D. S. et al. Representações sociais de mulheres diabéticas, de camadas populares, em relação ao processo saúde-doença. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 3, Maio-Jun. 2008. Disponível em:< [www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt\\_09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_09.pdf)>. Acesso em: 14 Nov. 2012;

PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,

v. 15, n.1, p. 151-160, 2010. Disponível em:  
<<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012432017.pdf>>. Acesso em: 21 Maio 2012;

REIS, C. **A relação dos idosos com seus medicamentos, Porto Alegre, 2011.** Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Instituto de Geriatria e Gerontologia Biomédica – Mestrado em Gerontologia Biomédica). Disponível em:  
<[tede.puers.br/tde\\_arquivos/14/TDE-2011-06-13-13T165736Z-3320/Publico/431687.pdf](http://tede.puers.br/tde_arquivos/14/TDE-2011-06-13-13T165736Z-3320/Publico/431687.pdf)>. Acesso em: 15 Nov. 2012;

REMPEL, C. et al. Perfil dos usuários de unidade básicas de saúde do Vale do Taquari: fatores de risco de diabetes e utilização de fitoterápicos. **ConScientiae Saúde**, v.9, n.1, p. 17-24, 2010. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/929/92915037003.pdf>>. Acesso em: 29 Maio 2012;

RODRIGUES, D. F. et al. Prevalência de fatores de risco e complicações do *diabetes mellitus* tipo 2 em usuários de uma unidade de saúde da família. **Revista Brasileira Ciência de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 277-286, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index>>. Acesso em: 29 Maio 2012;

RUBIN, O. et al. Adesão ao tratamento de *diabetes mellitus* tipo 1 atendidos em um programa especializado em Porto Alegre. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 4, p. 367-76, 2011. Disponível em:  
[http://www.fmrp.usp.br/revista/2011/vol44n4/AO\\_Ades%20ao%20tratamento%20de%20Diabetes%20Mellitus%20tipo%201.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/2011/vol44n4/AO_Ades%20ao%20tratamento%20de%20Diabetes%20Mellitus%20tipo%201.pdf)>. Acesso em: 22 Abr. 2012;

SANTOS, M. C. D. **Alterações na qualidade de vida de portadores de *diabetes mellitus* tipo I.** Brasília/DF, 2011. Monografia – Consórcio setentrional de Educação à distância. Universidade de Brasília / Universidade Estadual de Goiás, Curso de Licenciatura em Biologia à distância. Disponível em:  
<[http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/1758/1/2011\\_MarcosCesarDantasSantos.pdf](http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/1758/1/2011_MarcosCesarDantasSantos.pdf)>. Acesso em: 22 Abr. 2012;

SCHEFFEL, R. S. et al. Prevalência de Complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito tipo 2 em atendimento ambulatorial. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 50, n. 3, São Paulo Jul.-Set. 2008. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttiet&pid=S0104-42302004000300031&ng=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 14 Nov. 2012;

SILVA, P. **Farmacologia.** 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006;

SOARES, A. M. G. et al. Tecnologia assistencial na promoção da saúde: cuidado e auto-cuidado do idoso insulino-dependente. **Rev. Rene. Fortaleza**, v.11, n. 4, p. 174-181, Out.-

Dez. 2010. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/44S.pdf>>. Acesso em: 14 Nov. 2012;

STACCIARINI, T. S. G. et al. Fatores associados à auto-aplicação da insulina nos usuários com *diabetes mellitus* acompanhados pela estratégia da família. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 24, n.6, p. 1314-1322, Jun. 2008. Disponível em:

<[http://www.uftm.edu.br/upload/ensino/fatores\\_associados\\_a\\_auto\\_aplicacao\\_da\\_insulina.PDF](http://www.uftm.edu.br/upload/ensino/fatores_associados_a_auto_aplicacao_da_insulina.PDF)>. Acesso em: 31 Maio 2012;

TAVARES, B. C. et al. Resiliência de pessoas com *diabetes mellitus*. **Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis**, v. 20, n. 4, p.751-7, Out.-Dez. 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/14.pdf>>. Acesso em: 12 Nov. 2012;

TORRES, H. C. et al. Visita Domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. **Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro**, v. 19, n. 1 p. 89-3, Jan.-Mar. 2011. Disponível em: <[www.facenf.uerj.br/v19n1a15.pdf](http://www.facenf.uerj.br/v19n1a15.pdf)>. Acesso em: 13 Nov. 2012.



