



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde
Curso de Psicologia

A percepção de diabéticos mellitus tipo 2: adesão medicamentosa e não medicamentosa

Sandra Araújo da Silva

Brasília-DF, dezembro de 2015



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde
Curso de Psicologia

A percepção de diabéticos mellitus tipo 2: adesão medicamentosa e não medicamentosa

Sandra Araújo da Silva

Monografia apresentada à Faculdade de Psicologia do Centro
Universitário de Brasília – UniCEUB como requisito parcial à
conclusão do curso de Psicologia. Professor-orientador: Sérgio
Henrique de Souza Alves.

Brasília-DF, dezembro de 2015



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde
Curso de Psicologia

Folha de avaliação

A percepção de diabéticos mellitus tipo 2: adesão medicamentosa e não medicamentosa
Sandra Araújo da Silva

Banca examinadora

Professor Doutor Sérgio Henrique de Souza Alves - orientador

Brasília-DF, dezembro de 2015

Dedicatória

Em primeiro lugar quero agradecer a Deus por ter despertado o desejo em meu coração para a escolha deste curso, por ter me dado forças para que eu não desanimasse, coragem para enfrentar os obstáculos que me foram impostos e convicção de que fiz a escolha certa.

Aos meus pais pelo amor e educação que me proporcionaram. Pelo apoio e incentivo que me deram quando decidi retomar aos estudos e por permanecerem sempre ao meu lado.

Ao meu esposo por ter apoiado a iniciativa de investir em meus sonhos como se fossem seus. Minha gratidão por toda sua compreensão e companheirismo.

Aos meus dois filhos, pelo amor, carinho, amizade, companheirismo, força, incentivo e compreensão. Pelos momentos em que não pude estar presente por estar me dedicando aos estudos.

A Iara por sua dedicação durante todos esses anos a minha família. Sem você minha vida não seria a mesma!

Aos meus três irmãos e cunhada Alessandra Daniely por me ouvir e acolher durante toda essa trajetória.

Aos meus sobrinhos pelo amor, carinho e alegria de viver que me proporcionam.

Amo vocês!

Agradecimentos

A todos os professores do Uniceub que ao longo do curso contribuíram com muita dedicação e conhecimento. Serei eternamente grata.

A todas as amigas que tive a oportunidade de conhecer e seguiram comigo nessa caminhada. Tenho a certeza que saio deste curso com uma bagagem muito maior do que a que entrei.

À minha amiga Renata Borsaro, por sua amizade, lealdade, companheirismo em todos os momentos e por despertar em mim a vontade de buscar a cada dia mais o conhecimento.

Às minhas amigas Adriana Mara e Márcia Marins, pelos anos de amizade, carinho, apoio e incentivo que sempre me deram.

Ao meu orientador, professor Sérgio Henrique Souza, por ter plantado a sementinha da pesquisa em minha vida, enquanto acadêmica e futura profissional. Agradeço ainda pela sua paciência, atenção, compromisso, incentivo e dedicação a mim prestados em todos os momentos e pelo referencial de determinação, autoconfiança e ser humano que representa.

A todas as pessoas que convivem e enfrentam o diabetes, por compartilharem comigo suas vivências e conhecimentos. Sem a participação de vocês este trabalho não seria possível.

Sumário

Introdução	01
Capítulo 1: Diabetes Mellitus	04
Capítulo 2: Adesão ao Tratamento não medicamentoso	11
Capítulo 3: Adesão ao Tratamento medicamentoso	21
Método	25
Participantes.....	25
Local	26
Instrumentos.....	26
Procedimento	27
Análise dos dados	27
Discussão e resultados	29
Categoria 1: Percepção acerca do diabetes	29
Categoria 2: Adesão não medicamentosa	34
Categoria 3: Adesão medicamentosa.....	40
Conclusão	42
Referências.....	45
Apêndice A - Roteiro de Entrevista.....	55
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	56

Resumo

O *Diabetes Mellitus tipo 2* vem se destacando como uma das doenças crônicas mais comuns na atualidade, resultante da relação de fatores hereditários e ambientais caracterizados pela falta ou baixa produção de insulina. O *DM tipo 2* pode ser prevenido e controlado, mas para que isso ocorra é necessário que o sujeito faça algumas adaptações em seu estilo de vida. Fatores relacionados a percepção do sujeito frente a doença podem contribuir com a baixa adesão ao tratamento, pois a maneira em que o sujeito percebe a doença e o sentido que atribui a ela possibilita o conhecer as dimensões do pensar, sentir e agir do sujeito frente a adesão ao tratamento. O objetivo deste estudo foi compreender como a percepção do sujeito sobre o *DM tipo 2*, pode estar relacionada com a adesão ao tratamento. Foi realizada uma pesquisa de natureza qualitativa. Participaram deste estudo cinco pessoas com *DM tipo 2*, de ambos os sexos, residentes no Distrito Federal. Utilizou-se uma entrevista semiestruturada, contendo questões para atender os objetivos da pesquisa. Por meio da análise dos depoimentos, foi observado que o diagnóstico de uma doença não foi algo tão assustador e que os participantes conseguiram promover mudanças em costumes cristalizados há algum tempo sem maiores sofrimentos. Apesar de não seguirem uma dieta alimentar prescrita por um profissional de saúde, demonstraram estarem engajados em comportamentos de autocuidado, revelando também boa aceitação à realização diária de exercícios físicos e adesão adequada ao tratamento medicamentoso.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes tipo2; modos de vida ; comportamento alimentar; exercícios físicos; adesão ao tratamento.

Introdução

Estudos comprovam que o diabetes mellitus tipo 2 vem apresentado aumento significativo de casos em todo o mundo. Avalia-se que, em 2030, a população mundial de diabéticos chegue a 300 milhões. De acordo com Gil, Haddad e Guariente (2008); Grilo, Sousa e McIntyre (2008) e SBD (2009), o diabetes tipo 2 surge como resultado a relação de fatores hereditários e ambientais e podem estar associados ao envelhecimento populacional e a um estilo de vida não saudável, com baixa frequência de atividade física, obesidade e alimentação inadequada.

O diabetes mellitus tipo 2 é uma doença crônica e seus sintomas se diferenciam de uma pessoa para outra, chegando a ser inofensivo para alguns e bruscos para outros. Na maioria das vezes, o sujeito descobre a enfermidade através de exames e consultas de rotina. Conforme Grillo e Gorini, (2007); Gross, Ferreira e Franco (2002), em razão disso, a doença é conhecida como silenciosa devido à falta de manifestação de sintomas.

Segundo Tavares, Barreto, Lodetti, Silva e Lesmann (2011), a descoberta de uma enfermidade origina diversas percepções, fazendo com que o sujeito se comporte de diferentes maneiras. Alguns chegam a percebê-la como desafio e mantém o controle da doença. Outros enfrentam a enfermidade como problema, o que ocasiona sofrimento e inadequações emocionais decorrentes da necessidade de se mudar o estilo de vida em vigor.

Silveira, Resende, Filho e Pereira (2010) explicam que a adesão ao tratamento é classificada como uma decisão diária do sujeito em seguir recomendações necessárias para um melhor convívio e controle da doença. No entanto, o tratamento para diabéticos tipo 2 exige, no início, modificações na rotina do sujeito no que se refere a hábitos alimentares.

Por isso, Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2006) esclarecem que a maneira como o sujeito percebe a doença, os sentidos e significados que atribui a ela podem contribuir com a baixa adesão ao tratamento, provocando alguns conflitos emocionais.

Segundo Assunção e Ursine (2008), para ocorrer a adesão do tratamento é necessário que o sujeito receba informações e esclarecimentos acerca da doença, bem como que implemente modificações em sua alimentação e se proponha a praticar exercícios físicos com frequência. Além disso, é preciso que aceite a medicação e faça o uso de forma adequada. Ou seja, é necessário que a pessoa aceite o tratamento apresentado por profissionais de saúde compreendendo que o suporte dado por eles é limitado, e que precisa se manter ativo no processo, incorporando o tratamento em seu estilo de vida.

A prática de exercícios físicos de forma regular é um importante adicional para o tratamento, e vem sendo indicada por profissionais da área da saúde, pois além dos benefícios que proporcionam à saúde, auxiliam no emagrecimento para pessoas acima do peso, diminuem os riscos de doenças cardiovasculares,

ajudam no controle glicêmico diminuindo a necessidade de hipoglicemiantes (SBD, 2007)

Estudos vem apontando que o tratamento farmacológico não é mais efetivo do que mudanças no estilo de vida. Sendo assim, as políticas de prevenção em diabetes demonstram que atividade física frequente e perda de peso apresentam vantagens a saúde, como a diminuição do risco cardiovascular (SBD, 2007).

Para que o tratamento se torne mais efetivo, o sujeito deve obedecer a todas as orientações recebidas pelos profissionais de saúde, desenvolvendo de forma eficaz uma alimentação adequada, praticando exercícios físicos e fazendo o uso correto dos medicamentos aderindo ao tratamento em todas as suas proporções (SBD, 2007).

No entanto, o que ocorre segundo Delamater (2006), citado por Boas, Foss, Freitas, Torres, Monteiro e Pace (2011), é que algumas pessoas desempenham de forma eficaz algumas sugestões e ignoram outras. Já Costa, Barros, Francisco, César, Goldbaum e Carandina (2011) afirmam que quando o sujeito se percebe como principal responsável por seu tratamento e segue as orientações recebidas pelos profissionais de saúde, tem melhoras significativas e corre menos riscos em relação às complicações da doença.

Nesse sentido, torna-se evidente a importância de se pesquisar a percepção, sentidos, significados e a experiências de cada pessoa e como sua maneira particular pode influenciar na adesão ao

tratamento, podendo favorecer ou comprometer a sua qualidade de vida em relação à doença.

Além disso, se faz necessário refletir acerca da adoção de estratégias individuais baseadas em aspectos subjetivos de cada sujeito com diabetes, para que desta forma o suporte de profissionais da área da saúde possa ter compatibilidade com valores, opiniões, expectativas e objetivos de cada pessoa frente às possibilidades de alcançar as modificações necessárias. Desta forma, a presente pesquisa se justifica, tendo em vista a relevância do tema e o reduzido número de pesquisas que explorem a percepção do próprio sujeito com diabetes.

O interesse pelo tema surgiu no sexto semestre do curso, momento em que a disciplina “Estágio Básico II” foi cursada, e, por meio das pesquisas pude conhecer mais sobre o diabetes *mellitus*, seu manejo, controle e como o sentido e significado que é atribuído à doença pode influenciar na adesão ao tratamento, e, conseqüentemente, no estilo de vida do diabético. O objetivo deste estudo foi compreender como a percepção sobre o DM pode está relacionada com a adesão ao tratamento. Conhecer mudanças ocorridas no modo de vida dos entrevistados após o diagnóstico. Compreender quais sentidos o diabético atribui a dieta alimentar e ao exercício físico como parte do tratamento e possíveis fatores que interferem na adesão ao tratamento não medicamentoso.

Capítulo 1 - *Diabetes mellitus*

As doenças crônicas vêm se destacando nos últimos anos como as mais comuns da atualidade, tanto no Brasil como no mundo. Em 2007, 72% dos óbitos ocorridos foram infligidos por adoecimento de natureza crônica, conforme apontado por Shmidt et al (2011). O diabetes *mellitus* (DM) é uma doença crônica e vem se sobressaindo devido às suas complicações, chegando a ser considerada como um problema de saúde pública e uma das maiores causas de mortalidade no mundo (ADA, 2010).

Considerada uma doença crônica e metabólica, o diabetes tipo 2 surge como resultado da relação de fatores hereditários e ambientais que se caracterizam pela falta ou baixa produção de insulina. Diabéticos podem apresentar outras comorbidades como resistência insulínica, hipertensão arterial, peso excedente, conforme já explicitado por Gil, Haddad e Guariente (2008), Grilo, Sousa e McIntyre (2008) e SBD (2009).

Os tipos mais comuns são: DM tipo 1, DM tipo 2, DM gestacional e ainda outros tipos específicos de diabetes ocasionados por diferentes fatores como: anomalias genéticas, doenças do pâncreas exócrino, ação de fármacos ou agentes químicos. Existem também duas classes que não são clínicas, a pré-diabetes e a tolerância à glicose diminuída. Apesar de não serem clínicas, ambas são fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes e doenças cardiovasculares (SBD, 2010).

