



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**THAISE CRISTINA DE ALENCAR MOREIRA**

**ADESÃO DE PACIENTES DIABÉTICOS A TERAPIA MEDICAMENTOSA E NÃO  
MEDICAMENTOSA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

**CAJAZEIRAS – PB**  
**2014**

THAISE CRISTINA DE ALENCAR MOREIRA

**ADESÃO DE PACIENTES DIABÉTICOS A TERAPIA MEDICAMENTOSA E NÃO  
MEDICAMENTOSA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Ms. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096  
Cajazeiras - Paraíba

M838a Moreira, Thaise Cristina de Alencar  
Adesão de pacientes diabéticos a terapia medicamentosa e  
não medicamentosa: uma revisão integrativa da literatura. /  
Thaise Cristina de Alencar Moreira. Cajazeiras, 2014.  
68f. : il.  
Bibliografia.

Orientador(a): Fabiana Ferraz Queiroga Freitas.  
Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Diabetes mellitus. 2. Adesão à medicação. 3.  
Terapêutica. 4. Cooperação do paciente. I. Freitas, Fabiana  
Ferraz Queiroga. II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU –616.379-008.64

THAISE CRISTINA DE ALENCAR MOREIRA

**ADESÃO DE PACIENTES DIABÉTICOS A TERAPIA MEDICAMENTOSA E NÃO  
MEDICAMENTOSA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Graduação em  
Enfermagem da Universidade Federal de  
Campina Grande, campus Cajazeiras, como  
requisito parcial à obtenção do título de  
Bacharel em Enfermagem.

**Aprovado em:** \_\_/\_\_/2014

---

Prof<sup>ª</sup> Ms. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas  
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG  
Orientadora

---

Prof.<sup>o</sup> Dr. Francisco Fábio Marques da Silva  
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG  
Avaliador Interno

---

Prof.<sup>o</sup> Dr. José Ferreira Lima Júnior  
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG  
Avaliador Interno

Dedico este trabalho ao meu amado Senhor,  
pois tudo na minha vida é para Ele e somente  
por Ele. A Ti Jesus, minha gratidão.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, pela graça de tê-lo na minha vida e de sentir seus cuidados de Pai todos os dias, me ajudando a seguir cada passo, para alcançar esse sonho e assim permanecendo sem jamais desistir. A Ti Senhor, o meu louvor e minha gratidão.

Aos meus pais, Geraldo Dias Moreira e Ana Lúcia de Alencar que são testemunhos de fidelidade e amor. Obrigada pelo apoio e dedicação, por acreditarem na realização dos meus sonhos, por sempre estenderem os braços e os sorrisos de amizade, de companheirismo e de aconselhamento, com os quais sempre me educaram.

Aos meus irmãos da Comunidade Católica Siloé, a qual sou consagrada. Obrigada por todo apoio, confiança, amizade, pois grande é a minha alegria de partilhar com vocês essa conquista.

Aos meus irmãos, Tibério, Thannize e Túlio, pela amizade, amor, carinho e incentivo que me proporcionaram durante a minha vida acadêmica.

Aos meus familiares pelos momentos de alegria e tristeza compartilhados e por amenizarem os momentos mais difíceis.

Ao meu namorado, Betinho, por está sempre ao meu lado, me apoiando, me compreendendo e me dando forças para seguir essa caminhada. Obrigada meu amor, por tudo!

A minha avó Maria Clara, por todo exemplo de vida, estando sempre a me aconselhar e acalmar o meu coração com seus carinhos. Obrigada minha avó!

Ao meu querido avô Joaquim Moreira Neto (In memoriam), pela fonte inesgotável de amor, carinho e apoio, mostrando sempre que eu era capaz até mesmo me deixando aplicar meus saberes e técnicas no seu processo de adoecimento. A ti Vozinho, sou grata por tudo, é uma pena você hoje não estar aqui para poder compartilhar esse momento tão especial na minha vida. Te amo pra sempre!

A minha orientadora Prof. Ms. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas, pela amizade construída e confiança depositada. Obrigada também pelo compromisso, compreensão e dedicação.

Ao Prof. Dr. Fábio Marques e o Prof. Dr. José Ferreira Lima Júnior, pela afetuosa acolhida e preciosa participação na banca de avaliação desta pesquisa.

A todos os professores que compartilharam seus ensinamentos durante toda a jornada acadêmica.

A todos os meus amigos de curso, turma 2014.1. Em especial, Maria do Socorro e Ana Janielle. Obrigada por todos os momentos compartilhados de alegria, amizade, companheirismo, trocas de experiências, os esperados estágios, choros, tristeza. Só nos resta saudade. Levarei um pedacinho de vocês no meu coração. Que sejamos excelentes profissionais e possamos fazer a DIFERENÇA.