## 5. REFERÊNCIAS

- APOSTÓLO, J. L. A. et al. Incerteza na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v. 14, n.4, Jul.-Ago. 2007. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 13 Nov. 2012;
- ARAÚJO, M. F. M et al. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 361-367, 2010. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/eavn/v14n2/20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eavn/v14n2/20.pdf)>. Acesso em: 22 Mar. 2012;
- ARAÚJO, M. F. M. et al. Cumprimento da terapia com antidiabéticos orais em usuários da atenção primária. **Texto Contexto Enferm., Florianópolis**, v. 20, n. 1, p. 135-143, Jan. – Mar. 2011. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/16.pdf)>. Acesso em: 22 Mar. 2012;
- ASSUNÇÃO, T. S; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo programa saúde da família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, sup. 2, p. 2189-2197, 2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63009624.pdf>>. Acesso em: 21 Mar. 2012;
- BARROS, A. C. M. et al. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 1, p. 54-62, 2008. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artiGOs/536.pdf>>. Acesso em: 27 Fev 2012;
- BOSI, P. L. et al. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída na população urbana de 30 a 79 anos da cidade de São Carlos, São Paulo. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 53, n. 6, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n6/06.pdf>>. Acesso em: 22 Abr. 2012;
- CAROLINO, I. D. R. et al. Fatores de risco em pacientes com *diabetes mellitus* tipo2. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 2, Mar.- Abr., 2008. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_11.pdf)>. Acesso em: 14 Nov. 2012;
- CARVALHO, F. S. et al. Importância da orientação nutricional e do teor de fibras da dieta no controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2 sob intervenção educacional intensiva. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 56, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v56n2/04.pdf>>. Acesso em: 29 Maio 2012;
- CAZARINI, R. P. et al. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de *diabetes mellitus*: porcentagem e causas. **Medicina, Ribeirão Preto**, 35, p. 142-150, Abr.- Jun. 2002.

Disponível em: <<http://libras.net/Arquivoscientificos/Analisesclinicas/9.pdf>>. Acesso em: 14 Nov. 2012;

COELHO, C. R.; AMARAL, V. L. A. R. Análise dos comportamentos de adesão ao tratamento em adultos portadores de *diabetes mellitus* tipo 2. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 14, n. 1, p. 4-15, 2012. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/infrx.php/RBTCC/article/view/488/345>>. Acesso em: 31 Mar. 2012;

DIRETRIZES SBD - **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2006**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 01 Abr. 2012;

FARIA, H. T. G. **Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa**. Ribeirão Preto, 2008. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto). Disponível em: <[www.teses.usp.br/teses/.../22/.../HeloisaTurcattoGimenesFaria.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/.../22/.../HeloisaTurcattoGimenesFaria.pdf)>. Acesso em: 31 Mar. 2012;

FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. G.V. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 105-11, Jan-Mar., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a13v16n1.pdf>>. Acesso em: 31 Mar. 2012;

FRANCO, C. L. et al. Terapias não farmacológicas no alívio da dor neuropática diabética: uma revisão bibliográfica. **Acta Paul Enferm.**, v. 24, n. 2. P. 284-8, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v24n2/20.pdf>>. Acesso em: 03 Jun. 2012;

GIMENES, H. T. et al. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético á terapêutica medicamentosa. **Rev. Latino-am enfermagem**, v.17, n. 1, Jan-Fev, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_08.pdf)>. Acesso em: 27 Fev. 2012;

ISOTON, M. D. **Percepção dos usuários diabéticos da estratégia de saúde da família Araça I acerca do autocuidado**. Porto Alegre, 2010. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade de Medicina Social (Departamento de Medicina Social – Especialização em Saúde Pública). Disponível em: <[www.lume.ufrs.br/bitstream/handle/10183/28091/000767606.pdf?sequence1](http://www.lume.ufrs.br/bitstream/handle/10183/28091/000767606.pdf?sequence1)>. Acesso em: 12 Nov. 2012;