De acordo com a SBD (2010), o DM tipo 1 ocorre devido à deficiência total ou próxima da totalidade da produção de insulina. Os pacientes geralmente se apresentam abaixo do peso ou mencionam a perda de peso sem alteração alimentar. Este tipo é mais comum em crianças, adolescentes, adultos jovens antes dos 30 anos. Contudo, pode acontecer em qualquer idade, necessitando do uso regular e diário de aplicação de insulina para controlar a doença.

Já o DM gestacional é causado por intransigência à glicose e costuma aparecer pela primeira vez no início ou durante a gravidez, sendo que pode persistir ou desaparecer após a gestação (ADA, 2012).

No DM tipo 2 o pâncreas produz insulina, porém em quantidade insuficiente. Esse tipo de doença costuma atingir com mais frequência em pessoas acima de 30 anos, obesas ou com excesso de peso, embora estejam incluídas neste quadro também crianças com obesidade. Dessa forma, pode se inferir que o surgimento do diabetes tipo 2 esteja associado aos novos modos de vida moderna caracterizando pelo exagero de calorias e sedentarismo (ADA, 2012).

Conforme explicitado por Lyra et al (2006) e Codogno (2010) a prevenção do diabetes *mellitus* tipo 2, esquema terapêutico, um dos mais importantes fatores de risco para o crescimento do diabetes tipo 2 é o aumento de peso, especialmente da gordura visceral, que apresenta como consequência desiguais graus de reação a insulina, elevando a um aumento hepático e mínima captação de tecidos periféricos.

Estudos comprovam que 11% da população brasileira acima de 40 anos de idade é portadora de DM tipo 2, segundo Torres, Pace e Stradioto (2010). A principal característica do DM tipo 2 é o aumento da glicose (açúcar) no sangue, pois mesmo servindo de fonte de energia para o corpo, a glicose em excesso traz complicações para o organismo. O pâncreas é o órgão do corpo responsável por produzir insulina e fazer controle da glicose. Sabe-se que quando a insulina é produzida de maneira insuficiente o nível de glicose no sangue aumenta dando origem aos sintomas da doença (SBD, 2010).

Quando não controlado de forma adequada, o diabetes pode ocasionar uma série de danos, disfunções e destruição de muitos órgãos, especialmente rins, olhos, coração e vasos sanguíneos. As principais complicações são: hipoglicemia, doença arterial coronariana, doença vascular cerebral, doença vascular periférica, retinopatia diabética, nefropatia,

neuropatia diabética, problemas nas pernas e nos pés, amputações.

Conforme a ADA (2012), o DM tipo 2 é uma doença crônica e pode ser controlada. O tratamento envolve a elaboração de dieta adequada com restrição de açúcar, carboidratos, proteínas e gordura, atividade física regular, medicamentos antidiabéticos ou insulina, ou seja, envolve mudanças no estilo de vida do sujeito. Tais estratégias de cuidado precisam ser colocadas em prática durante todo o tratamento para obtenção de um bom controle metabólico. Esse tipo diabetes será especificado de forma mais detalhada por ser o foco principal desta pesquisa.

Contudo, segundo Grillo e Gorini (2007) Gross, Ferreira e Franco (2002), os sintomas do diabetes *mellitus* tipo 2 podem variar de pessoa para pessoa, sendo inofensivos para alguns e bruscos para outros. Estudos comprovam que, na maioria das vezes, o sujeito desconhece o diagnóstico por tratar-se de uma doença silenciosa e sem manifestação de sintomas. Assim, em muitos casos, a doença é diagnosticada tardiamente e a sintomatologia da doença já está instalada, o que acaba impedindo que o sujeito entenda a necessidade de promover mudanças em sua vida.

Tavares et al (2011) destacam que o diagnóstico do diabetes tipo 2 na vida de uma pessoa acarreta distintas percepções acerca da doença, o que faz com que o sujeito se comporte de diferentes maneiras. Alguns chegam a ultrapassar os desafios mantendo controle da doença, outros enfrentam a enfermidade como problema, o que ocasiona sofrimento e inadequações emocionais decorrentes da necessidade de se mudar o estilo de vida em vigor.

Ademais, a literatura aponta que existe uma relação de fatores emocionais referentes à doença e sua forma de enfrentamento, o que pode levar o sujeito a vivenciar diversos choques emocionais. Nesta fase, de acordo com Gross (2007), existe uma procura por acolhimento para nova a identidade a ser constituída, estabelecendo novas formas para seu viver idealizado.

Segundo Canesqui (2007), as escolhas executáveis em consequência da sua percepção de doença, refletem em suas relações sociais, familiares e em sua própria vida pelo fato de terem que se habituar com a cronicidade da doença por tempo indefinido. Inúmeros fatores têm contribuído para burlar o controle e tratamento do diabetes 2, tais como: falta de informação sobre a doença, questões socioeconômicas, culturais, hábitos alimentares, relações familiares, sociais, fatores emocionais e psicológicos.

Para a American Diabetes Association (ADA, 2012) fatores, emocionais devem ser considerados no controle do diabetes principalmente diante de uma baixa adesão do paciente em relação ao controle glicêmico. Ressalta-se que o estado emocional do sujeito é muito importante tanto para o manejo, quanto para o controle da doença.

Estudos feitos por Ataíde e Damasceno (2006) apontaram que pessoas com doenças crônicas como o diabetes estão mais propensas a apresentarem problemas como: depressão, estresse e ansiedade, fatores estes que podem estar atrelados a uma maior dificuldade em manejar a doença, comprometendo assim não apenas sua saúde, mas também seu tratamento.

Além dos fatores emocionais, existem outros aspectos, tais como as dificuldades financeiras para a compra de alimentos, medicamentos e a falta de apoio social e familiar. Estes pontos, de acordo com Silva et al (2006), costumam gerar conflitos que englobam o desejo e a aversão em relação a mudanças no estilo de vida, impactando negativamente a adesão ao tratamento.

Um fator relevante a falta de adesão ao tratamento pode estar relacionado com a maneira que o sujeito percebe a doença, ou seja se for percebida como problema pode gerar sentimentos de frustração, solidão, tristeza, devido as limitações impostas pelo diabetes. Conforme Pérez, Franco e Santos (2008), diante destes obstáculos, o sujeito pode experimentar sentimentos conflituosos como, o de se aproximar suas relações com pessoas da família e até de pessoas que não fazem parte de seu convívio ou de isola-se socialmente.

Além disso, de acordo com Silva et al (2006), outros fatores costumam gerar conflitos pelo fato de estarem ligados aos desejos, hábitos e costumes ligados à forma de viver do diabético, impactando negativamente na adesão ao tratamento do DM tipo 2. Dentre eles, pode-se citar a falta de apoio social e familiar, e a dificuldade econômica como um entrave para a aquisição de alimentos saudáveis.

Doenças crônicas como o DM tipo 2 constituem um desafio tanto para a saúde pública como para o sujeito, porque exigem mudanças que estão pautadas inteiramente em um estilo de vida saudável, o que nem sempre é tarefa fácil, pois requerem do sujeito mudanças de hábitos por um período de tempo indeterminado. As mudanças no estilo de vida não promovem apenas mudanças na maneira de viver do sujeito, elas também previnem complicações causadas pela doença (Brasil, 2011).

Nessa perspectiva, para que se obtenha um bom controle do diabetes tipo 2 é necessário que o sujeito tenha informações acerca da doença, conheça seus efeitos, saiba da importância do planejamento alimentar, da prática constante de exercícios físicos e do uso de forma correta de medicamentos. O sujeito deve ser instigado a aceitar hábitos de vida saudáveis, praticar exercícios regularmente, manter ou diminuir seu peso corporal, suspender o consumo de doces, controlar a ingestão de bebidas alcoólicas, cortar alguns tipos de alimentos, diminuir a quantidade de outros, fazendo assim algumas substituições que se adequem melhor a sua situação atual (Yamada & Demuner, 2011).

Por tratar se de uma doença crônica, o diabetes tipo 2 requer um tratamento a longo prazo, onde o sujeito é responsável 90% pela adesão ao tratamento, podendo dessa maneira diminuir ou amenizar a evolução da doença. Conforme Assunção e Ursine (2008), comumente pessoas com diabetes recebem as primeiras orientações do tratamento a ser realizado por profissionais de saúde de diversas especialidades, tanto em clínicas particulares

como em postos de saúde e quando essa assistência é prestada de forma eficaz, o sujeito tende a apresentar maior engajamento em seu próprio tratamento.

Segundo Pontieri e Bachion (2010), Grillo e Gorini (2007), o êxito para o tratamento do diabetes abrange inúmeros fatores que contribuem para sua adesão. A educação em saúde, quando desempenhada de forma apropriada capacita o indivíduo a entender sua função como principal personagem no procedimento, causando benefícios e adesão eficaz ao tratamento. A educação é um fator indispensável e pode ser realizada com o objetivo de prevenir e promover saúde por diversos meios, tais como grupos de apoio, orientação individual, palestras, vídeos específicos, folhetos explicativos sobre a doença, dentre outros.

Para tanto, conforme asseveram Pontieri e Bachion (2010), Grillo e Gorini (2007), é indispensável que o profissional da área da saúde empregue um vocabulário adequado, se comunicando de uma maneira que o sujeito compreenda o que está sendo passado. Da mesma forma, é indispensável sempre estudar modos de animar, provocar o sujeito a mudar seus hábitos de vida, analisando o tratamento indicado pela equipe de profissionais.

Teixeira (2008) afirma que a intervenção para diabetes não depende única e exclusivamente de indicações de especialistas em saúde, uma vez que a pessoa com diabetes precisa perceber que sua participação é fundamental no que se refere à prática de ações preventivas, controle na alimentação, verificação da glicose sanguínea, exercícios físicos, uso regular da medicação, principais pilares para o controle da doença. Pessoas que não praticam exercícios físicos, e que em sua família existe o quadro de diabetes tipo 2 têm uma probabilidade maior de desenvolver a doença no futuro.

De acordo com Teixeira (2008), a inclusão da atividade física é um fator indispensável para o controle e tratamento do diabetes, pois agrega benefícios não apenas físicos, mas também emocionais, mentais e sociais no sentido de convívio.

Segundo Faria (2008) e Boas (2012), quanto mais informação e desenvoltura o sujeito

possui em solucionar dificuldades cotidianas, mais efetiva será a adesão ao tratamento. No entanto, o que se observa é que há um volumoso desconhecimento das pessoas sobre a importância da doença e dos fatores que induzem ao seu surgimento, bem como as medidas a serem adotadas para se alcançar o controle glicêmico. Porém, estratégias de educação em saúde são indispensáveis, sobretudo no que se refere aos cuidados relacionados com a doença.

Peres, Franco e Santos (2008) explicam que manter o controle da diabetes para que não haja complicações constitui-se tarefa difícil, uma vez que reorganizar hábitos alimentares que já estão solidificados e demais cuidados necessários que a doença crônica estabelece, pode muitas vezes representar um problema para o indivíduo, pois a maneira que percebe a doença, o valor que atribui a ela ao tratamento, as suas práticas de saúde e as possibilidades de alcançar tais modificações, devem ser levados em consideração para que a partir desta perspectiva o sujeito possa refletir sobre os caminhos que pode percorrer para uma melhor adaptação em seu dia a dia.

Capítulo 2 -Adesão ao tratamento não medicamentoso

Durante a revisão bibliográfica o conceito de adesão é vastamente diversificado. Contudo, comumente é entendido quando o sujeito em um determinado grau, se conduz de acordo com as recomendações dos especialistas.

Silveira et al (2010) consideram que a obediência às orientações inclui seguir a alimentação indicada, manter a ação constante de exercícios físicos, manusear os medicamentos em dias e horários corretamente, implementando modificações em seu dia a dia com o objetivo de se adequar as orientações recebidas. Inclusive no que se refere à sua participação em grupos de apoio, consultas e exames periódicos. Ou seja, a adesão ao tratamento pode ser considerada como a decisão diária do sujeito em seguir recomendações necessárias para um convívio adequado e controle da doença.

Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2006) esclarecem que a postura do sujeito frente ao adoecimento pode contribuir com a baixa adesão ao tratamento, uma vez que o diagnóstico pode remeter o sujeito a desordens tais como, sentir-se obrigado a fazer escolhas com o intuito de estabelecer alternância em hábitos já solidificados, passando a viver de maneira diferente das pessoas do seu contexto, principalmente no que se refere à alimentação.

