

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

AMANDA OLIVEIRA BENEVIDES

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES COM
DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA DE JOÃO LOPES DE MELLO NO MUNICÍPIO DE GALILEIA**

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2014

AMANDA OLIVEIRA BENEVIDES

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES COM
DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA DE JOÃO LOPES DE MELLO NO MUNICÍPIO DE GALILEIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Fernanda Magalhães Duarte Rocha

GOVERNADOR VALADARES MINAS GERAIS
2014

AMANDA OLIVEIRA BENEVIDES

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES COM
DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA DE JOÃO LOPES DE MELLO NO MUNICÍPIO DE GALILEIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Banca Examinadora

Profª Fernanda Magalhães Duarte Rocha(orientadora)

Profª _____

Aprovada em Belo Horizonte _____/_____/_____

Este trabalho é dedicado a todos os profissionais da saúde, por serem tão empenhados e importantes nos cuidados dos pacientes, prevenindo, curando e reabilitando.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força e perseverança e, por todas as oportunidades que me foram concedidas.

Aos meus pais, que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu pudesse alcançar essa vitória.

A todos os amigos pela amizade e alegrias constantes, que impulsiona-me a cada dia ser melhor.

À minha orientadora Profa. Fernanda Magalhães, pela dedicação e paciência.

A minha equipe da Estratégia Saúde da Família João Lopes de Melo, pela participação, ajuda e companheirismo.

À Coordenação da Atenção Básica, pelo apoio.

“A vida é uma peça de teatro que não permite ensaios. Por isso, cante, chore, dance, ria e viva intensamente, antes que a cortina se feche e a peça termine sem aplausos”.

Charles Chaplin

RESUMO

Os pacientes diabéticos que tem dificuldades para a obtenção de um bom controle metabólico, tem também dificuldade de adesão a um plano alimentar, ao incremento da atividade física e, principalmente ao seguimento da terapêutica medicamentosa, diante deste contexto, o objetivo deste estudo foi elaborar um plano de ação voltado para o aumento da adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes com DM 2 atendidos na estratégia saúde da família de João Lopes de Mello no município de Galileia, para melhoria do controle glicêmico, e controle de complicações macro e microvasculares. Existem diversos fatores que interferem na motivação e na capacidade de o paciente enfrentar a sua doença e buscar soluções para controlar o diabetes. Concluiu-se que os desafios a que são submetidos os profissionais da saúde da ESF, são o aspecto da segurança envolvendo medicamentos, tornar os produtos medicamentosos mais seguros aos seus usuários, buscar caminhos para tornar acessível o aconselhamento, atuando junto ao paciente no que diz respeito ao controle da DM2. Atenção especial deve ser dada aos níveis de cobertura e qualidade do Programa de Acompanhamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus – HIPERDIA, que se apresenta muito incipiente em vários municípios brasileiros. Por meio deste trabalho, e com a implementação das ações propostas: “Cuidar melhor”, “Saber mais”, “Sempre bem vindos”, “Viver melhor”, a equipe da ESF João Lopes de Mello, espera conscientizar e informar e principalmente aumentar a adesão ao tratamento antidiabético, com conseqüente diminuição de complicações micro e macrovasculares e prevenção de incapacidades geradas pela DM2.

Palavras-chave: Saúde da Família. Diabetes Mellitus. Tratamento Medicamentoso. Controle Glicêmico.

ABSTRACT

Diabetic patients who have difficulty obtaining good metabolic control, also has difficulty adhering to a diet plan, the increase in physical activity, especially the follow-up of drug therapy , within this context , the aim of this study was to develop a of action plan focused on increasing adherence to drug treatment of patients with DM2 treated in the family health strategy of John Lopes de Mello in the city of Galilee to improve glycemic control, and control of macro-and microvascular complications. There are many factors that affect the motivation and ability of the patient to cope with their disease and seek solutions for controlling diabetes. It was concluded that the challenges that are subjected professionals welcomes the ESF are the safety aspect involving drugs, making them safer to users of medical products , look for ways to make affordable counseling , working with the patient in terms respect to the control of T2DM. Special attention should be given to the levels of coverage and quality Monitoring Program of Hypertension and Diabetes Mellitus - HIPERDIA, which appears very early in several Brazilian cities. Through this work , and with the implementation of proposed actions : "Taking better care", "Learn More", "always welcome", "Better Living" , the team at FHS João Lopes de Mello, hopes to raise awareness and inform and increase mainly adherence to diabetic treatment , with consequent reduction of macrovascular and microvascular and prevention of disabilities caused by T2DM complications.

Keywords: Family Health. Diabetes Mellitus. Drug Treatment. Glycemic control.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Diagnóstico situacional.....	12
1.2 Objetivos.....	13
1.2.1 Objetivo Geral.....	13
1.2.2 Objetivos Específicos.....	13
2 METODOLOGIA.....	14
3 BASES CONCEITUAIS.....	15
3.1 A <i>Diabetes Mellitus</i>.....	15
3.2 Fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes mellitus tipo 2.....	17
3.3 Fatores que contribuem pra a não adesão ao tratamento do medicamentoso diabetes mellitus tipo 2.....	19
3.4 Ações que contribuem para a adesão ao tratamento medicamentoso.....	21
4 PROPOSTA DE AÇÃO.....	24
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERENCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) caracteriza-se como transtorno do metabolismo intermediário devido a falta de insulina ou à sua inadequada utilização pelos tecidos, causando a elevação da taxa de glicemia. Assim, ocorrem alterações vasculares, que são as grandes responsáveis pela maior parte das manifestações clínicas do diabetes e causadoras de considerável morbidade e mortalidade. Quase todos os tecidos do organismo são afetados, em maior ou menor grau, em decorrência de tais alterações vasculares, particularmente dos pequenos vasos. Entretanto, as lesões em alguns órgãos são mais frequentes ou mais graves: o rim, o coração e o sistema arterial periférico. Além destes, a retina, a pele e o sistema nervoso periférico também são sede de lesões provocadas pelo diabetes, com importantes prejuízos à saúde do indivíduo (LAURENTI, 1982).