KUMAR, V. et al. **Robbins & Cotran bases patológicas das doenças**.8 ed.Rio de janeiro; Elsevier, 2010;

LASTE, G. et al. Papel do agente comunitário de saúde no controle do estoque domiciliar de medicamentos em comunidades atendidas pela estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n.5, p. 1305-1312, 2012. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/224v17n5.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/224v17n5.pdf)>. Acesso em: 01 Abr. 2012;

LAURIA, M. W. et al. Análise de fatores que se associam a alterações no teste de tolerância oral à glicose, independente dos valores de glicemia de jejum. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 55, n. 9, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v55n9/07.pdf>>. Acesso em: 29 Maio 2012;

LUCCHETTI, G. et al. Hipertrigliceridemia grave na cetoacidose diabética: relato de caso. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 53, n. 7, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v55n7/13.pdf>>. Acesso em: 03 Jun. 2012;

MARASCHIN, J. F. et al. Classificação do diabetes melito. **Arq. Bras. Cardiol., São Paulo**, v. 97, n. 2, AGO. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001200025>>. Acesso em: 22 Maio 2012;

MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 17, n. 4, p. 627-9, Out.-Dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf>>. Acesso em: 21 Mar. 2012;

MORAES, S. A. et al. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 26, n.5 p. 929-941, Maio 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/15.pdf>>. Acesso em: 30 Mar. 2012;

MOTTA, V. **Bioquímica para o laboratório – princípios e interpretações**. 5 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2009;

PÉRES, D. S. et al. Representações sociais de mulheres diabéticas, de camadas populares, em relação ao processo saúde-doença. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 3, Maio-Jun. 2008. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt\\_09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_09.pdf)>. Acesso em: 14 Nov. 2012;

PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 15, n.1, p. 151-160, 2010. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012432017.pdf>>. Acesso em: 21 Maio 2012;

RECK, L. L. et al. Diabetes melito: diagnóstico e complicações. **Rev. HPCA, Serviço de Endocrinologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Porto Alegre)**, v. 30, n. 4, p. 456, 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/18304/10898>>. Acesso em: 29 Maio 2012;

REIS, C. **A relação dos idosos com seus medicamentos, Porto Alegre, 2011**. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Instituto de Geriatria e Gerontologia Biomédica – Mestrado em Gerontologia Biomédica). Disponível em: <[tede.puers.br/tde\\_arquivos/14/TDE-2011-06-13-13T165736Z-3320/Publico/431687.pdf](http://tede.puers.br/tde_arquivos/14/TDE-2011-06-13-13T165736Z-3320/Publico/431687.pdf)>. Acesso em: 15 Nov. 2012;

REMPEL, C. et al. Perfil dos usuários de unidade básicas de saúde do Vale do Taquari: fatores de risco de diabetes e utilização de fitoterápicos. **ConScientiae Saúde**, v.9, n.1, p. 17-24, 2010. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/929/92915037003.pdf>>. Acesso em: 29 Maio 2012;

RODRIGUES, D. F. et al. Prevalência de fatores de risco e complicações do diabetes mellitus tipo 2 em usuários de uma unidade de saúde da família. **Revista Brasileira Ciência de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 277-286, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index>>. Acesso em: 29 Maio 2012;

RUBIN, O. et al. Adesão ao tratamento de diabetes mellitus tipo 1 atendidos em um programa especializado em Porto Alegre. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 44, n. 4, p. 367-76, 2011. Disponível em: <[http://www.fmrp.usp.br/revista/2011/vol44n4/AO\\_Ades%E3o%20ao%20tratamento%20de%20Diabetes%20Mellitus%20tipo%201.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/2011/vol44n4/AO_Ades%E3o%20ao%20tratamento%20de%20Diabetes%20Mellitus%20tipo%201.pdf)>. Acesso em: 22 Abr. 2012;