A todos que fazem o HRC, HUJB, Maternidade Dr. Deodato Cartaxo e HUAC, em especial, a equipe de enfermagem por todo acolhimento e disponibilidade oferecidos durante esses quatro meses de estágio.

Enfim, a todos que acreditaram na minha capacidade e que de alguma forma contribuíram para esse momento. Obrigada a todos!

*“Nada te perturbe, nada te amedronte. Tudo passa a paciência tudo alcança; A quem tem Deus nada falta. Só Deus basta!”*

*Santa Teresa D Ávila*



## RESUMO

MOREIRA, Thaise Cristina de Alencar. **Adesão de pacientes diabéticos a terapia medicamentosa e não medicamentosa:** uma revisão integrativa da literatura, 2014. 68f. Monografia (Curso Bacharelado em Enfermagem) - Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2014.

**Introdução:** O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia resultante da secreção e/ou ação inadequada da insulina, com estimativas crescentes no Brasil e prevalência na população idosa. Ressalta-se que esta patologia, denota a necessidade de ações de promoção da saúde a fim de limitar o aparecimento de complicações, o que torna fundamental a participação efetiva do paciente frente ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, bem como a colaboração dos familiares. A partir desta contextualização, este estudo teve como objetivo investigar evidências científicas que abordem os fatores contribuintes para a adesão ou não da terapia medicamentosa e não medicamentosa, e as ações que promovem à adesão a terapia medicamentosa e não medicamentosa. **Metodologia:** Para compor o *corpus* desta pesquisa, buscaram-se artigos provenientes do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através dos descritores: Diabetes Mellitus, Adesão à Medicação, Cooperação do Paciente e Terapêutica. Neste sentido, o universo investigado foi constituído por todos os artigos disponibilizados, e a amostra foi composta por 21 artigos. Para viabilizar a coleta de dados utilizou-se o instrumento de Ursi adaptado, e um roteiro para consolidação dos dados. Os artigos selecionados foram categorizados a partir da análise de conteúdo, proposto por Bardin, e após a categorização os achados foram analisados e discutidos tomando como fio condutor as evidências científicas. **Resultados:** No portal BVS, foram encontrados 157 artigos na base de dados LILACS, que após serem estabelecidos os critérios de inclusão resultou em uma amostra de 12 artigos, enquanto que nas bases BDEF procederam 05, SciELO 03 e Medline 01 procederam 09 artigos, totalizando a amostra. Quanto aos fatores contribuintes para adesão a terapia medicamentosa e não medicamentosa, foram estabelecidos às categorias temáticas: comunicação eficaz, assistência, condição psicossocial, condição sociocultural, informação medicamentosa, condição sociodemográfica e doença. Relacionado aos fatores contribuintes para não adesão aos dois tipos de terapia, as categorias temáticas foram: assistência ineficaz, doença, enfermidades, comunicação ineficaz, esquema terapêutico, condição psicossocial e plano alimentar, por fim, as categorias temáticas promoção à saúde e multiprofissionalidade foram evidenciadas nas ações que facilitam adesão dos clientes. **Considerações finais:** É perceptível a existência de fatores que interferem na adesão terapêutica de pacientes com Diabetes Mellitus, provenientes de vários campos, o que reforça a necessidade da capacitação profissional a fim de serem alcançadas estratégias de fornecimento das informações sobre a doença, para o paciente e seus familiares, visando alteração no estilo de vida e manejo da doença, para estabelecimento da qualidade de vida.

**Descritores:** Diabetes Mellitus. Adesão à Medicação. Cooperação do paciente. Terapêutica.

## ABSTRACT

MOREIRA, Thaise Cristina de Alencar. **Adhesion of diabetic patients to drug therapy and non-drug:** an integrative review of the literature, 2014. 68l. Monograph (College Bachelors in Nursing) – Center for Teacher Education, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2014.

**Introduction:** Diabetes Mellitus (DM) is a metabolic disease characterized by hyperglycemia resulting from the secretion and/or inadequate insulin action, with increasing estimates in Brazil and prevalence in the elderly population. It is emphasized that this pathology, indicates the need for health promotion actions in order to limit the appearance of complications, which makes fundamental the effective participation of the patient facing drug and prevalence non-drug treatment as well as the collaboration of the family. From this context, this study aimed to investigate scientific evidence addressing the factors contributing to non-adherence or drug therapy and non-drug, and actions that promote adherence to drug therapy and not medication. **Methodology:** To form corpus of this research were sought articles from the portal of the Virtual Health Library (VHL) through descriptors: Diabetes Mellitus, Medication Adherence, Patient Compliance and Therapeutics. In this sense, the universe studied consisted of all articles available, and the sample was composed of 21 articles. To enable data collection was used the Ursi instrument adapted, and a roadmap for data consolidation. Selected articles were categorized from the content analysis proposed by Bardin, and after categorizing the findings were analyzed and discussed taking as a guideline the scientific evidence. **Results:** In VHL portal, 157 articles were found in LILACS database, which after being established the inclusion criteria resulted in a sample of 12 articles, while the BDEF bases proceeded 05, SciELO 03 and Medline 01 proceeded, 09 articles, totaling the sample. Regarding the contributing factors to adherence to drug therapy and non-drug, were established thematic categories: effective communication, assistance, psychosocial, sociocultural status, drug information, sociodemographic condition and disease condition. Related to taxpayers for non-adherence to therapy two types of factors, the thematic categories were: ineffective assistance, sickness, diseases, ineffective communication, therapeutic regimen, psychosocial condition and diet plan, finally, the thematic categories to promote health care and multiprofessionality were evidenced in the actions that facilitate adhesion of customers. **Final considerations:** It is perceptible the existence of factors that affect therapeutic adherence in patients with Diabetes Mellitus from various fields, which reinforces the need for professional training in order to be achieved strategies for providing information about the disease, the patient and their families, seeking change in lifestyle and disease management, to establish the quality of life.