De acordo com Telles, Barbosa, Mega e Monteiro (2008), dentre os desafios exigidos pelo tratamento, alguns fatores permanecem absolutamente ligados à falta de adesão, como impedimentos para começar o tratamento, interrupção antecipada do tratamento, omissão ou esquecimentos de medicamentos, cancelamento às consultas, automedicação, percepção, sentidos e significados atribuídos ao sujeito sobre prováveis benfeitorias do tratamento, nível de escolaridade, gênero, apoio familiar, fatores econômicos, sociais e falta de modificação no estilo de vida

A não adesão ao tratamento é conhecida como um dos embaraços fundamentais e mais graves encarados pelos profissionais da área da saúde. Péres, Santos, Zanetti e Ferronato (2007) citam que inúmeros fatores externos ao sujeito se relacionam com falta de adesão ao tratamento não medicamentoso, como falta de conhecimento e informações sobre a doença, comunicação truncada entre o sujeito e profissionais de saúde, condição socioeconômica desfavorecida, falta de participação em grupos educativos e de apoio. Já Jones, Furlanetto, Jackson e Kinn (2007) consideram que o juízo que o sujeito faz de que alimentação saudável é vantagem para pessoas com melhores condições financeiras, também é um fator que pode influenciar na baixa de adesão ao tratamento.

Assunção e Ursine (2008) asseveram que para a adesão ao tratamento ocorrer de forma eficaz é vital que em um primeiro instante o sujeito receba informações e esclarecimentos acerca da doença. Em um segundo instante, é necessário que implemente modificações em sua alimentação, se exercite frequentemente, aceite a medicação faça o uso dela de forma adequada. Assim, é preciso que o sujeito aceite as intervenções apresentadas por profissionais de saúde, compreendendo que o suporte dado por eles é limitado, e que precisa se manter ativo no desenvolvimento inserindo as orientações recebidas em seu estilo de vida.

Costa et al (2011) expõem que quando o sujeito se percebe como principal responsável por seu tratamento e adota as instruções recebidas pelos profissionais de saúde, apresenta melhoras significativas e corre menos riscos em relação às complexidades da enfermidade. Para eles, a adesão ao tratamento é uma ação que envolve mais que desempenhar sugestões prescritas pela corporação multidisciplinar de saúde. Além disso, é imprescindível que o sujeito entenda e compartilhe deste processo de maneira ativa. Zanetti (2006) esclarece que quando o sujeito não se desempenha para cumprir indicativos sugeridos é medido como quem não concorda com o tratamento.

As modificações referentes à alimentação não acontecem espontaneamente, pois estão vinculadas a valores que transcendem à satisfação e carência do corpo, uma vez que envolvem práticas, valores sociais e culturais. O mundo já se encontra pronto antes do nascimento do sujeito. Este interfere de forma espontânea no mundo, transformando e sendo modificado por ele. Sendo assim, experiências e costumes adotados por si vão estruturar sua visão de mundo. Conforme Schutz (2008), o significado que o sujeito atribui às coisas é dado de maneira cultural. Entretanto, a forma como se expressa em sua vida vai depender da experiência que ele constrói no decorrer de sua existência.

Fonseca et al (2009) explicam que o sujeito possui, modos de cuidado e jeitos de cuidar, que são influenciados por opiniões, crenças, sentimentos, percepções pessoais de como cada pessoa define para si o significado de saúde e doença, bem como o que precisa ser feito para diminuir sua ocorrência.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é definida como uma condição completa de bem-estar físico, mental, e social, combinado a educação, saúde e distintas ocasiões da vida, que não incide tão somente na falta de doença está relacionado a qualidade de vida do sujeito. Sentimentos de bem-estar do sujeito, crenças, atitudes e aspectos subjetivos podem ser entendidos como causas emocionais e interferem na adesão ao tratamento não medicamentoso.

Conforme Peres, Magna e Viana (2006), a significação atribuída à alimentação, assim como o encadeamento saúde e doença são estabelecidos a partir de uma coerência comum entre conhecimentos particulares, influências sociais e culturais. Essa ação de estabelecimento de significados abrange revelações emocionais e ação. Isso pode ser entendido como a forma com que o indivíduo dá sentido à avaliação privada dos sintomas, às causas e desenvolvimento da enfermidade e a disposição em concordar com as intervenções, para assim modificar hábitos e estilos de vida.

Schutz (1979) esclarece que as ações cotidianas de um indivíduo estão integradas à sua percepção de qualidade de vida e podem se modificar no decorrer dos anos. Contudo, isso só ocorre se o sujeito em dado momento de sua vida enxergar alguma importância em determinado comportamento que deve adicionar ou eliminar, além de perceber-se como capaz de concretizar as alterações esperadas.

De acordo com o autor, o sujeito estabelece o seu mundo e decodifica costumes e leis que conduzem seu comportamento. Porém, o indivíduo só aspira aquilo que ele entende como aceitável. Cada pessoa possui uma bagagem de conhecimentos baseados em suas vivências, e algumas são transmitidas por seus ancestrais, pais, mestres, cultura, formando assim uma base referencial para sua vida durante toda a sua existência. O sujeito decodifica o mundo de acordo com seus próprios interesses que por diversas vezes são contraditórios e mudam sucessivamente o que oferece a essa pesquisa uma base teórica para discutir questões que compõem a vivência com diabetes.

Casseb, Malcher-Bispo e Ferreira (2008) ensinam que adaptar-se a um plano alimentar é um dos principais alvos para o tratamento do diabetes tipo 2. No entanto, várias pesquisas comprovam que há a dificuldade permanente do indivíduo em aderir à dieta recomendada.

Segundo Furtado e Polanczyk (2007), para sujeitos que estão acima do peso ou obesos, preconiza-se a perda de peso, pois apresenta melhoras ao controle glicêmico e diminui de forma expressiva o risco cardiovascular e a mortalidade. Ademais, pesquisas comprovam que o controle alimentar, a ação regular de exercícios físicos é considerada como a primeira opção para o controle do diabetes mellitus, por reduzir as taxas de glicose no sangue, acarretando um melhoramento na sensibilidade a insulina levando a uma diminuição na incidência do diabetes entre 58% a 91% (SBD, 2009; Villas Boas et al, 2011).

Pontiere e Bachion, (2010) salientam, também é fundamental manter uma alimentação adequada para controlar o peso, os níveis de glicose e conservar a saúde. No entanto, algumas práticas e costumes adquiridos no decorrer da vida podem influenciar na falta de adesão de um plano alimentar equilibrado. Por isso, é importante que profissionais de saúde observem como determinados costumes alimentares são construídos para que dessa forma possam trabalhar de modo individual um plano que atenda a necessidade do sujeito.

Para Santos (2008), aprendizagens em torno do comportamento alimentar fazem parte da vida das pessoas e da cultura onde estão inseridas, uma vez que levam em si a força dos seus pensamentos introduzidos no contexto social. Sendo assim, as experiências, gostos e desgostos de um dia a dia marcado pela coexistência com uma doença crônica, levam o sujeito a caracterizar a seriedade da alimentação adequada, não apenas como um controle para o diabetes, mas como condição para uma vida com mais saúde.

Segundo Santos (2008) comer é uma das necessidades básicas do ser humano. Isso porque os indivíduos resguardam um certo espaço e tempo nas suas vidas para essa atividade. Assim, não se trata apenas de uma decisão diária, mas uma escolha que se faz a todo o tempo sobre o que, como e quando se deve ou não comer, envolve um controle permanente de desejos, sensações, fome e ansiedade.

Segundo o autor supracitado, a experiência de comer é criadora da identidade, tanto particular do sujeito, como coletiva. Ela se situa dentro de uma alternativa de diferenciação e alteridade, no qual os homens notam seu pertencimento a uma cultura ou a um grupo qualquer, seja pela afirmação de sua especificidade alimentar ou pela diferença em relação aos outros.

Woortmann (2006), Oliveira, Souza, Zanetti e Santos (2011) esclarecem que a eleição dos alimentos que se pode comer, a diferenciação entre o que comemos e o que é comido pelos outros, são costumes alimentares que definem a individualidade do sujeito, a

necessidade de se adequar a um novo estilo de vida pode trazer incômodo às pessoas, por se alimentarem de determinadas maneiras com base em costumes e tradições culturais construídos durante toda a vida. Desta forma, podem se sentir obrigadas a adotar um outro estilo de alimentação diferente do habitual.

Segundo Pontiere e Bachion (2010), o termo alimentação saudável possui propagação positiva ao tratamento. No entanto, a vontade de comer associado ao termo dieta, vem sendo percebido de forma negativa, o que produz dificuldades na adoção de novos aprendizados alimentares. O termo dieta acaba sendo relacionado a sentimentos como tristeza, raiva, perda do prazer e liberdade, devido às restrições alimentares impostas pela doença que na maioria das vezes significa fonte de fraqueza.

Já Oliveira, Oliveira, Amorim, Otton e Nogueira (2014) consideram que a baixa adesão da dieta alimentar e o exercício físico estão relacionadas à necessidade de se realizarem alterações de hábitos e costumes, e isso dificilmente ocorre em relação ao uso de medicamentos.

Nahas (2006) compreende que isso é um enorme desafio para sujeitos pertencentes a procedimentos culturais educativos individualizados, alterar ou até mesmo se conservar em uma nova categoria de aquisição de hábitos saudáveis, alterações imprescindíveis a um estilo de vida que são reconhecidos como essenciais para um controle efetivo do diabetes mellitus tipo 2.

Peres et al (2007) consideram que a adesão ao tratamento não medicamentoso não demarca ajustes exclusivamente em uma alimentação regulada, exercícios físicos frequentes e o emprego adaptado de remédios, mas também requer do sujeito uma rotina com cuidados a serem desenvolvidos por ele, o que inclui ajustes no contexto social e familiar. Os autores ressaltam que a contribuição da família auxilia para que o sujeito encare as adversidades da

enfermidade, e adote de um estilo de vida com a possibilidade de se estender tanto para as relações familiares como sociais.

Conforme Zannetti et al (2008), a alimentação do diabético é influenciada por hábitos familiares, assim como suas relações sociais. Porém, pelo fato da família ser o primeiro núcleo do sujeito, é importante que seja informada a respeito da doença e também obre como poderá contribuir no dia a dia do sujeito para que alcance um manejo mais efetivo.

Os autores supracitados salientam que o apoio familiar é importante na vida do diabético, pois deste modo tem uma probabilidade bem maior de se adequar às novas mudanças em seu estilo de vida. Este auxílio, além de prevenir e controlar a doença, pode trazer benefícios não só na vida do sujeito, mas também para os familiares no sentido de proporcionar novos aprendizados que induzem a melhores hábitos alimentares, qualidade de vida e saúde.

De outro modo, Santos et al (2011) explicam que a ausência do suporte familiar deixa o sujeito mais vulnerável e com maiores dificuldades para lidar com os desafios a serem enfrentados em prol do tratamento a ser seguido. Estudos apontam que as dificuldades em modificar hábitos alimentares também podem estar relacionadas ao suporte familiar insatisfatório, devido às restrições e ajustes decorrentes da doença.

Também Péres, Santos e Zanetti, Ferronato (2007) refletem que quando a família não possui informações acerca da doença, não consegue entender e muitas vezes chega até a criticar as restrições alimentares sugeridas ao diabético.

De acordo com Azevedo e Paz (2006) a adoção de um estilo de vida saudável está profundamente associada às novas metas a serem alcançadas na maneira de viver de pessoas com diabetes tipo 2, o que envolve controle diário com a alimentação, medicamentos, e a prática frequente de exercícios físicos. Pesquisas comprovam que os exercícios físicos são reconhecidos como parte do tratamento, em detrimento dos benefícios que proporcionam à

saúde do sujeito, pois além de aumentar a sensibilidade à insulina, melhora a tolerância de glicose no organismo

Para Curcio, Lima e Alexandre (2011), portadores de diabetes precisam aprender a viver com uma doença que exige modificações significativas em seu estilo de vida e autocuidado por tempo indeterminado, pois suas complicações podem afetar de forma direta a saúde.

De acordo com a SDB (2009), a frequência para o exercício físico deve variar de três a cinco vezes por semana. Estudos comprovam que pessoas com doenças crônicas como diabetes tipo 2 têm conhecimentos a respeito propósito dos benefícios dos exercícios físicos para o tratamento, mas na maioria das vezes não o incluem em seu cotidiano (Knuth, Bielemann, Silva, Borges, Del Duca, Hallal, Rombaldi & Azevedo, 2009).