SANTOS, M. C. D. **Alterações na qualidade de vida de portadores de diabetes mellitus tipo I**. Brasília/DF, 2011. Monografia – Consórcio setentrional de Educação à distância. Universidade de Brasília / Universidade Estadual de Goiás, Curso de Licenciatura em Biologia à distância. Disponível em: <[http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/1758/1/2011\\_MarcosCesarDantasSantos.pdf](http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/1758/1/2011_MarcosCesarDantasSantos.pdf)>. Acesso em: 22 Abr. 2012;

SCHEFFEL, R. S. et al. Prevalência de Complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito tipo 2 em atendimento ambulatorial. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 50, n. 3, São Paulo Jul.-Set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttiet&pid=S0104-42302004000300031&ng=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 14 Nov. 2012;

SILVA, P. **Farmacologia**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006;

SOARES, A. M. G. et al. Tecnologia assistencial na promoção da saúde: cuidado e autocuidado do idoso insulino-dependente. **Rev. Rene. Fortaleza**, v.11, n. 4, p. 174-181, Out.-Dez. 2010. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/44S.pdf>>. Acesso em: 14 Nov. 2012;

STACCIARINI, T. S. G. et al. Fatores associados à auto-aplicação da insulina nos usuários com diabetes mellitus acompanhados pela estratégia da família. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 24, n.6, p. 1314-1322, Jun. 2008. Disponível em: <[http://www.uftm.edu.br/upload/ensino/fatores\\_associados\\_a\\_auto\\_aplicacao\\_da\\_insulina.PDF](http://www.uftm.edu.br/upload/ensino/fatores_associados_a_auto_aplicacao_da_insulina.PDF)>. Acesso em: 31 Maio 2012;

TAVARES, B. C. et al. Resiliência de pessoas com *diabetes mellitus*. **Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis**, v. 20, n. 4, p.751-7, Out.-Dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/14.pdf>>. Acesso em: 12 Nov. 2012;

TORRES, H. C. et al. Visita Domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. **Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro**, v. 19, n. 1 p. 89-3, Jan.-Mar. 2011. Disponível em: <[www.facenf.uerj.br/v19n1a15.pdf](http://www.facenf.uerj.br/v19n1a15.pdf)>. Acesso em: 13 Nov. 2012.

## 6. APÊNDICE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **Avaliação à adesão ao tratamento por pacientes diabéticos inscritos no PSF do município de Uruana - GO**, que tem como objetivos: **Analisar à adesão ao tratamento; Discutir se os pacientes diabéticos possuem alguma complicação; Analisar qual a forma de tratamento utilizado pelos pacientes diabéticos.**

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de **questionário**. Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. **Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada a sua participação. Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, aGora ou a qualquer momento.

Desde já agradecemos!

**MenandesAlves de Souza Neto**

Nome do Orientador

Pesquisador Principal (instituição)

Cel:

e-mail: **memandesfarm@hotmail.com**

**Antônio Fernandes Júnior**

**Helen Cássia Leal Borba**

Nome do Orientando

Graduando

Cel: **99122831 / 84779058 /**

**99255251 / 84944480**

e-mail: **helencassia06@hotmail.com**

Uruana - GO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: \_\_\_\_\_

(assinatura)

**7. ANEXO****QUESTIONÁRIO**

1) Idade: \_\_\_\_\_

2) Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

3) Estado Civil:

( ) Casado (a) ( ) Viúvo (a) ( ) Solteiro (a) ( ) Solteiro (a) com  
companheiro (a) ( ) Divorciado (a) ( ) Outro \_\_\_\_\_

4) Escolaridade:

( ) Analfabeto ( ) Ensino Fundamental Incompleto  
( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Incompleto  
( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Incompleto  
( ) Ensino Superior Completo  
( ) Outro \_\_\_\_\_

5) Renda Familiar:

( ) 1 – 3 Salários Mínimos ( ) 4 – 6 Salários Mínimos ( )  $\geq 7$  Salários Mínimos

6) Ocupação:

( ) Do Lar ( ) Estudante ( ) Aposentado ( ) Trabalhador Assalariado  
( ) Profissional Liberal autônomo ( ) Empresário ( ) Desempregado  
( ) Outro \_\_\_\_\_

7) Qual é o tipo de diabetes que o Sr (a) tem?

( ) Tipo 1 ( ) Tipo 2 ( ) Não Sabe

8) Sr (a) possui complicação decorrente do diabetes?