Entre as doenças crônicas, Santo et al. (2012) esclarecem que o DM destaca-se como uma epidemia mundial, representando grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo.

O Diabetes Mellitus é uma doença de tratamento complexo, pois exige mudanças nos hábitos de vida do indivíduo, o que torna o fator comportamento frente à enfermidade muito relevante na adesão ao tratamento. Apesar dos avanços terapêuticos e do aumento da sobrevida dos pacientes, a não-adesão ao tratamento medicamentoso pode ser uma das razões pelas quais os medicamentos hipoglicemiantes são ineficazes quando utilizados na prática clínica habitual (PIRES e FREITAS, 2006).

Diante deste contexto, atualmente há um crescente empenho no estudo da adesão terapêutica medicamentosa e à não-medicamentosa por pacientes portadores de doenças crônicas, que impõem tratamento prolongado, como o DM, por se tratar de um ponto fundamental para resolutividade do tratamento.

A doença crônica e degenerativa como, o Diabetes Mellitus, traz consigo, entre outros, um grande desafio aos profissionais que lidam com os seus portadores: a contínua manutenção e a fiel obediência às condutas sejam elas de que ordem for, a eles prescritas (ZUBIOLI, 2001).

Segundo Zubioli (2001), a não-adesão à terapêutica significa “o não cumprimento ou a inobservância do tratamento corresponde à divergência com o conselho médico”. A não-adesão ao tratamento é um dos problemas centrais da medicina atual, calculando-se que pelo

menos um terço dos usuários não seguem a rigor ou na totalidade os tratamentos que lhes são prescritos (JESUS et al., 2001; ARAÚJO et al., 2000). No Brasil, 30 a 50% dos pacientes usam menos de 80% da dose prescrita (LETTE et al., 2002).

Em portadores de Diabetes Mellitus o não-cumprimento da prescrição médica pode interferir na avaliação da resposta clínica e causar fracasso terapêutico que acarretará em aumento da glicemia com conseqüentes complicações agudas e crônicas (PIRES e FREITAS, 2006).

Percebe-se, portanto, que é necessário advertir para a importância do conhecimento do grau de cumprimento da terapêutica do Diabetes Mellitus para manutenção, melhoramento ou implantação de intervenções que visam atenção aos pacientes diabéticos.

O sistema de saúde interfere enormemente no grau de adesão, especificamente no que se refere à relação médico-paciente e à ação educativa da equipe multidisciplinar. Uma equipe composta por profissionais de formações diferentes proporciona maior gama de informações com diferentes visões do contexto, contribuindo com o aprendizado e a mudança de atitude do paciente (PIRES e FREITAS, 2006).

Santo et al. (2012) ressaltaram que na década de 1980, a prevalência do diabetes no Brasil, era de aproximadamente 8% da população adulta (30 a 69 anos de idade) residente em áreas urbanas. Baseando-se nesta estimativa espera-se que haja um quantitativo de cerca de 5,5 milhões de indivíduos diabéticos no país. Acredita-se que cerca de 5,9% da população brasileira sofra dessa doença que afeta 12% dos indivíduos na faixa entre 30 a 69 anos. No mundo, existem aproximadamente 150 milhões de pessoas são portadoras do diabetes e, até o ano de 2025 esse número poderá duplicar.

Dessa maneira, cabe aos profissionais de saúde estarem atentos para identificação de pessoas com risco para o diabetes mellitus, a fim de intensificar as ações para promover o seu controle, entre os já diagnosticados.

Assim este estudo justifica-se por ser o diabetes mellitus considerado um grave problema de saúde pública devido ao aumento exponencial de sua prevalência, em especial o do tipo 2, atingindo níveis epidêmicos em vários países. A intervenção na atenção à saúde portador de diabetes deve ser eficiente de forma a manter os níveis glicêmicos normais, visando evitar as lesões micro e macrovasculares, bem como controlar os fatores de risco cardiovasculares e evitar comorbidades.

1.1 Diagnóstico situacional

A unidade de saúde da família João Lopes de Mello situada no município de Galileia no Estado de Minas Gerais, também apresenta um número significativo de usuários diabéticos, principalmente aqueles que necessitam de tratamento insulínico, pois, de acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no município, 13,3 % das mortes registradas em 2008 foram devido a complicações causadas pelo Diabetes Mellitus. Observa-se, em geral, que a baixa adesão ao tratamento medicamentoso, tem contribuído de forma significativa para o alto índice de comorbidades e mortalidade na comunidade.

A baixa adesão ao tratamento medicamentoso da diabetes mellitus tipo 2 principalmente, em pacientes que necessitam do uso diário de insulina, pode acarretar alterações endocrinometabólicas e multissistêmicas graves, e refletir negativamente no estado de saúde, gerando sequelas e comorbidades ao longo da vida.

Com o objetivo de conseguir um bom controle glicêmico entre as pessoas com DM2, o tratamento medicamentoso tanto a base de antidiabéticos orais e/ou substitutivo com insulina exógena constitui a opção terapêutica mais eficiente, frente à deficiência parcial ou total da secreção.

Assim, adequação da glicemia é um desafio para a equipe de Saúde da Família João Lopes de Mello no município de Galileia – Minas Gerais, frente a baixa adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes portadores de DM2 tal enfermidade.