Diversas pesquisas sobre a prática de exercícios físicos demonstram a alta prevalência de sedentarismo de diabéticos tipo 2, apesar de recomendações recebidas por profissionais de saúde, conforme foi explicitado por Villas Boas (2009). Uma pesquisa efetuada com 61 diabéticos que obtiveram informações educativas e clínica em uma unidade Básica de saúde (UBS) indicou um percentual de 47% de inatividade física (Silva et al, 2006).

No estudo de Cardoso, Moraes e Pereira (2011) foi constatado que em 84,6% de sua amostra não desempenhavam qualquer exercício físico e que a justificativa mais frequente foi a falta de tempo. Isso porque o tratamento não se torna efetivo quando o sujeito atende apenas uma das práticas como alimentação adequada ou exercícios físicos ou quando faz apenas o uso de medicamentos.

Portanto, segundo Delamater (2006), citado por Boas, Foss, Freitas, Torres, Monteiro e Pace (2011), é necessário que o sujeito se adapte ao tratamento em todas as suas proporções. No entanto, o que ocorre é que algumas pessoas desempenham de forma eficaz algumas sugestões e ignoram outras.

Outros estudos realizados por Turi (2011), Boas et al (2012) indicam que a deficiência do exercício físico é um dos maiores problemas de saúde pública do século XXI. O sedentarismo é classificado como o quarto maior fator de risco de morte no mundo. Quando praticado regularmente, o exercício físico contribui para a manutenção dos níveis glicêmicos, reduzindo a resistência hepática e muscular a insulina e aumentando a captação de glicose. Fatores hereditários, emocionais, as mudanças alimentares na vida contemporânea como sedentarismo, envelhecimento populacional, estão vinculados a uma limitação no nível de exercícios físicos, o que aumenta o risco e desenvolvimento de doenças crônicas sendo que o predomínio de diabetes tipo 2 é de pessoas sedentárias com baixa nível de aptidão física (Turi, 2011; Boas et al; 2012).

Segundo Chodzko-Zajko (2009), todo o movimento do corpo produzido pela musculatura que aumenta o consumo energético acima do nível de descanso é entendido como atividade física. Toda atividade física planejada realizada de forma repetitiva com o objetivo de melhorar ou manter um ou mais componentes de aptidão física refere-se ao exercício físico. Isso significa que o exercício físico é atividade física, mas nem toda atividade física é exercício.

A prática de exercícios físicos de forma regular é um importante adicional para o tratamento e vem sendo indicada por profissionais da área da saúde a todas as pessoas com diabetes tipo 2. Existem propostas ajustadas para pessoas com diabetes, pois além dos benefícios que proporcionam à saúde, auxiliam no emagrecimento para pessoas acima do peso, diminuem os riscos de doença cardiovascular, auxiliam controle glicêmico e diminui a necessidade de hipoglicemiantes. A prática dos exercícios físicos deve ser realizada de acordo com as metas pessoais de cada sujeito, causando assim uma melhora notável no controle metabólico e sensação de bem-estar (Brasil, 2006; São Paulo, 2011).

Estudos apontam que o tratamento farmacológico não é mais efetivo do que mudanças

no estilo de vida, sendo assim o foco das políticas de prevenção em diabetes visam que exercitar se frequente, perder peso apresentam vantagens à saúde, como a diminuição do risco cardiovascular (SBD, 2007). A realização do exercício físico é importante para qualquer pessoa.

No entanto, a indicação como auxílio complemento curativo no diabetes exige que os profissionais da equipe de saúde tenham conhecimentos sobre os perigos e melhoramentos deste artifício. Conforme explicitado por Ferreira e Vivolo (2011); ADA (2009); SDB (2008), as orientações para os exercícios físicos necessitam ser diferenciadas, uma vez que múltiplas perspectivas precisam ser classificadas, tais como: idade do sujeito, finalidades do planejamento de atividade física, a assiduidade de descompensação glicêmica, dificuldades crônicas e as comorbidades, Viver com o diabetes mellitus tipo 2 é um processo onde o sujeito passa por altos e baixos, ou seja, existem momentos em que a pessoa se sente mais disposta para alterar sua maneira de agir em relação ao tratamento, e em outras não. Nota-se que quando sente-se bem em relação à sua integridade física, sem nenhum sintoma da doença não cumpre as indicações médicas. Ao passo que ao sentir-se ameaçado pela doença, segue o tratamento à risca.

Brooks (2005) afirma que essas mudanças de comportamento podem ocorrer por diversas razões. Dentre elas, podemos citar os fatores emocionais, a falta de apoio social, econômico, familiar e outros que desta forma podem contribuir para que a adesão ao tratamento se torne imprevisível.

Capítulo 3 – Adesão ao Tratamento medicamentoso

A adesão ao tratamento seja ele medicamentoso ou não, tem como principal objetivo manter os níveis de glicose sob controle para que não ocorra hipoglicemia. De acordo com Figueiredo (2005), uma boa adesão ao tratamento ajuda a precaver sintomas, complicações futuras, tratar prováveis doenças associadas, diminuir a mortalidade e promover uma melhor qualidade de vida ao sujeito portador de diabetes mellitus tipo 2.

Conforme Araújo (2014) na maioria das vezes, o tratamento medicamentoso é introduzido após a tentativa de manejar e controlar a doença apenas a partir da dieta e do exercício físico. Quando o sujeito não consegue manter sob controle as taxas de glicose por meio da adesão ao tratamento não medicamentoso, é sugerido o uso de antidiabéticos, insulina ou a combinação de ambos, o uso de fármacos é um coadjuvante para o manejo dos níveis glicêmicos. Os antidiabéticos orais e a insulina são utilizados de acordo com as necessidades de cada sujeito, a insulina é usada com mais frequência quando em jejum as taxas de glicose se encontram acima de 140mg/dl ou a HbA1C > 8% (São Paulo, 2011).

Gimenes, Zanetti, Otero e Teixeira (2006) afirmam que o sucesso terapêutico está vinculado em grande parte à adesão do sujeito ao tratamento sugerido, mas inúmeros fatores estão relacionados à falta de adesão ao tratamento medicamentoso dentre eles estão a necessidade diária do medicamento, a dúvida de sua eficácia, incômodo gerado pelos seus efeitos colaterais, ausência de sintomas, falta de informação sobre a medicação e o alto custo dos remédios.

De acordo com Silva (2010), as condições socioeconômicas de sujeitos com diabetes deve ser avaliada, uma vez que a doença impõe que se tenha gastos com alimentação e medicamentos, o que pode influenciar de forma negativa a adesão ao tratamento. Para Gimenes, Zanetti e Haas (2009), deve-se avaliar como a baixa escolaridade pode interferir na

adesão medicamentosa o sujeito frente a necessidade de acrescentar uma quantidade de medicamentos em um número maior de vezes em horários diferenciados, precisará de habilidades cognitivas maiores para compreender seu tratamento e manter suas taxas glicêmicas sob controle.

Em uma pesquisa realizada por Faria, Zanetti, Santos e Teixeira (2009) sobre as informações dos diabéticos acerca do uso dos medicamentos para o controle da doença, 56,5% dos sujeitos afirmaram não ter informações precisas sobre o assunto, sugerindo que se invista em educação para a saúde, por meio estratégias educativas que expandam o conhecimento do sujeito, especialmente no que se refere a doenças crônicas como o DM. Conforme apresentado por Zanetti, Biagg, Santos, Péres e Teixeira (2008), estudos feitos com diabéticos tipo 2 apontam que, esses sujeitos demonstram pouco ou nenhum conhecimento acerca dos medicamentos, sua composição, tempo de ação, efeitos colaterais, restrições quanto ao seu uso, principalmente no que se refere à insulina.

Outro estudo feito por Gimenes, Zanetti, Otero e Teixeira (2006) evidenciou que 32,2% de sua amostra não conhecem o nome do medicamento que estão fazendo uso; 51,6% fazem uso da medicação sem levar em consideração os horários e a maior parte da amostra não conhece a função dos medicamentos utilizados em sua rotina. A falta de conhecimento e manejo com o uso dos medicamentos não são os únicos fatores que influenciam na adesão ao tratamento medicamentoso, a crença e confiança que o sujeito possui respeito de que o medicamento é responsável pelo seu progresso, alicerçado as informações que recebem dos profissionais da saúde também são fatores que influenciam na adesão ao tratamento. Quando o sujeito percebe os benefícios esperados com o tratamento, existe uma probabilidade maior de adesão medicamentosa.

De acordo com Gimenes, Zanetti e Haas (2009) a interação do sujeito com profissionais da saúde também são fatores determinantes para adesão ao tratamento, uma vez

em que o sujeito ao se sentir satisfeito com a equipe de profissionais que o acompanha, aceita as orientações.

Em uma pesquisa produzida por Moraes et al (2009), referente à qualidade de vida de pessoas com diabetes tipo 2, foi publicado que uma quantia expressiva da amostra seguia a dieta proposta, e apenas 26% eram adeptos de exercícios físicos. O que demonstra que o tratamento executado apenas em uma de suas dimensões não é eficaz para o controle do diabetes é necessário uma alimentação condizente, prática de exercícios físicos e indicação medicamentosa adequada, vinculada à realização de exames de 6 em 6 meses e consultas mensais.

Uma pesquisa feita por Barros (2012) corroborou ainda que 100% dos participantes cumpriam o tratamento medicamentoso, 68,9% faziam dieta e 50% faziam certos exercícios físicos como caminhadas, dança, futebol, apontando que a realização de exercícios físicos surge de em menor porcentagem em relação a amostra.

Em uma pesquisa com diabéticos feita por Stuhler (2012), quando interrogados o que de fato é uma adesão ao tratamento adequada. Percentuais acima de 85% em todos os aspectos do estudo disseram que é necessário que se faça o uso correto do medicamento, exercícios físicos três vezes por semana, e diminuição do consumo de açúcar.

Segundo Stuhler (2012), mesmo que as pessoas com diabetes reconheçam a necessidade de uma alimentação adequada, da prática de exercícios físicos, sua prática maior enfatiza o uso de medicamentos, ou seja, em seu estudo todas estas práticas estavam interligadas. Não houve entrevistados que especificassem que um tipo de intervenção, sendo ela dietética ou medicamentosa fosse dispensável em relação à outra.

Nessa perspectiva, vê-se que a adesão ao tratamento medicamentoso é essencial tanto no controle dos sintomas, quanto na capacidade funcional do sujeito com diabetes tipo 2. Esta

decisão o capacita a diminuir os perigos das complicações referentes à doença e até mesmo oferecer um melhoramento significativo em sua qualidade de vida (Stuhler, 2012).

Diante disso, pode-se afirmar que a adesão ao tratamento, sendo ele não medicamentoso ou medicamentoso, não pode ser considerado apenas como cumprimento ou não das orientações apresentadas pelos profissionais de saúde. Isso porque, existem outros fatores relacionados à adesão e que só poderão ser conhecidos a partir de uma interação maior entre o sujeito e os profissionais de saúde, proporcionando assim a oportunidade de um planejamento mais adequado ao sujeito, como também a criação de estratégias de educação em saúde. Desta forma, quando o sujeito compreende que embora seja importante o apoio familiar e social, é possível ter diabetes e viver com qualidade, e que essa decisão cabe somente ao paciente a adesão, e sendo assim, o tratamento torna-se mais efetivo.

Método

Utilizou-se do método qualitativo para desenvolvimento da pesquisa. De acordo com Minayo (2008), por nortear a verificação de questões particulares com um nível de realidade que dificilmente poderá ser quantificado, pois ocupa-se com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais intenso das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser diminuídos à operacionalização de variáveis.

Para Minayo (2006) o método qualitativo unifica a questão da significação e da intencionalidade como essencial aos atos, sendo que as inclusões e as construções sociais, tanto no seu começo, quanto na sua modificação, são constituições humanas significativas. Mediante a observação qualitativa pode-se identificar o homem, sua maneira de se relacionar com o meio, as influências que fatores sociais e culturais exercem em seu modo de atuar, e também refletir levando em consideração crenças, valores e sua visão de mundo.

Participantes

A amostra foi composta por cinco pessoas com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 dois do sexo masculino e três do sexo feminino, residentes no Distrito Federal, com idade igual ou superior a 30 anos.

A seleção da amostra se deu por conveniência, analisando aspectos como: o tipo do Diabetes e o consenso em participar da pesquisa. Os participantes foram identificados por números (P1, P2, P3, P4, P5) como forma de manter o anonimato de cada sujeito participante da pesquisa.