( ) Não ( ) Sim, Qual \_\_\_\_\_

9) Sr (a) possui algum outro problema de saúde (doença) além do diabetes?

Não                       Sim, Qual \_\_\_\_\_

10) Qual é o tratamento que o Sr (a) faz?

Antidiabético Oral               Insulina               Antidiabético Oral + Insulina  
 Outro \_\_\_\_\_

11) Qual (is) é (são) o (s) remédio(s) que o Sr (a) faz uso para o diabetes?

Glibencamida                                       Metformina  
 Glibencamida + Metformina               Insulina NPH + Regular  
 Outro \_\_\_\_\_

12) E quais são as doses:

1 – 3 vezes ao dia                       4 – 6 vezes ao dia                $\geq 7$  vezes ao dia  
 outro \_\_\_\_\_

13) Sr (a) faz uso da medicação no horário certo?

Sempre               Quase Sempre               Com frequência               Às vezes  
 Raramente               Nunca

14) Sr (a) já esqueceu de tomar a medicação?

Sempre               Quase Sempre               Com Frequência               Às vezes  
 Raramente               Nunca

15) Sr (a) já interrompeu o tratamento para diabetes por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre               Quase Sempre               Com Frequência               Às vezes  
 Raramente               Nunca

16) Sr (a) já deixou de tomar os medicamentos para diabetes por ter se sentido melhor?

Sempre               Quase Sempre               Com Frequência               Às vezes  
 Raramente               Nunca

17) Sr (a) sente confiança na força de vontade para cumprir o tratamento?

Sempre               Quase Sempre               Com Frequência               Às vezes  
 Raramente               Nunca

18) Sr (a) consegue fazer o que é necessário para o tratamento da diabetes?

- Sempre                       Quase Sempre                       Com Frequência                       Às vezes  
 Raramente                       Nunca

19) Sr (a) sente que é capaz de não falhar nos cuidados necessários a ter por causa da diabetes?

- Sempre                       Quase Sempre                       Com Frequência                       Às vezes  
 Raramente                       Nunca

20) Uma das razões que levam Sr (a) a seguir o tratamento de diabetes é porque o Sr (a) sentiria culpado (a) ou com vergonha de si próprio (a) se não seguisse o tratamento da diabetes?

- Sempre                       Quase Sempre                       Com Frequência                       Às vezes  
 Raramente                       Nunca

21) Sr (a) quer mostrar aos outros que é capaz de fazer e seguir o tratamento da diabetes?

- Sempre                       Quase Sempre                       Com Frequência                       Às vezes  
 Raramente                       Nunca

22) Sr (a) sente pressão de outras pessoas para seguir o tratamento da diabetes?

- Sempre                       Quase Sempre                       Com Frequência                       Às vezes  
 Raramente                       Nunca

23) Sr (a) sente que seguir o tratamento da diabetes está de acordo com os seus objetivos de vida?

- Sempre                       Quase Sempre                       Com Frequência                       Às vezes  
 Raramente                       Nunca

24) Sr (a) pensa que os outros ficariam aborrecidos com Sr (a) se não seguisse o tratamento da diabetes?

- Sempre                       Quase Sempre                       Com Frequência                       Às vezes  
 Raramente                       Nunca

25) Sr (a) sente que seguir o tratamento da diabetes é muito importante para ter uma vida saudável?

- Sempre                       Quase Sempre                       Com Frequência                       Às vezes  
 Raramente                       Nunca

26) Sr (a) sente que ter a aprovação dos outros é uma das razões que levam o Sr (a) a seguir o tratamento da diabetes?

- Sempre                       Quase Sempre                       Com Frequência                       Às vezes  
 Raramente                       Nunca

27) Sr (a) sente que seguir o tratamento da diabetes é uma decisão importante?

- Sempre                       Quase Sempre                       Com Frequência                       Às vezes  
 Raramente                       Nunca

28) Sr (a) sabe qual a maneira correta de armazenar (guardar) a medicação para diabetes?

- Sim                                       Não

29) Como e onde Sr (a) armazena (guarda) a medicação para diabetes?

---

---

---

---

---