A falta de conhecimento sobre a própria doença e suas consequências, a sintomatologia pouco exuberante, os efeitos colaterais, a via de administração, são desafios a serem vencidos para adesão correta e, conseqüentemente um controle glicêmico efetivo com o intuito de diminuir condições de morbimortalidade que afetam a vida dos pacientes portadores de DM2.

As falhas que tiveram como consequência o nó crítico da baixa adesão ao tratamento medicamentoso da DM2 são:

- a) A falta de conhecimento sobre a própria doença e suas conseqüências;
- b) A sintomatologia pouco exuberante, os efeitos colaterais, a via de administração;
- c) Falha no acolhimento para garantir o atendimento aos portadores de DM2 na unidade.

Este projeto de intervenção propõe mudanças na organização do processo de trabalho da equipe a fim de promover ações educativas que visam de esclarecer dúvidas e desvendar mitos sobre o DM2, ensinar e estimular a auto-aplicação da insulina, incentivar a prática de atividade física e alimentação saudável, além de acompanhamento rigoroso pela equipe do usuário diabético e controle glicêmico rigoroso.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ação voltado para o aumento da adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes com DM 2 atendidos na estratégia saúde da família de João Lopes de Mello no município de Galileia, para melhoria do controle glicêmico, e controle de complicações macro e microvasculares.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar fatores de risco para o desenvolvimento do DM2;
- b) Descrever os fatores que contribuem pra a não adesão ao tratamento medicamentoso;
- c) Identificar a importância da prevenção, controle e tratamento do DM2.

2 METODOLOGIA

O projeto de intervenção para o problema da baixa adesão ao tratamento medicamentoso do DM2 na ESF João Lopes de Mello consiste em medidas de enfrentamento da equipe, adaptando o processo de trabalho da mesma em busca de soluções para o problema e contando com apoio também dos familiares e de todos que fazem parte do dia-a-dia do doente crônico e tenham interesse e disponibilidade para participar, baseado na revisão da literatura e no Planejamento Estratégico Situacional.

Para a revisão da literatura fez-se uma busca nas bases de dados da saúde da Scientific electronic library online – SCIELO; Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), nos idiomas português, de 1982 a 2013, utilizando-se os descritores: Saúde da Família. Diabetes Mellitus. Tratamento Medicamentoso. Controle Glicêmico.

Os critérios de inclusão utilizados foram os artigos na íntegra que abordassem o tema deste estudo. Os artigos que não cumpriram o critério de inclusão foram excluídos.

3 BASE CONCEITUAL

3.1 A *Diabetes Mellitus*

O DM é uma doença crônica, caracterizada por hiperglicemia consequente de anormalidades no metabolismo de carboidrato, proteína e gordura. As pessoas com DM têm organismos que não produzem ou respondem à insulina, provocando a hiperglicemia que pode levar a complicações a curto e longo prazo, como a disfunção e falência de vários órgãos, proteinúria, neuropatia periférica, ulcerações crônicas nos pés, infecções cutâneas de repetição dentre outros (MAHAN e ESCOTT-STUMP, 2003).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2006), define a Diabetes como:

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006, p. 9).

Segundo Batista et al. (2005), o DM classifica-se em:

- a) *Diabetes Mellitus Insulino – dependente (tipo I)*: o paciente é insulinopênico com tendência a cetoacidose, portanto, dependentes de terapia com insulina. A grande maioria dos casos se desenvolve antes do trinta anos. Apresentam associação com antígeno de histocompatibilidade (HLA-DW3, DW4), fatores ambientais e genéticos;
- b) *Diabetes Mellitus (tipo II) (Obeso e não obeso)*: manifesta-se geralmente após os trinta anos de idade. Os pacientes podem ser assintomáticos ou levemente sintomáticos, têm freqüentemente história familiar de DM e 60% são obesos. Não são absolutamente dependentes de insulina, mas a terapia com a mesma pode ser usada para controlar a hiperglicemia;
- c) *Diabetes Gestacional*: início ou descoberta de intolerância à glicose durante a gravidez.

- d) *Outros tipos*: secundário a doenças pancreáticas, endocrinopatias, drogas e agentes químicos; e associado à anormalidades dos receptores de insulina (acantose *nigricans*), síndromes genéticas, desnutrição, dentre outros.

O diagnóstico de DM em adultos (exceto as gestantes) deve se restringir aos que seguirem um dos seguintes critérios (BATISTA et al., 2005):

- a) Glicose plasmática > 200mg/dl com sinais e sintomas clínicos de DM: polidipsia, poliúria e perda de peso;
- b) Glicose plasmática de jejum > 140mg/dl em pelo menos duas ocasiões;
- c) Glicose plasmática de jejum <140mg/dl com níveis plasmáticos de glicose mantidos elevados durante pelo menos dois testes orais de tolerância à glicose.

Dentre as complicações que podem surgir destacam-se as agudas (hipoglicemia, cetoacidose diabética e a hiperosmolar), e as tardias (retinopatia, nefropatia, neuropatia e complicações vasculares), portanto a doença requer um controle contínuo de forma a atenuar essas complicações (MAHAN e ESCOTT-STUMP, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2006) diante da elevada carga de morbimortalidade associada, a prevenção do diabetes e de suas complicações é hoje prioridade de saúde pública.

Na atenção básica, ela pode ser efetuada por meio da prevenção de fatores de risco para diabetes como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); da identificação de casos não diagnosticados de diabetes (prevenção secundária) para tratamento; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária). O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia (BRASIL, 2006, p. 10).

De acordo com Franco et al. (2003) o tratamento do paciente diabético tem como objetivo controlar a hiperglicemia a fim de evitar as complicações da doença e inclui a dieta, hipoglicemiantes orais, monitoração da glicose, insulino terapia e exercícios. Ressalta-se que a educação do paciente sobre sua doença é de suma relevância, para que ele mesmo seja capaz de reconhecer os sintomas de descompensação para que possa manejá-la. A dieta deve levar o paciente ao seu peso ideal, além de manter normais os níveis sanguíneos de glicose. A insulina está indicada no tratamento do diabetes tipo I e tipo II que não responderam à dieta e hipoglicemiantes orais, nas descompensações agudas e na gravidez.