Tabela 1 – características dos participantes

Participantes	Gênero	Idade, em anos	Tempo com a diabetes, em anos
Participante 1 (P1)	Masculino	70	14
Participante 2 (P2)	Masculino	55	19
Participante 3 (P3)	Feminino	49	18
Participante 4 (P4)	Feminino	51	02
Participante 5 (P5)	Feminino	75	45

Local

Os participantes foram entrevistados em suas residências por tratar-se de um local privativo, livre de interrupções, com o objetivo de deixá-los mais à vontade e também para respeitar a individualidade e privacidade de cada sujeito da pesquisa.

Instrumentos

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, devido a maior liberdade que a mesma apresenta para entrevistador e entrevistados. A entrevista foi realizada mediante a elaboração prévia de um roteiro de entrevista com base na revisão da literatura, com finalidade de coletar informações vastas dos participantes, tendo em vista a obtenção dos objetivos da pesquisa (Vide Apêndice B). Foi estruturado um relatório de entrevista contendo 16 perguntas, relacionadas aos seguintes tópicos: diagnóstico, dieta alimentar, exercício físico, e adesão ao tratamento.

Procedimentos

O projeto de pesquisa deu origem a esta monografia foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, código CAAE 48092915.2.0000.0023, por meio do Parecer 1.222.385, de 17 de agosto de 2015.

Os participantes foram previamente contatados por meio de ligação telefônica. Na ocasião, os propósitos da pesquisa foram explicitados, e solicitou-se data e horário para agendamento de entrevista no domicílio de cada participante. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas com duração de aproximadamente 40 minutos.

Na condução da entrevista, todos os participantes foram informados quanto aos procedimentos e forma de utilização dos resultados da pesquisa, quanto a liberdade de aceitar ou não, a possibilidade de deixar de responder a entrevista, sem nenhuma represália se assim julgassem necessário. Após o preenchimento do TCLE, em duas vias, confirmando o interesse em participar da pesquisa, instrumentos e objetivos devidamente esclarecidos foi dado início as entrevistas (Vide Apêndice A).

Com o auxílio de um gravador de áudio e autorização dos participantes, as entrevistas foram realizadas. As transcrições foram feitas minuciosamente pelo pesquisador a fim de obter aproveitamento satisfatório do conteúdo de cada entrevistado.

Análise das entrevistas

Para a análise dos dados coletados, a pesquisa utilizou-se da técnica Análise de Conteúdo temática, conforme Minayo (2008). Segundo a autora, a análise de conteúdo temática se organiza em três etapas: a pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Partindo deste princípio, as informações obtidas por meio

das entrevistas foram transcritas. Em seguida, foi feita uma leitura flutuante para organização e apresentação dos resultados. Após a leitura de acordo com as temáticas e pelo que foi dito por cada sujeito, iniciou-se a categorização dos dados obtidos.

Segundo Minayo (2008), a categorização tem o objetivo de agrupar opiniões, revelações em torno de um conceito, ou seja, tem a função de organizar os dados obtidos ao longo do estudo. A partir dos temas obtidos, objetivos da pesquisa e ao se entrelaçar este panorama ao referencial teórico, surgiram as seguintes categorias de análise: Percepção acerca do diabetes, adesão à dieta e exercícios físicos e adesão medicamentosa.

Resultados e discussão

Categoria 1 - Percepção acerca do diabetes

Participaram da pesquisa cinco pessoas, sendo três mulheres uma casada e duas separadas e dois homens casados. Todos com idade acima de 40 anos, quatro com nível de escolaridade superior e um com ensino médio completo. Todos residentes em Brasília DF. Tempo com a doença é de 02 a 45 anos. Todos os entrevistados fazem uso de medicamentos para diabetes tipo 2, mas nenhum dos entrevistados faz uso de insulina.

Todos os entrevistados descobriram que estavam com essa patologia após completar 30 anos de idade, o que concorda com estudos que comprovam que 11% da população brasileira acima de 40 anos de idade é portadora de DM tipo 2, conforme apresentado por Torres, Pace e Stradioto (2010). O tempo de diagnóstico dos entrevistados varia entre 02 a 45 anos de convivência com a doença.

Como exposto por Gross, Ferreira e Franco (2002), Grillo e Gorini (2007), por tratar-se de uma doença silenciosa e sem manifestação de sintomas, alguns sujeitos não percebem o diabetes como doença, o que acaba impedindo que o sujeito entenda a necessidade de promover mudanças em sua vida. A partir da análise dos relatos referentes ao diagnóstico da doença, foi possível observar que os participantes P1, P3, P4 E P5 reagiram de maneira semelhante ao receber a notícia de que estavam com diabetes, aparentando um certo conformismo frente ao diagnóstico, como evidenciado a seguir:

P1 - Pra mim não fez diferença nenhuma quando o médico me disse que estava diabético.

P3 - Pra falar a verdade, eu não dei muita importância...

P4 - Na hora me preocupei, mas depois foi a mesma coisa de nada...

P5 - Não tive problema nenhum não, minha mãe era diabética e tinha irmãs diabéticas e eu via que ela levava uma vida normal sem nenhum problema só com restrição de alguns alimentos, não me choquei não.

Apesar da maioria dos participantes apresentarem comportamentos similares, observa-se que existe uma singularidade do sujeito na forma de se perceber perante ao diagnóstico, ou seja, o sujeito ao receber a notícia que tem uma doença crônica pode apresentar diversos sentimentos e reações, pois a enfermidade pode ser percebida como problema que ocasiona sofrimento e inadequações emocionais decorrentes da necessidade de se mudar o estilo de vida, conforme destacado no relato do P2.

P2 - É aquele negócio, psicologicamente é uma coisa meio complicada... tenho uma cabeça muito boa em relação a isso, mais a aceitação disso é muito complicada demorei muito tempo, digo anos pra poder aceitar essa situação ...

P2 - A não aceitação pra gente que é mais esclarecido é mais por causa do que os outros vão pensar por você ter diabetes, porque assim diabetes acarreta um monte de coisas se você não se cuidar...

Com base nos depoimentos dos participantes, pode-se afirmar que não existe uma forma linear na maneira de perceber e lidar com a doença, pois mesmo que a maioria dos sujeitos não tenha apresentado conflitos frente à doença, o fato de um participante apresentar dificuldades de aceitação demonstra que as pessoas têm percepções distintas acerca da doença.

Conforme apontado por Gross, Ferreira e Franco (2002), Grillo e Gorini (2007), o diabetes *mellitus* tipo 2 atualmente é considerado uma das principais doenças crônicas, caracterizado por evolução lenta, progressiva e “silenciosa” pela falta de sintomas.

P1 - O diagnóstico foi o seguinte eu vinha tratando com um cardiologista e sempre fazendo exames e ele me falou olha suas taxas estão subindo, suas taxas estão subindo está pré-diabético

P2 - Eu descobri por acaso quando eu tinha 36 anos, porque fui fazer um exame de sangue, desses hemograma completo, aí o teste de glicemia estava alto então foi só isso que apareceu, eu não tinha nada de efeito colateral do diabetes não tinha nada só o açúcar alto apareceu por acaso.

P3 - Eu sempre fui uma pessoa que acompanhei minha saúde fazendo exames periódicos desde os 17 anos todos os anos, a diabetes surgiu após a minha gestação.

P4 - Eu descobri há dois anos atrás porque eu tenho Lupus há 6/7 anos mais ou menos, aí sempre que eu estou fazendo exames o médico sempre pede exames a mais e aí ele descobriu que eu estava com diabetes eu não sabia.

P5 - Eu descobri através do meu endocrinologista da época. Como sou enfermeira, eu já sabia o que eu podia comer o que não podia...

O relato dos participantes condiz com o que a literatura aponta, quando se refere ao diabetes como uma doença silenciosa com ausência de sintomas, pois todos os entrevistados expuseram terem sido pegos de surpresa, descobriram que estavam com diabetes através de consultas de rotina e por meio de exames clínicos.

Conforme Grilo, Sousa e McIntyre (2008), Gil, Haddad e Guariente (2008), SBD (2009), o diabetes é conhecido como uma doença metabólica que tem como resultado a relação de fatores hereditários e ambientais.

Embora o fator hereditário seja apontado pela literatura como relevante para o desenvolvimento da doença, este estudo aponta que apenas os participantes P2, P3 tinham pessoas em sua família com diabetes.

Já os respondentes P1, P3, P4 não tinham nenhum indício hereditário, o que demonstra que a doença pode estar relacionada com os novos modos de vida moderna e pelo consumo exagerado de calorias e sedentarismo, em consonância com os resultados apontados por Grilo, Sousa e McIntyre (2008), Gil, Haddad e Guariente (2008) e SBD (2009).

P2- Na verdade na minha família tem mais pessoas com diabetes meu pai e tios.

P3- minha mãe descobriu que era diabética com 40 e poucos anos, eu já tinha uma irmã que era diabética também, então a diabetes já está inserida na minha família por um bom tempo.

P1 - Eu vinha tratando com um cardiologista e sempre fazendo exames e ele me falou olha suas taxas estão subindo, suas taxas estão subindo está pré-diabético.

P3 - Depois que tive o filho eu fiquei com aquele peso emagreci uns 3 quilos, mais durante uns 5/6 anos eu fiquei com aquele peso empacado, fazia atividades, caminhada aí eu ganhava peso, perdia, ganhava, ficava aquele tipo ioiô e depois disso a minha glicose alterou começou indo para 120 até que chegou a 170.

Pesquisas vêm comprovando comorbidades associadas ao diabetes mellitus tipo 2, conforme Grilo, Sousa e McIntyre (2008), Gil, Haddad e Guariente (2008) e SBD (2009). O que foi notado por meio das entrevistas de P1, P3, P4, é que além de não apresentarem fatores hereditários que pudessem estar relacionados à doença, os participantes apresentaram enfermidades associadas ao diabetes. A participante P5 além de apresentar fatores hereditários como indicativo da doença também apresenta outras comorbidades, coincidindo com estudos que demonstram uma forte correlação entre diabetes tipo 2 e desenvolvimento de outras enfermidades.

P1 - Além do diabetes tenho arritmia e pressão alta.

P3 - Tenho hipotireoidismo e diabetes.

P4 - Eu descobri a dois anos atrás... porque eu tenho Lupus a 6/7 anos mais ou menos, aí sempre que eu estou fazendo exames, o médico sempre pede exames a mais.

P5 - Com quarenta e poucos anos, não era juvenzinha não, acho que tinha 40 anos. Tenho Parkinson, demência moderada.

O diabetes tipo 2 vem se constituindo como um desafio, tanto para a saúde pública como para o sujeito, pois exige mudanças que estão pautadas inteiramente em um estilo de vida saudável, o que exige do sujeito mudanças de hábitos por um período de tempo indeterminado (Brasil, 2011).

Frente ao tema como era o estilo de vida dos participantes antes do diabetes e como eles o avaliam hoje, dois participantes relataram dificuldades em fazer adaptações em seu estilo de vida referentes à alimentação e atividade física.

Os relatos a seguir revelam como os participantes encararam a necessidade de promover mudanças na maneira de se alimentar, a fim de manter o nível glicêmico mais próximo do desejável:

P1 - Não houveram muitas mudanças até os exercícios vieram de forma mais frequente mesmo por

conta das dores no corpo que na verdade era tudo por causa da coluna, no mais não mudou continua a mesma coisa.

P1 - O mais difícil era o doce gostava muito de um docinho eu comia todos os dias, eu andava no carro com bala no carro, mas foi tudo muito tranquilo fui tirando devagar....

P4 - É, não modificou em nada não, pra mim é a mesma coisa nunca gostei muito de comida.

P4 - É o ruim é ter que tirar o doce né eu sou uma formiga deu vontade de comer comida vou comer doce.

P5 - Sempre fui muito certinha ninguém precisava fazer nada pra mim, nem falar nada, sempre me controlei... A diabetes eu sempre consegui controlar sem precisar de ninguém, nunca senti nada por causa dela.

P5 - Mas eu já sabia tudo sobre diabetes e sobre a dieta o que eu podia comer e não podia o que diminuir e controlar.

Conforme mostrado anteriormente, a maioria dos participantes relatou não ter dificuldades em modificar seu estilo de vida quanto ao quesito alimentação, pois a maioria relata ter feito adaptações em sua alimentação, reduzindo algumas coisas como doces, bebidas alcoólicas, quantidades de alimentos, demonstrando um comportamento contrário do que vem sendo apontado pela literatura.