As determinações periódicas da hemoglobina glicosilada ou frutossamina são de grande utilidade no acompanhamento do diabético visando obtenção de um controle adequado. Considera-se bom controle quando as glicemias pré e pós-prandiais estão entre 80 e 120mg/dl no sangue total ou 90 e 130mg/dl no plasma, antes do deitar entre 100 e 140mg/dl no sangue total ou 110 e 150mg/dl no plasma e níveis de hemoglobina glicosilada menores que 7% ou do limite máximo dos valores normais para o método. Estes níveis podem ser maiores nos pacientes com história de hipoglicemias severas recorrentes, doença cardiovascular ou cérebro-vascular avançada e doença renal em estágio final. A frutossamina pode também ser utilizada para acompanhamento de gestantes ou para verificar o controle glicêmico nos últimos 15 a 21 dias, que é a meia vida da albumina (ARAÚJO et al., 2000).

É também importante o controle da dislipidemia, quando presente. Os níveis de LDL-colesterol devem ficar abaixo de 100mg/dl, de HDL-colesterol maiores do que 45mg/dl nas mulheres e 35mg/dl nos homens e de triglicérides abaixo de 200mg/dl, nem que seja necessário o uso de medicações hipolipemiantes. Considerando que o DM2 é uma doença em que há concomitância de vários fatores de risco para doença cardiovascular, sugere-se até que os níveis de triglicérides devam ser menores do que 150mg/dl (ARAÚJO et al., 2000).

Para monitorização glicêmica domiciliar, os glicosímetros têm sido utilizados. Segundo Borges e Andrade (2009), o uso da medida de glicemia capilar deve ser fortemente estimulado na prática clínica para a monitorização domiciliar do paciente, uma vez que o controle rigoroso dos níveis de glicemia contribui para a redução das principais complicações do DM. O uso do glicosímetro tem impacto benéfico na redução dos riscos e complicações em pacientes diabéticos.

Percebe-se, portanto que a melhora do controle glicêmico do DM2 previne as complicações agudas e crônicas, diminui a morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares e melhora a qualidade de vida do diabético.

3.2 Fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes mellitus tipo 2

Embora idade e histórico familiar, dentre outros fatores não modificáveis, possam estar presentes, na realidade os fatores modificáveis para o Diabetes Mellitus tipo II é que devem ser alvo de intervenção. Dentre os fatores de risco modificáveis para o Diabetes Mellitus tipo II destacam-se a obesidade e fatores dietoterápicos, o sedentarismo, bem como o

tabagismo. Estresse psicossocial e episódios depressivos maiores também podem estar associados a um aumento de risco para Diabetes Mellitus tipo II (LYRA et al., 2006).

Há uma maior prevalência de hipertensão arterial, obesidade e alterações de gorduras em pacientes diabéticos. Principalmente se houver tabagismo associado, pode ocorrer doença cardíaca que por não provocarem nenhum sintoma, geralmente acabam sendo descobertas apenas na presença de sintomas mais graves como o infarto do miocárdio, a insuficiência cardíaca e as arritmias (CZEPIELEWSKI, 2003).

Sartorelli e Franco (2003) verificaram que as modificações no consumo alimentar da população brasileira - baixa frequência de alimentos ricos em fibras, aumento da proporção de gorduras saturadas e açúcares da dieta - associadas a um estilo de vida sedentário compõem um dos principais fatores etiológicos da obesidade, DM2 e outras doenças crônicas

Sendo uma doença crônica, a DM2 não é mortal a curto prazo, mas causa entretanto no doente e sua família um enorme stress psicossocial, que tende a dominar a vida familiar e a do indivíduo por necessitar de monitorização diária, haver o risco de complicações agudas e crônicas, interferir no emprego pelos horários das refeições, pela medicação, pelas crises de hipoglicemia e pela instabilidade emocional (CRUZ, 2005).

Se uma pessoa com predisposição a desenvolver o diabetes tipo II for também sedentária, terá o risco de desenvolver o diabetes bastante aumentado. Assim, de acordo com Bezerra (2006), o sedentarismo deve ser combatido por qualquer pessoa. O exercício otimiza o aproveitamento da insulina, através da melhora na sua ação, o que interfere diretamente em outras doenças associadas, como a hipertensão arterial, além de ajudar a combater a obesidade.

A composição alimentar, segundo Lyra et al. (2006) parece ter influência na incidência de DM2. A frequência no consumo de frutas e vegetais, por exemplo, parece estar inversamente relacionada aos níveis de HbA1c. A utilização de alto consumo de frutas, vegetais, peixes, aves e grãos, denominada dieta prudente, em relação àqueles utilizando a clássica dieta ocidental (alimentos industrializados, carne vermelha, alimentos ricos em gordura etc.), pode reduzir significativamente o risco para desenvolvimento de DM2 naqueles fazendo uso da dieta prudente. Indivíduos ingerindo a dieta de padrão ocidental, geralmente tem maior propensão para o desenvolvimento de DM2, independentemente do índice de massa corpórea (IMC), grau de atividade física, idade ou história familiar. Um outro campo de observação é o do papel de determinados macronutrientes na relação com o DM2. Existe uma relação entre o aumento no consumo de gordura e incremento de risco no desenvolvimento de DM2.