Nessa perspectiva, conforme apontado por Casseb, Malcher-Bispo e Ferreira (2008), adaptar-se a um plano alimentar é um dos principais objetivos para o tratamento do diabetes tipo 2. No entanto, várias pesquisas comprovam a dificuldade permanente do indivíduo em aderir à dieta recomendada, Os relatos colocaram em evidência as diferentes formas de percepção que cada um dos entrevistados experimentou ao ser diagnosticado com diabetes, e que, apesar de suas particularidades frente ao seu novo estado de saúde, ficou explícito que a partir do diagnóstico, com o tempo vão se adequando às novas condições.

Categoria 2 - Adesão não medicamentosa

O Diabetes tipo 2 é uma doença crônica e pode ser controlada. O tratamento envolve a elaboração de dieta adequada com restrição de açúcar, carboidratos, proteínas e gordura, atividade física regular. Desta forma, percebe-se que são necessárias mudanças no estilo de vida do sujeito. Tais estratégias de cuidado precisam ser colocadas em prática durante todo o tratamento para obtenção de um bom controle metabólico (ADA, 2012).

Informações de como promover autocuidado a partir do diagnóstico são fundamentais para que ocorram mudanças no estilo de vida do sujeito. Ao serem questionados quanto às orientações recebidas acerca do controle da doença. Todos os participantes disseram ter recebido informações necessárias em relação à sua saúde e de como proceder a partir daquele momento.

P1 - Recebi do próprio cardiologista as orientações do que eu deveria comer e o que eu não deveria comer, bebida alcoólica diminuir total, não tomar cerveja de jeito nenhum, ele disse que quando você toma a cerveja ela vai pra veia como o açúcar, a cerveja é pior do que comer doce.

P2 - Quando peguei meus exames que no caso era um hemograma completo eu procurei o médico na verdade um parente meu que é clínico geral e ele já me deu as primeiras pinceladas de que a diabetes pode causar ele me mandou procurar um endocrinologista e foi o que eu fiz, aí constatou realmente que eu tinha diabetes.

P3 - Minha ginecologista me disse: olha essa é a segunda vez que fazemos exames e sua taxa de glicose está dando um percentual alterado, você vai ter que fazer uma dieta é bom você procurar uma nutricionista, um endocrinologista me deu todas as orientações inclusive sobre a doença e o que poderia causar ao longo do tempo, como problemas cardiovascular, cicatrização, a questão das vistas....

P4 - Quem me deu a notícia foi meu reumatologista e me deu algumas dicas de coisas que eu deveria comer, algumas coisas que eu deveria cortar na alimentação essas coisas assim. Ele mesmo passou a medicação com essa medicação estou bem.

P5 - Eu não precisei de ninguém não, o endócrino falou algumas coisas pra mim, mas eu já sabia tudo sobre diabetes e sobre a dieta o que eu podia comer e não podia, o que diminuir e controlar.

Péres, Santos, Zanetti e Ferronato (2007) apontaram que a falta de informação, conhecimento e comunicação entre pacientes e profissionais da saúde a respeito da doença vem influenciando a falta de adesão ao tratamento não medicamentoso, pois a maior parte dele é desempenhado pelo próprio sujeito por meio deste contato com os profissionais de saúde.

Nesta pesquisa todos os participantes ao serem informados acerca da doença e como desempenhar o tratamento, adaptaram-se às orientações recebidas. Outro ponto relevante é que o tempo que vivem com a enfermidade varia entre 2 a 45 anos, o que demonstra que independentemente da quantidade de tempo com a doença, a decisão em modificar o estilo de vida parte da percepção que o sujeito possui sobre a mesma.

Santos (2008) afirma que o comportamento alimentar faz parte da vida das pessoas e da cultura onde estão inseridas, pois o cotidiano marcado pela coexistência com uma doença crônica leva o sujeito a caracterizar a seriedade da alimentação adequada não apenas como um controle para o diabetes, mas como condição para uma vida com mais saúde.

Ao serem questionados quanto à sua maneira de se alimentar, se aderiram a alguma dieta com a ajuda de profissional ou por conta própria, a maioria dos participantes relatou ter passado por profissionais da área da saúde que os orientaram em termos do que comer, mas que controlam sua alimentação sozinhos.

Apenas o sujeito P3 vem fazendo acompanhamento com um médico ortomolecular. Pode-se dizer que nesta pesquisa a baixa adesão a dietas prescritas por profissionais de saúde relaciona-se com a percepção que os entrevistados possuem sobre o controle da doença, uma vez que eles relatam manter o DM sobre controle quando eles mesmo conduzem sua alimentação.

P1 - Eu já fui até no nutricionista, mas como eu como fora como eu vou seguir à risca se um dia eu como em um restaurante amanhã como em outro. O que eu faço como salada, bastante salada como pouco arroz, como feijão, como carne, como tudo.

P1- Então não sigo rotina alimentar. O que faço em termos de alimentação é por conta própria mesmo. Plano de dieta alimentar para mim não faz sentido nenhum. Pode ser que poderia ajudar bastante, mas eu acho que a melhor coisa disso tudo aí chama-se exercícios físicos.

P2 - Já tive nutricionista me acompanhando. O endocrinologista me orienta, mas hoje não preciso mais de nutricionista porque eu já sei qual é a minha dieta.

P3 - Só agora consegui perder peso, emagrecer e reduzir essa taxa. Estou quase chegando na taxa normal da glicose. Isso depois que eu comecei a fazer o tratamento com médico ortomolecular.

P4 - Tudo que eu faço é por minha conta e risco. Eu não fiz nenhuma dieta. Assim, eu como tudo que eu comia, só que diminuí a minha glicose é baixa mesmo. Mesmo quando eu abuso, ela vem a 110/115 eu me acompanho entendeu?

P5 - Eu nunca tive um plano de dieta alimentar não. Eu controlo fazendo a dieta, cumprindo as restrições. Plano alimentar não tem importância pra mim, nunca teve na verdade.

Conforme Peres et al (2007), o apoio da família contribui para que a pessoa enfrente as adversidades da doença, o que auxilia a adoção de um estilo de vida que se estende às relações sociais. Dois participantes contam com o apoio da família e os outros três desempenham todos os cuidados com a alimentação por conta própria.

P1 - A família não tem preocupação nenhuma comigo em relação à dieta alimentar porque sabem que eu controlo mesmo.

P2 - Mas aqui em casa principalmente a minha família. Elas me ajudam e também são as fiscais e é muito não é pouco, não! A alimentação daqui de casa é feita para o meu lado. O pessoal aqui em casa já é fitness. Já fica tudo mais fácil.

P3 - A minha família não deu muita importância para isso. Meu filho era pequeno e mesmo depois que cresceu continuou indiferente e meu marido também não se importou e nem se importa. Eu não tenho ajuda da minha família nesse sentido de colaborar e não comprar coisas como doce e tal.

P4 - Pois é, minha filha ela pega muito no meu pé. Ela é um palitinho assim, e quando ela me vê comendo alguma coisa fala logo: aí mãe você não pode comer isso.

P5 - Aqui em casa ninguém nunca se preocupou, nem me cobrou e cobra nada. É normal.

O que se observa por meio dos relatos, é que P2 percebe a família como suporte, tanto no preparo de sua alimentação, como no que possa vir a ingerir. Isso o auxilia na manutenção

de seu estilo de vida. Já P1 e P5 cuidam a alimentação por conta própria sem nenhum tipo de intervenção familiar.

O respondente P3 faz dieta com auxílio de um médico ortomolecular, mas a família nunca demonstrou nenhum tipo de cuidado referente à doença, e relata que sua maior dificuldade é a falta de apoio familiar. O sujeito P4 relata que apesar de não ter problema em controlar a alimentação, gosta muito de doce e fica nervosa quando sua filha a vê comendo algo e diz que não pode.

Desta forma, percebe-se que os relatos mostram que apesar da literatura citar a família como ponto de apoio, nem todos os participantes a percebem deste modo, ou seja, o papel da família é percebido de maneira diferente para cada um dos participantes.

Azevedo e Paz (2006) relatam que os exercícios físicos são reconhecidos como parte do tratamento, em detrimento dos benefícios que proporcionam à saúde do sujeito, pois além de aumentar a sensibilidade à insulina, melhora a tolerância de glicose no organismo. Assim como as orientações quanto a uma alimentação adequada, a importância da prática dos exercícios físicos vem sendo recomendada a pessoas com diabetes. Todos os participantes desta pesquisa relataram ter recebido essa informação de seu médico. No entanto, os informantes P4, P5 além de saber da importância do exercício físico para o controle dos níveis de glicose, não praticam exercícios físicos com frequência, ou seja, P4 pratica com pouca frequência, e P5 nunca praticou.

P4 - Seria bom se eu fizesse. O médico sempre que vou me perguntar se estou fazendo exercícios. Seria bom caminhar, tem que fazer não sei o quê.

P4 - Lá onde eu moro tem um negócio que a gente pode fazer exercícios, mas eu não posso ir todos os dias, pois nem sempre dá pra ir todos os dias. Às vezes, pelo menos uma vez por semana eu vou fazer uma caminhadinha.

P5 - Nunca fiz exercício físico e nem faço. Eu só trabalhava. Hoje faço fisioterapia, mas ela não está relacionada ao diabetes.

Os relatos dos sujeitos P4 e P5 se assemelham a dois estudos feitos com diabéticos. O primeiro onde 84,6% da amostra não praticavam nenhum tipo de exercícios físicos, demonstrando não ter tempo para essa prática em seu cotidiano. O segundo com 66 diabéticos que passaram pela amputação de membros inferiores, 97% de sua amostra receberam informações quanto à prática de exercícios físicos antes da amputação, sendo que destes apenas 18,2% seguiam as orientações (Cardoso, Moraes & Pereira 2011, Almeida, 2008).

Os respondentes destas duas pesquisas, assim como P4 e P5 não aderiram a exercícios físicos pela falta de informação, e sim por opção. Isso demonstra que nem sempre informações são suficientes para fazer mudanças efetivas ao estilo de vida do sujeito. A literatura aponta que a prática de exercícios físicos de forma regular é um importante adicional para o tratamento (Brasil, 2006; São Paulo, 2011).

Neste estudo, quando foi perguntado sobre a relação de exercícios físicos com o diabetes a maioria dos participantes relatou:

P1 - Pra mim o exercício físico é o melhor remédio para a diabetes até mesmo melhor do que a alimentação.

P1 - Faço duas vezes por semana pilates. Saio da minha casa e vou ao shopping caminhando. Gasto mais de uma hora e volto caminhando isso na segunda feira. Na terça-feira eu caminho. Na quarta-feira, às vezes, não dá, mas se der eu caminho enquanto der. Estou sempre caminhando. Faço meus 40 a 50 minutos de caminhada.

P2 - É uma relação direta, ou faz exercícios físicos, ou os remédios sozinhos não vão adiantar nada! Então, é intimamente ligado exercícios físicos com diabetes ...

P2 - Eu parei de ir à academia, mas estou caminhando aqui no parque perto de casa, e os dias que caminho eu me sinto muito melhor claramente. Se eu não caminho, eu fico meio caído, desanimado. Agora, o dia que eu caminho não, eu fico ótimo, com sensação de bem-estar.

P3 - Olha, pra mim o exercício é muito importante. Não é a parte mais difícil para mim, pois sempre pratiquei atividade física desde pequena. Meu pai era militar, e, às vezes, na pista de voo ficávamos praticando corrida.

P3- Hoje tenho retomado as minhas atividades físicas. Faço musculação e caminho e vejo que elas ajudam bastante. Então, independentemente de ter diabetes ou não, a prática de atividades físicas sempre fez parte da minha vida

Observa-se que P1, P2, e P3 praticam exercícios físicos frequentemente de acordo com suas metas pessoais, e relataram que com essa prática sentem melhora notável e sensação de bem-estar. Diversos estudos demonstram a baixa adesão aos exercícios físicos. Esta constatação não ocorreu no presente estudo, pois a maioria da amostra pratica exercícios físicos frequentemente, e entendem que essa prática é complementar ao tratamento.

Categoria 3 - Adesão medicamentosa

Adesão ao tratamento medicamentoso tem como principal objetivo manter os níveis de glicose sobre controle, precaver sintomas, complicações posteriores acerca da doença. Além de um controle alimentar adequado, prática de exercícios físicos, o tratamento para o sujeito com diabetes tipo 2 poderá ser medicamentoso com insulina, antidiabéticos ou associação de ambos. Os medicamentos são utilizados especialmente quando o tratamento não medicamentoso não é suficiente para deixar o nível glicêmico o mais perto do desejável (Araújo, 2014).

A partir da análise das entrevistas, foi possível observar uma boa adesão dos diabéticos em relação ao uso do medicamento para o controle do diabetes quando os participantes foram perguntados sobre o uso de medicamentos todos relataram fazer uso antidiabéticos orais, como Galvus met, Galvos 50mg, Glifage, Diamicron, remédios associados a Metformina como Victoza e a própria Metformina. Nenhum participante faz uso de insulina o que pode ser observado de acordo com os relatos abaixo:

P1 - Então tomo Galvus met, para diabetes atenolol, para arritmia e atacand para pressão.

P1 - Além do diabetes tenho arritmia e pressão alta, só que é controlada. Quando eu sinto ela assim, eu tomo logo o remedinho.

P2- Eu tomo remédios associados a esse metformina são remédios mais específicos, remédios importados, são remédios mais caros, porque é assim eu posso ter uma qualidade de vida melhor.

P3 - Passei por vários endocrinologistas tomando medicamento como o cloridrato de metformina e continuo tomando atualmente 850 gramas, mas também tomei outros Glifage XR.

P3- Tenho tireóide e diabetes. Então faço uso de metformina, cromo mineral, que repõe algumas coisas no organismo e retira a vontade de comer doce, e um percentual bem pequeno de iodo que é para tireóide.

P4- Sim de metformina um comprimido só a noite.

P5- Faço sim. Tomo Galvos 50mg

No relato de todos os participantes observou-se que seguir a medicação prescrita não apresenta nenhuma dificuldade de adaptação em sua rotina, independentemente do tempo que vão permanecer fazendo uso do medicamento. Outro fator relevante no discurso de P2 é a crença de que remédios importados têm a capacidade de lhe proporcionar uma qualidade de vida melhor.

Gimenes, Zanetti, Otero e Teixeira (2006) apontam que existem inúmeros fatores relacionados à falta de adesão ao tratamento medicamentoso. Dentre eles estão: a necessidade diária do medicamento, a dúvida de sua eficácia, incômodo gerado pelos seus efeitos colaterais, ausência de sintomas, falta de informação sobre a medicação e o alto custo da medicação.

Observou-se por meio das entrevistas que todos os participantes fazem uso de medicamento prescrito em horários adequados, sem nenhum tipo de incômodo. A maioria dos participantes não se queixou da eficácia, tampouco dos efeitos colaterais ocasionados pelos medicamentos. O respondente P2 relatou que o estado fornece medicamentos, mas que ele prefere pagar um pouco mais por medicamentos importados, pois segundo ele lhe proporcionam melhor bem-estar.

Em um comparativo deste estudo com outras pesquisas com diabéticos tipo 2, pode-se observar que ter uma alimentação apropriada, praticar exercícios frequentemente e fazer uso de medicamento prescrito em horários adequados, são comportamentos que podem trazer modificações ao cotidiano do sujeito com diabetes.

No entanto, neste estudo embora dois participantes tenham relatado dificuldades em mudar seu estilo de vida ao descobrir a doença, a maioria adaptou-se às novas condições, principalmente no que se refere à adesão medicamentosa.

Conclusão

Atualmente o diabetes mellitus representa um problema de saúde pública, em função do crescimento mundial de pessoas acometidas pela doença nas últimas décadas. Esse aumento tem sido expressivo em relação ao diabetes tipo 2, forma mais comum da doença e fortemente associado ao estilo de vida moderno. Tem sido visto como um problema sério por ser tratar de um adoecimento crônico que requer inúmeros cuidados por um tempo indeterminado, gerando um ônus financeiro significativo tanto para o paciente quanto para a sociedade.

Isso ocorre especialmente quando o paciente não consegue aderir aos tratamentos necessários para o controle e manejo da doença, resultando em complicações e agravos que exigem maiores gastos com os fármacos, dependência familiar e incapacitação do paciente para as atividades de vida diária e profissionais.

Receber o diagnóstico de uma doença como o diabetes costuma causar temor, insegurança e desestabilização emocional nas pessoas, uma vez que ficam sabendo da necessidade de promover alterações em seu modo de viver.

A partir de então, seu estilo de vida precisa mudar e isso abrange uma alimentação saudável e equilibrada, realização regular de exercícios físicos, e uso prolongado de medicação, a fim controlar a glicemia e evitar possíveis complicações crônicas e agudas.

Curiosamente, para a maioria dos participantes deste estudo, descobrir que estavam com diabetes não foi algo tão assustador, possivelmente pelo fato de já terem certo conhecimento sobre a doença e pela convivência com familiares portadores do diabetes.

Embora o diabetes tipo 2 ainda seja uma doença sem cura, dispõe de tratamentos que visam manter a glicose o mais próximo do nível da normalidade. De modo geral, os pacientes demonstraram melhor adesão ao tratamento medicamentoso quando comparado ao

tratamento não medicamentoso, pois este requer maior autocontrole, motivação e novas condutas.

Foi possível perceber que os sujeitos fazem uso correto e disciplinado dos medicamentos, atribuindo a eles uma importância muito grande para o sucesso do tratamento como um todo.

Ainda que a adesão ao tratamento não medicamentoso seja percebida como algo penoso e difícil de ser feito pelos diabéticos, por meio da análise dos depoimentos, foi possível perceber que nem todos veem o enfrentamento e a convivência com a doença como algo tão ruim e complicado, já que conseguiram promover mudanças em costumes já cristalizados há algum tempo sem maiores sofrimentos.

Sabe-se que adotar uma alimentação balanceada é uma alteração complexa de ser promovida, representando um dos entraves para o controle glicêmico dos diabéticos. Contudo, os participantes deste estudo estão conseguindo adotar uma alimentação que contemple seus gostos, necessidades e sua condição socioeconômica e cultural.

Apesar de não seguirem uma dieta alimentar prescrita por um profissional de saúde, demonstraram estarem engajados em comportamentos de autocuidado, sendo estes satisfatórios para mantê-los em boa condição de saúde.

Além disso, revelaram também boa aceitação em relação à realização diária de exercícios físicos, pois entendem bem a associação entre sedentarismo, obesidade e diabetes. Sendo assim, demonstraram também boa adesão a esse aspecto do tratamento não medicamentoso.

Por fim, diante das análises das entrevistas ficou evidente que os participantes deste estudo encaram com certa leveza e otimismo os desafios impostos pela doença, ao invés de percebê-los como uma condição limitadora que gera falta de autonomia, solidão e tristeza.

Deste modo, fica a sugestão da importância da participação do psicólogo na

prevenção de complicações relacionadas ao *DM tipo 2*. Sua atuação compreende a promoção da saúde, por meio de intervenções individuais ou em grupo, com pacientes e familiares, considerando as individualidades de cada sujeito e o contexto em que estão inseridos. Portanto o psicólogo, junto com uma equipe multidisciplinar, pode auxiliar o sujeito no enfrentamento da doença, promover mudanças de comportamento, e sobretudo, adaptar se a novos hábitos, favorecendo a adesão ao tratamento, e, melhorando assim, sua qualidade de vida.

Referências

- ADA (2012), Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 35 Suppl 1, S64-71.
- Almeida, H. O.; Versiani, E. R., Dias, A. R., Novaes, M. R. C. G. & Trindade, E. M. V. (2007). Adesão a tratamentos entre idosos. *Com. Ciências Saúde*, 18 (1), (pp. 57-67).
- Araújo, C. G. S. (2004). Plano de exercício físico. In: J. Oliveira & A. Milech (Org.). *Diabetes Mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar*, (pp. 57-66) 1 ed. São Paulo: Atheneu.
- Araújo, G. R. (2014). *Baixa adesão ao tratamento de diabetes - plano de intervenção*. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares.
- Assunção T. S. & Ursine P. G. S. (2008). Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 13 (Sup. 2), (pp. 2189-97),
- Ataide M. B. C. & Damasceno, M. M. C. (2006). Fatores que interferem na adesão ao autocuidado em diabetes. *Revista de Enfermagem UERJ*, RJ, 14 (4): 518-23. Retirado de: [http:// www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-35522006000400005&lng=pt&nrm= iso&tlng=](http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-35522006000400005&lng=pt&nrm=iso&tlng=).
- Azevedo, R. & PAZ, M. (2006). *A prevalência de Hipertensão Arterial em idosos atendidos no centro de convivência para idosos em Cuiabá. Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*. Vol. 9.

- Barros, L. L. (2012). *Qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus tipo 2*. (Monografia). Universidade Federal do Piauí.
- Binoite, J. C; et al (1988). Dictionnaire Clinique des therapies familiales systemiques, Paris, ESF (families sanies). Retirado de: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7213/2/Tese%20Dout%20Cidlia.pdf>. Boas, L. C. G. V., Foss, M. C., Foss-Freitas, M. C., Torres, H. C., Monteiro, L. Z.; Pace, A. E. (2011). Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20 (2), 272-279.
- Brasil. Ministério Saúde Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, (2006). *Caderno de Atenção Básica*, n. 16.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde.
- Canesqui, A. M. (2007). A qualidade dos alimentos: análise de algumas categorias da dietética popular. *Revista de nutrição*, Campinas, v. 20, n. 2, 203-216.
- Cardoso, M. Imaculada; Moraes, M. A. Maciel de & Pereira, J. Guisardi. Práticas de autocuidado desenvolvidas por diabéticos tipo 2 em uma unidade de saúde da família. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, [s. l], v. 2, n. 1, p.277-290, 2011. Retirado de: <<http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/118-776-1-pb.pdf>>.
- Castellanos, M. E., Pfeiffer et al. (2011). Evidências produzidas por pesquisas qualitativas sobre diabetes tipo 2: revisão da literatura. *Interface Comunic., Saúde, Educ.*, v.15, n. 36, 257-73, jan./mar. Retirado de: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2011nahead/aop4810.pdf>>

- Chepp, C. C. (2006). Estudo transversal da qualidade de vida através da escala WHOQOL-bref da população octogenária e nonagenária de Siderópolis. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma.
- Costa, K. S. et al. (2011). Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 27, n. 4, 649-58, Rio de Janeiro.
- Codogno, J. S. (2010). Diabetes mellitus tipo 2 e esquema terapêutico: impacto da prática de atividades físicas sobre o custo do tratamento ambulatorial em unidade básica de saúde da cidade de Bauru - SP. 2010. Dissertação (Mestre) - Departamento de Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Rio Claro.
- Retirado de:
- <http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/brc/33004137062P0/2010/codogno_js_me_rcla.pdf>.
- Curcio, R.; Lima, M. H. M. & Alexandre, N. M. C. (2011). Instrumentos relacionados ao diabetes mellitus adaptados e validados para a cultura brasileira. *Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiás*, v. 13, n. 2, 331-337.
- Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, et al. (2009). *Exercise and physical activity for older adults. American College of Sports Medicine position stand. Med Sci Sports Exerc.* 41(7), 1510-30.
- Fráguas, R.; Soares, S. M. S. R. & Bronsteinm, M. D. (2011). Depressão e diabetes mellitus. *Rev Psiquiatr Clin*, v. 36, (Supl.3), 91-93.
- Ferreira, S. & Vivolo, M. A. (2011). Atividade física no diabetes tipo 1 e 2: bases fisiopatológicas, importância e orientação. E-book *Tratamento do diabetes: abordagens educacionais e alterações no estilo de vida*. Sociedade Brasileira de Diabetes. Retirado

de <http://www.diabetesebook.org.br/modulo-3/25-atividade-fisica-no-diabetes-tipo-1-e-2-bases-fisiopatologicas- importancia e orientação>.

Figueiredo, N. M. A. de. (Org.) (2005). *Ensinando a cuidar em saúde pública*. São Caetano do Sul: Yendis, (Práticas de enfermagem).

Fonseca, F.C.A; Coelho, R. Z; Malloy-Diniz, R. & Silva Filho, H. C. (2009). A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *J. Bras. Psiquiatr.* v. 58, n. 2, 128–134.

Furtado, M. V. & Polanczy, K, C. A. (2007). Prevenção cardiovascular em pacientes com diabetes: revisão baseada em evidências. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, São Paulo, v. 51, n. 2. Retirado de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302007000200022&lng=en&nrm=iso>.

Freitas, E. V. (2011). Diabetes Melito. Em E. V. Freitas *et al*, *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 808-22). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Gallego, M. (2001). Diabetes em cuidados primários. *Revista Portuguesa de Saúde*, Medina, J. (2007). O essencial da saúde. *Vol. 7 Diabetes*. (pp. 95-100). Lisboa: QuidNovi. Pública, 2.