Conforme Escobar (2009), os maus hábitos alimentares e o estilo de vida estão associados a diversos prejuízos à saúde, entre eles, a obesidade, que tem sido apontada como um dos principais fatores de risco para o DM2, estimando-se que entre 80 e 90% dos indivíduos acometidos por essa doença são obesos. Nota-se um maior IMC e maior número de obesos dentre os indivíduos com algum grau de anormalidade da homeostase glicêmica, pronunciando-se o desenvolvimento da diabetes. O tecido adiposo atua aumentando a demanda por insulina em pacientes obesos, criando resistência a esta, o que ocasiona aumento na glicemia e consequente hiperinsulinemia. Existe portanto, a correlação entre obesidade e DM2, e desta forma, recomenda-se a perda de peso e a adoção de estilos de vida saudáveis.

3.3 Fatores que contribuem pra a não adesão ao tratamento do medicamentoso diabetes mellitus tipo 2

A falta de compreensão do paciente acerca do medicamento prescrito, segundo Gimenes et al. (2006) podem causar resultados insatisfatórios no tratamento medicamentoso de pacientes diabéticos tipo 2, principalmente, naqueles que utilizam antidiabético oral. Tal fato leva o paciente a não saber o nome da medicação utilizada; tomar o medicamento em horário inadequado, além da falta de noção sobre o mecanismo de ação dos antidiabéticos orais prescritos para o seu tratamento. Neste sentido, notou-se que é preciso reestruturar a orientação aos pacientes em uso de antidiabético oral, para que possam prevenir os erros e assim tenham melhor adesão ao cuidado de sua saúde. Destaca-se a necessidade urgente de se buscar estratégias efetivas direcionadas à educação do paciente diabético, considerando suas diferenças individuais, quais sejam: idade, motivação para o tratamento e capacidade de autocuidado. A equipe de saúde, precisa avaliar a sua capacidade de autocuidado, motivação e idade, entre outros fatores, para que o medicamento tenha o efeito desejado durante o tratamento.

Em um estudo com o objetivo de descrever as características que configuram o perfil dos portadores de DM, segundo as variáveis sócio-demográficas e clínicas e identificar fatores que interferem na adesão do paciente ao tratamento não medicamentoso, Couto (2010) observou que as condições econômicas (60,0%), a falta de motivação (52,0%) e a falta de apoio da família (20,0%) foram os principais motivos alegados para a não-adesão a mudanças na alimentação, enquanto que contra-indicação/problema de saúde (53,6%), falta de

motivação (46,4%) e falta de tempo (7,1%) foram as principais justificativas apontadas para a não realização de atividade física. Os resultados indicam uma baixa adesão ao tratamento não-farmacológico, especialmente à atividade física regular e sugerem a implantação de estratégias que visem estimular a adesão às medidas de controle do diabetes mellitus.

A questão da não-adesão ao tratamento medicamentoso prescrito, de acordo com Groff et al. (2011), tem tomado importância nas últimas décadas, sendo portanto incluída na lista de preocupações dos profissionais de saúde, pois os pacientes com baixa adesão aos tratamentos propostos contribuem substancialmente ao agravamento da doença, morte e aumento dos custos dos serviços de saúde.

Assim, por ser a DM2 uma patologia crônica, Groff et al. (2011) verificaram que o portador tende a apresentar alterações psicossociais que podem prejudicar seu processo de aderência a um regime de tratamento vitalício, que demanda tempo, recursos financeiros e, em algumas situações, da ajuda de outras pessoas. Outro motivo que dificulta esta adesão é o fato de incluir mudanças nos seus hábitos de vida. Além disto, o tratamento visa apenas à profilaxia das complicações, e não à cura definitiva, desmotivando os pacientes.

Santo et al. (2012), ao avaliarem como os usuários diabéticos na Atenção Primária realizam o tratamento farmacológico e não farmacológico, além de identificar quais são os fatores que influenciam o portador de DM a aderir ao tratamento, constataram que existem diversos fatores como: a desmotivação tanto no cliente quanto nos profissionais da saúde; o desconhecimento em relação às complicações da doença; o conhecimento e envolvimento dos familiares em relação à doença e aos fatores que influenciam no seu controle; a baixa escolaridade dos diabéticos; o fator socioeconômico dos pacientes diabéticos, que influenciam no tratamento e que devem ser considerados pelos profissionais, preservando a individualidade do usuário e fazendo com que ele seja co-responsável no controle do DM.

Stuhler (2012) avaliou a influência das representações sociais e da intenção comportamental para adesão ao tratamento das pessoas com DM2. Notou-se predominância do tratamento medicamentoso para essa amostra e tanto a alimentação saudável, quanto a prática de exercícios físicos, é adotada parcialmente pelos participantes. O diabetes é visto como uma doença que exige cuidados, mas também como doença que proíbe a ingestão de alimentos que fizeram parte da dieta alimentar de toda uma vida. Para os participantes, tratar o diabetes traz vantagens, porém, consideram a medicação como a principal medida para o controle. O diabetes é uma doença que passa a ser conhecida somente quando ocorre o agravamento dos sintomas ou surgem complicações. As pessoas que aderem à medicação apresentaram maior intenção comportamental para aderir ao tratamento, porém, a percepção

de controle comportamental e as crenças comportamentais foram as medidas que obtiveram resultados mais significativos. Os resultados da pesquisa permitem afirmar que os profissionais de saúde precisam reconhecer a influência do contexto de sociabilidade das pessoas que vivem com DM2, no sentido de evitarem uma postura que vise somente à submissão aos preceitos biomédicos.

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença altamente prevalente em todo mundo e, de acordo com Bernardo (2013), tem como um dos pilares do tratamento o seguimento de uma farmacoterapia. É conhecido que pacientes diabéticos possuem baixa adesão aos medicamentos prescritos, comprometendo a efetividade do tratamento e aumentando as chances de mortalidade e morbidade. A adesão ao regime farmacológico por parte do paciente é de suma importância, uma vez que os medicamentos são as principais ferramentas para prevenir e gerir as doenças crônicas. Dentre os motivos da não adesão à terapia medicamentosa estão o esquecimento, custos com os medicamentos, efeitos adversos, inconveniência com a rotina e a falta de conhecimento do paciente com a doença e regimes terapêuticos.

3.4 Ações que contribuem para a adesão ao tratamento medicamentoso

Faria (2011) recomendou necessidade de implementação urgente de estratégias de educação efetivas, com vistas à integridade da atenção em diabetes, tendo como indicador de resultado a adesão dos usuários ao tratamento. Para tanto, destacaram a importância da capacitação permanente dos profissionais de saúde da ESF, a implementação de programas em DM e protocolos clínicos, direcionado aos usuários e à família, buscando o desenvolvimento de habilidades e a capacidade para o autocuidado, através de estratégias educacionais inovadoras, o fortalecimento do papel do enfermeiro na equipe multiprofissional de saúde na atenção à pessoa com DM e a manutenção do SIS- Hiperdia e demais sistemas de informações atualizados.

Também, Groff et al. (2011) enfatizaram a importância da elaboração de programas que contribuam para o desenvolvimento de padrões de comportamento de adesão ao tratamento, contribuindo para proporcionar melhores controles glicêmicos.

Alves e Calixto (2012) identificaram quais aspectos influenciam na adesão ao tratamento e como eles interferem. Participaram da pesquisa 37 portadores de HA e Diabetes

Mellitus (DM) que fazem acompanhamento da doença no grupo de HiperDia de uma equipe de um Centro de Saúde do interior paulista. Os resultados evidenciaram que os fatores que influenciam na adesão ao tratamento são, sexo feminino, participação nos grupos de HiperDia, informações passadas aos pacientes, confiança nessas informações, facilidade em adquirir medicação, mudança nos hábitos de vida e apoio da família interferem positivamente na adesão dos pacientes ao tratamento correto. Concluíram que os pacientes hipertensos e diabéticos estão aderindo ao tratamento, mostrando o importante trabalho da equipe de saúde, uma vez que a adesão ao tratamento está relacionada ao vínculo entre profissionais, pacientes, família e comunidade.

Santo et al. (2012) verificaram que é preciso que o profissional estabeleça um elo com o paciente, verificando sua forma de compreensão quanto à terapêutica, buscando identificar as possíveis falhas. É importante que se faça uma investigação eficiente durante as consultas, possibilitando que o profissional vá além do que é visível e perceba os fatores psicológicos, sociais, culturais, familiares e inúmeros outros que possam interferir na adesão ao tratamento e às mudanças no estilo de vida. A atuação do profissional da saúde durante o tratamento é altamente complexa e permeada por um desafio cotidiano. Assim, para desenvolver um trabalho de qualidade e com resultados positivos, a equipe multiprofissional precisa conhecer seu público alvo, saber quais as maiores dificuldades por ele enfrentadas, quais os pontos críticos em que deve atuar, atualizar e compartilhar informações e, principalmente estabelecer uma relação de sobretudo, estabelecer uma relação de confiança entre a equipe e os usuários.

Entre os fatores que poderão influenciar a adesão aos tratamentos, segundo Villas Boas et al. (2012) destaca-se, o apoio social (AS), considerado como processo complexo e dinâmico que envolve os indivíduos e suas redes sociais, com o objetivo de satisfazer as suas necessidades, provendo e complementando os recursos que possuem, para que se tornem capazes de enfrentar novas situações. As principais fontes são os familiares e os profissionais da saúde. Concluíram que o apoio social é um valioso recurso para adaptar melhor a pessoa às demandas impostas pela doença, constituindo-se em uma ferramenta importante para o profissional de saúde.

Faria et al. (2013) elucidaram que as mudanças comportamentais e adesão ao tratamento medicamentoso são essenciais para prevenção das complicações agudas e crônicas. Portanto, o profissional deve negociar prioridades, monitorar a adesão, motivar a participação e reforçar o esforço do paciente no manejo do autocuidado. Mesmo quando haja mudanças comportamentais e adesão ao tratamento medicamentoso, é difícil manter o

controle metabólico por longo tempo, pois depende de uma variedade de componentes complexos que envolvem o tratamento do diabetes.

Apesar das políticas públicas de saúde e os profissionais buscarem uma forma mais adequada de auxiliar indivíduos com doenças crônicas, como DM2, a controlarem sua doença, evitando, assim, consequências devastadoras em sua vida, de seus familiares e para o sistema público de saúde dos países, segundo Timm, Rodrigues e Machado (2013), o número de indivíduos acometidos pela doença continua crescendo em todo o mundo. Como a DM2 requer cuidado contínuo ao longo da vida, é preciso que haja orientação para o autocuidado e aderência ao tratamento. Assim, a equipe interdisciplinar na educação e promoção da saúde, tem papel fundamental. A mensuração da hemoglobina glicada (A1C), é uma importante ferramenta de avaliação da aderência ao tratamento, e pode ser considerada como um dado objetivo do resultado do controle metabólico do DM2. Porém, diante da diversidade de intervenções de educação no DM2 e à complexidade psicossocial da doença, a associação de diferentes estratégias apresenta efeito positivo na aderência ao tratamento e controle do DM2. Faz-se necessária a avaliação contínua e um olhar crítico nas formas de educação e orientação em saúde, identificando por meio de pesquisas bem estruturadas se os programas realizados atualmente apresentam resultados eficientes.

4 PROPOSTA DE AÇÃO

No quadro 1 descreve-se as ações propostas para melhoria no controle glicêmico, e controle de complicações macro e microvasculares do DM 2 atendidas no ESF João Lopes de Mello no município de Galileia, por meio da adesão e tratamento adequado do diabetes.