Garcia, R. W. D. (2003). A antropologia aplicada as diferentes áreas da nutrição. In: Canesqui *Revista de Nutrição*.

Garcia R. W. D., (Org.). (2005). *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. (pp. 287-303). Rio de Janeiro: Fiocruz. (Coleção Antropologia e Saúde).

Gimenes, H. T., Zanetti, M. L., Otero, L. M.; & Teixeira, C. R. S. (2006). O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5(3), 317-325.

Gimenes, H. T.; Zanetti, M. L. Haas, V. J. (2009). Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. *Revista latino-americana de enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, 46-51.

- Gonçalves, A. & Vilarta, R. (2004). Qualidade de vida e atividade física. Barueri: Manole.
- Gross, J. L. et al. Nefropatia diabética e doença cardíaca. (2007). Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia, São Paulo, v. 51, n. 2, 244-256.
- Gross, J. L.; Ferreira, S. R. G. & Franco, L. J. (2002). Diagnóstico e classificação do Diabetes Mellitus e tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2. Arq. Bras. Endocrinol metab, v.46, n. 1.
- Grillo, M. de F. F. & Gorini, M. I. P. C. (2007). Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 60, n. 1. Retirado de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000100009&lng=en&nrm=iso>.
- Grilo, M.; Rui Miranda; Sousa, Correia de. & McIntyre, T. (2008). Conhecimento do diabético sobre a doença. *Rbps*, Porto- Portugal, v. 4, n. 21, 281-289.
- Hines, S. (2003). Controlo da glicemia com insulina na diabetes tipo 2. *Patient Care – Tópico em Diabetes*, 94-108.
- Jones N.; Furlanetto D. L. C.; Jackson J. A. & Kinn, S. (2007). An investigation of obese adults' views of the outcomes of dietary treatment. *J Hum Nutr Diet*; 20 (5), 486-494.
- Knuth, A. G., Bielemann, R. M., Silva, S. G., Borges, T. T., Del Duca, G. F., Kremer, M. M., Hallal, P. C., Rombaldi, A. J., & Azevedo, M. R. (2009). Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3), 513-520.
- Lyra, Ruy et al. Prevenção do diabetes mellitus tipo 2. (2006). *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, São Paulo, v. 50, n. 2. Retirado de:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302006000200010&lng=en&nrm=iso>.

- Maias Neto, R. C. (2003). *Vivendo com o diabetes mellitus: a experiência dos sujeitos atendidos em uma unidade pública de saúde do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Minayo, M. C. S. (1996). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Minayo, M. C de S. (2006). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- Minayo, M. C. de S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. 10 Ed. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2008). *O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde*, 11.ed. São Paulo: Hucitec.
- Nahas, M. V. & Corbin, C. B. (1992). Educação para aptidão física e a saúde: justificativa e sugestões para implementação nos programas de Educação Física. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 6 (3), 14-24.
- Nahas, M. V. (1999). *Obesidade, controle de peso e atividade física*. Londrina: Midiograf.
- Nahas, M. V. (2006). *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 4. ed. Londrina: Midiograf.
- Observatório Nacional da Diabetes. (2011). *Diabetes: Factos e Números 2010. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*.
- Oliveira, M. S. S., Oliveira, I. C. C., Amorim, M. E. S., Otton, R. & Nogueira, M. F. (2014). Avaliação da adesão terapêutica de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 8 (6), 1692-1701.

- Oliveira, S.G. *Caracterização dos pacientes hipertensos e diabéticos atendidos no serviço de urgência e emergência do município de dourados – MG.* (2010). Dissertação (Mestrado em saúde pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca ENSP.
- Péres, D. S., Santos, M. A., Zanetti, M. L. & Ferronato, A. A. (2007). Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(6), 1105-1112.
- Péres, D. S.; Franco, J. L. & Santos, M. A. (2008). Sentimento de Mulheres após o Diagnóstico de Diabetes Tipo 2. 16 (1), 1-9.
- Souza, G. R. M.; Landeiro, L. J. M. Pires, R. & Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de enfermagem Referência*. 3 (4), 151-160.
- Peres, D. S., Franco L. J. & Santos, M. A. (2006). Eating behavior among type 2 diabetes women *Rev. Saúde Pública*, 40 (2), 310-317
- Pontieri, F. M. & Bachion, M. M. (2010). Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (1), 151-160.
- São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Assessoria Técnica. (2011). Manual de orientação clínica: diabetes mellitus. Aparecida Teruko Tominaga Yamada / Carmen Lavras e Maris Salete Demuner (Org.). São Paulo: SES/SP.
- Santos, C. R. B. et al. (2006). Fatores dietéticos na prevenção e tratamento de comorbidades associadas à síndrome metabólica. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 19, n. 3, jun. 2006. Retirado de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000300010&lng=en&nrm=iso>.
- Santos, A. F. L. (2009). *Prática alimentar e diabetes: Desafios para a vigilância em saúde.* Dissertação (Mestrado em saúde pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

- Santos, L. A. S. *O corpo, a comer e a comida: um estudo sobre as práticas alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador – Bahia*. Salvador: EDUFBA.
- Santos, M. A. et al. (2011). Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. *Revista da Escola de Enfermagem*, São Paulo, v. 45, n. 3, 651-658.
- Santos, F. S., Oliveira, K. R. & Colet, C. F. (2010). Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de Diabetes Mellitus atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ijuí/RS: um estudo exploratório. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 31 (3), 223-227.
- Soares, M. L. M. *Proposta de monitoramento do idoso que está fazendo uso inadequado de medicação*. (2011). Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.
- Siqueira, K. D. N. Dificuldades existentes na adesão ao tratamento dos pacientes portadores de diabetes numa unidade da estratégia de saúde da família. (2010). Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo.
- Silveira, J. A. A. et al. Características da assistência à saúde a pessoas com diabetes mellitus acompanhadas na unidade de saúde da Família Pedregal II, em Cuiabá em MT: reflexões para a equipe de saúde. (2010). *O mundo da saúde*, n. 1, v. 34, 43-49.
- Silva, D. G. V., Souza, S. S., Francioni, F. F., Mattosinho, M. M. S., Coelho, M. S., & Sandoval, R. C. B., et al. (2006). Pessoas com Diabetes Mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (3), 297-302.
- Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD. Cuidados de Enfermagem em diabetes mellitus. In: *Manual de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes*. Retirado de: http://www.diabetes.org.br/attachments/1118_1324_manual_enfermagem.pdf.

- Sociedade Brasileira de Diabetes. (2007). *Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. Rio de Janeiro (RJ): Diagraphic.
- Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD]. (2009). *Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes*. 3. ed. Itapevi SP: A. Araújo Silva Farmacêutica.
- Shmidt, M. I.; Ducan, B. B., Silva, G. A., Menezes, A. M., Monteiro, C. A., Barreto, S. M., Chor, D. & Menezes, P. R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. (2011). *Saúde no Brasil 4*. Séries. Retirado de: www.thelancet.com.
- Schutz, A. (1979). *Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Schutz A. (2008). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Stuhler, G. D. *Representações sociais e adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2*. (2012). Tese (Doutorado em Psicologia) Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Tavares, B. C. et al. (2011). Resiliência de pessoas com diabetes mellitus. *Texto & Contexto-enfermagem*, Florianópolis, v.20 n. 4, 751-757.
- Telles-Correia, D., Barbosa, A, Mega, I. & Monteiro, E. (2008). Validação do questionário multidimensional da adesão no doente comtransplante hepático. *Acta med. port.* [Internet].2008[cited2012set16]; 21(1):31-6. Retirado de: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2008-21/1/031-036.pdf>.
- Teixeira, L. (2008). *Atividade física adaptada e saúde: da teoria à prática*. São Paulo, Phorte.
- Torres, H. C.; Pace, A. E. & Stradioto, M. A. (2010). Análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo 2 e sua relação com o autocuidado. *Cogitare enferm.*, Curitiba, v. 15, n. 1, 48-54. Retirado de: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17144/11286>.

- Turi, B. C. et al. Associação entre doenças crônicas em adultos e redução dos níveis de atividade física. *Medicina*. v. 44, n. 4, 389-95, São Paulo, 2011.
- Woortmann, K. A. (2004). O sentido simbólico das práticas alimentares. In: Araújo, W. World Health Organization. *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report, volume 5.
- U. S. Department of Health and Human Services. (2010). *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Villas-Boas, L. C. G. et al. (2011). Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 20, n. 2. Retirado de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200008&lng=en&nrm=iso>.
- Villas-Boas, L. C. G. (2009). Apoio social, adesão ao tratamento e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. 2009. 171 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Departamento de Escola De Enfermagem De Ribeirão Preto, Universidade De São Paulo, Ribeirão Preto. Retirado de: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18082009125600/pt-br.php>>.
- Zanetti, M. L., Otero, L. M., Freitas, M. C. F., Santos, M. A, Guimarães, F. P. M., Couri C. E. B., Péres, D. S., Ferronato, A. A., Dal Sasso, K. & Barbieri, A. S. (2006). *Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo Staged Diabetes Management: relato de experiência*. RBPS, 19 (4), 253-260.
- Zanetti, M. L., et al., (2008). O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 61, n. 2, 186-192.

Apêndice A - Roteiro de Entrevista

Participante:

1. Com que idade e como descobriu que estava com diabetes? Além do diabetes possui alguma outra doença?
2. Como se sentiu ao receber o diagnóstico da doença?
3. Recebeu alguma orientação sobre a doença, quais e de quem?
4. Frente algumas supostas orientações, como se sentiu?
5. Fale do seu cotidiano após o diagnóstico da doença, como era antes e como ficou depois?
6. Qual a repercussão do diagnóstico em suas relações familiares e sociais?
7. Você faz uso de medicamentos? Se sim, quais?
8. Você pode relatar um pouco sobre em sua maneira de se alimentar, ou seja, aderiu algum tipo de dieta com ajuda profissional ou por conta própria?
9. Como é conduzida sua rotina alimentar? Tem ajuda de alguém para executá-la?
10. Que significado um plano de dieta alimentar tem pra você?
11. Para você qual a relação entre exercícios físicos e a diabetes? O que você pensa sobre isso?
12. Você pratica exercícios físicos? Se sim, qual e com que frequência. Se não, por quê?
13. Como é sua relação com o exercício físico antes de saber que estava com Diabetes? E hoje?
14. E a sua família, qual o posicionamento dela em relação à sua dieta alimentar?
15. Como e realizar o tratamento para você?
16. Em relação ao estilo de vida que tinha antes da diabetes como você avalia ele hoje?

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa referente à disciplina Projeto de Monografia do UniCEUB-DF, orientada pelo professor Sérgio Henrique Alves. Caso você não queira participar, basta devolver este documento à pesquisadora sem assiná-lo. Cabe ressaltar que não haverá penalidade alguma para tal escolha. Em caso de dúvida, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável pela pesquisa por meio do telefone abaixo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: A percepção de diabéticos mellitus tipo 2 em relação a adesão medicamentosa e não medicamentosa.

Orientador do Projeto: Sérgio Henrique Alves.

Pesquisadora responsável: Sandra Araújo da Silva Martins– telefone: (61- 99972946)

O procedimento será realizado em apenas uma sessão, com duração entre 30/40 minutos. Neste período você responderá algumas perguntas formuladas pela pesquisadora. O procedimento não oferece risco físico ao participante. As perguntas por serem de caráter subjetivo talvez possam causar algum desconforto, no entanto, você está livre para não responder qualquer pergunta.

A pesquisadora garante sigilo de todos os dados coletados na pesquisa. Você tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo e sem qualquer prejuízo. O objetivo principal da pesquisa é conhecer a percepção dos entrevistados com Diabetes em relação a seu estilo de vida e adesão ao tratamento. Participando você contribuirá para um melhor entendimento sobre como diabéticos percebem a doença e seu processo adesão ao tratamento. Os resultados farão parte de um trabalho de conclusão do curso (monografia) de Psicologia.

Agradeço antecipadamente a sua colaboração.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DA
PESQUISA

EU, _____ RG _____,

CPF _____, abaixo assinado, concordo em colaborar com o estudo apresentado como participante do mesmo. A pesquisadora acima citada me esclareceu e me informou sobre a pesquisa realizada, sobre os procedimentos nela envolvidos, bem como, os benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto gere qualquer penalidade.

Data: _____

Assinatura do responsável: _____