Quadro 1 – Propostas para o projeto de intervenção

Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
“Saber mais é sempre bom”, com o objetivo de ampliar o conhecimento dos usuários quanto a DM2, suas consequências, efeitos colaterais, a via de administração.	Os usuários tomarão conhecimento sobre a DM2, suas consequências, efeitos colaterais, a via de administração, além da importância da adesão ao tratamento.	Implantação grupo de diabetes (hiperdia). Palestras e rodas de estudo e orientações sobre o processo saúde/doença recuperação de prevenção.	Financeiro para confecção de material explicativo para grupos de diabetes. Cognitivo: Apoio psicológico e social para casos específicos. Político: apresentação de programa educativo para a Secretaria de Saúde
“Aqui eu sou feliz” com o objetivo de aumentar acolhimento para garantir o atendimento aos portadores de DM2 na unidade.	Os usuários serão bem acolhidos e orientados sobre a importância dos cuidados com a saúde e a melhoria da qualidade de vida.	Oficinas e rodas de discussão; Visitas domiciliares: Acolhimento; Busca ativa; Plano de mudanças de hábitos	Recursos Cognitivos: oficinas e palestras para educação em saúde. Organizacional: planejamento das oficinas e rodas de discussão Financeiros: para confecção de material didático.
“Sempre bem vindos” com o objetivo de capacitação dos profissionais da saúde para o acolhimento mais efetivo.	Os profissionais da saúde serão capazes de acolher os usuários de maneira mais eficiente.	Treinamento das ACS, outros integrantes da equipe e voluntários sobre o tema para atuarem	Recursos Cognitivos: oficinas e palestras para educação em saúde. Organizacional: planejamento das oficinas e rodas de

	como educadores.	discussão
	Rastreo através de glicemia de jejum;	Financeiros: para confecção de material didático.
	Diagnóstico precoce	

No quadro 2 pode-se observar os atores sociais, a equipe e os responsáveis pela realização da proposta de ação.

Quadro 3 - Atores sociais, equipe e responsáveis.

Operação/Projeto	Atores sociais	Equipe	Responsáveis
“Cuidar melhor”	Secretário Municipal de Saúde;	Profissionais da ESP	Médico e enfermeiro da ESF
“Saber mais”	Secretário Municipal de Saúde Secretaria de educação	Profissionais da ESP	Médico e enfermeiro da ESF
“Sempre bem vindos”	Secretário Municipal de Saúde; Secretaria de educação.	Profissionais da ESP	Médico, enfermeiro e ACS da ESF.
“Viver melhor”	Secretário Municipal de Saúde; Secretaria de educação; Prefeito Municipal.	Profissionais da ESP	Médico, enfermeiro e ACS da ESF.

Para a avaliação da efetividade das ações propostas, serão avaliados o aumento nos percentuais de adesão dos usuários ao tratamento, bem como a participação dos mesmos nos projetos propostos, com a contribuição da Equipe Saúde da Família João Lopes de Mello no município de Galileia.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que os pacientes diabéticos que tem dificuldades para a obtenção de um bom controle metabólico, tem também dificuldade de adesão a um plano alimentar, ao incremento da atividade física e, principalmente ao seguimento da terapêutica medicamentosa.

Há uma necessidade de chamar a atenção da equipe multidisciplinar para o fato de que, além dessas dificuldades, existem outros fatores que estão intimamente entrelaçados com as questões instrumentais e comportamentais. Tais fatores reportam-se a um conjunto de influências interpessoais familiares e de iguais, que está alicerçado em crenças e valores que interferem na motivação e na capacidade de o paciente enfrentar a sua doença e buscar soluções para controlar o diabetes.

Assim, antes de iniciar a orientação específica sobre o diabetes, recomenda-se conhecer os padrões individuais de resposta do paciente e de seu principal cuidador em relação aos seus sentimentos, conflitos e necessidades, estabelecendo um vínculo afetivo para, posteriormente, planejar estratégias a curto, médio e longo prazo, a fim de alcançar o controle metabólico.

Tanto o paciente portador de DM2, quanto seu cuidador devem ser considerados no planejamento de ações de saúde voltadas para a assistência integral a essa população, levando-se sempre em consideração as dificuldades diárias para o controle do diabetes, contribuindo para um melhor conhecimento dos fatores comportamentais e emocionais.

É importante enfatizar, a necessidade de um preparo mais específico de toda a equipe da ESF, ampliando seus conhecimentos e permitindo assim, melhor adequação nas orientações a serem fornecidas aos pacientes com esta doença.

Embora o uso de diversos fármacos, tais como antidiabéticos orais, agentes anti- obesidade, anti-hipertensivos, estatinas, fibratos e estrógenos, tenha se acompanhado de redução na incidência de diabetes, também o profissional da ESF encontra na orientação e acompanhamento do paciente diabético a satisfação de participar ativamente do processo de sobrevida desses pacientes. Permite também, que desempenhe o seu papel, em uma equipe multiprofissional, participando ativamente do processo terapêutico, por meio de troca de informações sobre o paciente com o médico e com a equipe multiprofissional.

São muitos os desafios a que são submetidos os profissionais da saúde da ESF, tais como o aspecto da segurança envolvendo medicamentos, tornar os produtos medicamentosos mais seguros aos seus usuários, buscar caminhos para tornar acessível o aconselhamento, atuando junto ao paciente no que diz respeito ao controle da DM2.

O atendimento deve centrar-se no paciente e não na doença, entendendo as diversas necessidades da pessoa, procurando atender a todas elas quando ligadas aos medicamentos, criando uma nova consciência, trabalhando e interagindo em harmonia com outros profissionais de saúde, enfim, fazendo o acompanhamento quando as dúvidas estão relacionadas aos medicamentos e a promoção para uma vida saudável.

Atenção especial deve ser dada aos níveis de cobertura e qualidade do Programa de Acompanhamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus – HIPERDIA, que se apresenta muito incipiente em vários municípios brasileiros.

Considera-se este plano exequível pois, com a implementação das ações propostas: “Cuidar melhor”, “Saber mais”, “Sempre bem vindos”, “Viver melhor”, a equipe da ESF João Lopes de Mello, espera conscientizar e informar e principalmente aumentar a adesão ao tratamento antidiabético, com consequente diminuição de complicações micro e macrovasculares e prevenção de incapacidades geradas pela DM2.

REFERÊNCIAS

- ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J Health Sci Inst.** v. 30, n. 3, p. 255-60, 2012.
- ARAÚJO, L. M. B. et al. Tratamento do diabetes Mellitus do tipo 2: novas opções. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia.** v. 44, n. 6, São Paulo, dez. 2000.
- BATISTA, M. C. R. et al. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. **Revista Nutrição, Campinas,** v. 18, n. 2, p. 219-228, mar./abril, 2005.
- BERNARDO, H. T. **Adesão ao tratamento farmacológico em Diabetes Mellitus tipo 2: uma revisão integrativa.** (Monografia). Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, 2013.
- BEZERRA, B. **Sedentarismo e diabetes: ligação perigosa.** São Paulo: Associação Brasileira de Diabetes, mar. 2006. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br>> Acesso em: 10 jan. 2014.
- BORGES, B. C.; ANDRADE, T. C. A. Estudo comparativo entre os níveis de glicemia venosa e glicemia capilar. **Universitas: Ciências da Saúde, Brasília,** v. 7, n. 2, p. 29-37, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2006.
- COUTO, A. M. **Adesão dos diabéticos ao tratamento não medicamentoso: um desafio para o PSF Rosário de Bom Despacho - MG.** 84f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família). Bom Despacho: Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2010.
- CRUZ, S. L. Tratamento não farmacológico da diabetes tipo II. **Revista Port Clin Geral;** v. 21, n. 1, p. 587-95, 2005.
- CZEPIELEWSKI, M. A. **Diabetes Mellitus II.** São Paulo: ABC da Saúde e prevenção Ltda, 2003. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br>> Acesso em: 10 de jan. 2014.

ESCOBAR, F. A. Relação entre obesidade e diabetes mellitus tipo ii em adultos. **Cadernos UniFOA**, n 11, p. 69-72, dez. 2009.

FARIA, H. T.; RODRIGUES, F. F.; ZANETTI, M. L.; ARAÚJO, M. F.; DAMASCENO M. M. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm.** v. 26, n. 3, p. 231-7, 2013.

FARIA, H. T. G. **Desafios para a atenção em saúde:** adesão ao tratamento e controle metabólico em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 no município de Passos, MG. Ribeirão Preto. 2011. 170 fls. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

FRANCO, L. J. et al. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1 (Sup. 1), p. S29-S36, 2003.

GIMENES, H. T.; ZANETTI M. L.; OTERO, L. M. TEIXEIRA, C. R. S. O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 3, p. 317-325, set./dez. 2006.

GROFF, D. P.; SIMÕES, P. E. T, A.; FAGUNDES, A. L. S. C. Adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos tipo II usuários da estratégia saúde da família situada no bairro Metropól de Criciúma, SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 40, n. 3, p. 43-48, 2011.

JESUS, A. P. et al. **A problemática da adesão à terapêutica anti-retroviral:** a intervenção da equipe de enfermagem na adesão à terapêutica anti-retroviral. Hospital São Bernardo, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 10 jan. 2014.

LAURENTI, R. Mortalidade por diabetes mellitus no município de São Paulo (Brasil). Evolução em um período de 79 anos (1900-1978) e análise de alguns aspectos sobre associação de causas. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.16, n. 2, abr. 1982.

LETTE, J. C. C. et al. Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. **Psicologia Reflexiva e Crítica**. Porto Alegre, v. 15, n.1, 2002.

LYRA R. et al. Prevenção do diabetes mellitus tipo 2. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 50, n. 2, abr. 2006.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause: alimentos, nutrição & dietoterapia**. 10 ed.. São Paulo: Roca, 2003.

PIRES, G. B.; FREITAS, I. V. Prevalência de adesão ao tratamento farmacológico hipoglicemiante. **Sitientibus**, Feira de Santana, n. 34, p. 37-45, jan./jun. 2006.

SANTO, M. B. E.; SOUZA, L. M. E.; SOUZA, A. C. G.; FERREIRA, F. M.; SILVA, C. N. M. R.; TAITSON, P. F. Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. **Rev. Enfermagem Revista**. 15, n. 1, p. 88-101. Jan./abr. 2012.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências fazer diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl. 1, 2003.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA (SIAB). Situação da base de dados nacional: Município de Galileia, Minas Gerais, (2008) Disponível em: <ftp://ftp.datasus.gov.br/caderno/geral/mg/MG_Galileia_Geral.xls>. Acesso em: 21 jan 2014.

STUHLER, G. D. **Representações sociais e adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2**. 189 fls. Tese (Doutorado). Florianópolis:Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós- Graduação em Psicologia. SC, 2012.

TIMM, M.; RODRIGUES, M. C. S.; MACHADO, V. B. Aderência ao tratamento de diabetes mellitus tipo 2: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. **Rev Enferm UFPE on line**., Recife, v. 7, n. 4, p. 1204-15, abr., 2013.

VILLAS BOAS L. C. G.; FOSS, M. C.; FREITAS, M. C. F.; PACE, A. E. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 1-8. Jan./fev. 2012.

ZUBIOLI, A. **A farmácia clínica na farmácia comunitária**. Brasília, DF: Ethosfarma, 2001.