**Keywords:** Diabetes Mellitus. Medication Adherence. Patient cooperation. Therapy.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ADA - Associação Americana de Diabetes

DM - Diabetes mellitus

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IDF - Federação Internacional de Diabetes

MS - Ministério da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes

## LISTA DE TABELAS E QUADROS

<b>TABELA 01</b>	Distribuição da amostra de acordo com a fonte de Banco de dados.....	<b>28</b>
<b>TABELA 02</b>	Distribuição da amostra de acordo com o delineamento do estudo.....	<b>34</b>
<b>QUADRO 1</b>	Distribuição das publicações nas bases de dados LILACS, SciELO, BDENF, Medline, de acordo com autor(es), título, ano, periódico, tipo de publicação e graduação do autor principal, no período de 2004 a 2014.....	<b>29</b>
<b>QUADRO 2</b>	Distribuição das publicações de acordo com o objetivo ou questão de investigação.....	<b>35</b>
<b>QUADRO 3</b>	Categorias temáticas e fatores contribuintes para adesão a terapia medicamentosa e não medicamentosa.....	<b>37</b>
<b>QUADRO 4</b>	Categorias temáticas e fatores contribuintes para não adesão à terapia medicamentosa e não adesão à terapia não medicamentosa.....	<b>42</b>
<b>QUADRO 5</b>	Categorias temáticas e as ações que facilitam adesão a terapia medicamentosa e não medicamentosa.....	<b>47</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
2.1 DIABETES MELLITUS.....	16
2.2 SISHIPERDIA OU HIPERDIA.....	19
2.3 ADESÃO A TERAPIA MEDICAMENTOSA E NÃO MEDICAMENTOSA.....	21
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>24</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	24
3.2 ETAPAS DA REVISÃO.....	24
<b>4 RESULTADOS E DISCURSSÕES.....</b>	<b>28</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS.....	28
4.2 CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA ESTABELECID A PARTIR DOS OBJETIVOS DOS ARTIGOS SELECIONADOS.....	37
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>66</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Diabetes mellitus (DM) é um distúrbio metabólico ocasionado por múltiplos fatores, levando ao aumento dos níveis de glicose no sangue em decorrência da diminuição na produção ou ação da insulina, podendo assim ser classificado de acordo com sua etiologia em quatro tipos diferentes: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e o DM gestacional (BRASIL, 2013).

No DM tipo 1 acontece a destruição das células pancreáticas, resultando em deficiência de insulina. Ao passo, que no DM tipo 2, forma mais presente na maioria dos casos, ocorre defeitos na ação ou secreção de insulina. Os outros tipos específicos de DM surgem em virtude de defeitos genéticos na função das células betas e na ação da insulina, e por doenças do pâncreas. Já o DM gestacional, refere-se à intolerância a glicose tendo seu início ou diagnóstico durante a gestação, estando associada tanto a resistência da insulina quanto redução da função das células pancreáticas, assemelhando-se ao DM tipo 2 (SBD, 2014).

A prevalência mundial do DM, no ano 2013, em adultos de 40 a 59 anos foi de 8,3%, correspondendo a 382 milhões de pessoas nessa faixa etária, estando esse número crescente nos países de renda baixa e média, onde vivem aproximadamente 80% delas. Para 2035, a estimativa é de 592 milhões, que totalizará um aumento de 55%. Isso equivale a cerca de três casos novos a cada dez segundos, ou dez milhões por ano, onde esse acréscimo acontecerá em especial nas regiões de economia em desenvolvimento. Estima-se ainda, que em 2013, ocorreram 5,1 milhões de óbitos por DM, sendo as complicações agudas e crônicas as principais causas de morbimortalidade (IDE, 2013).

No Brasil, as estimativas apresentadas pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2013, apontaram um aumento de diabéticos na população de 5,5% para 6,8% entre 2006 e 2013. Esse acréscimo se deu principalmente entre os idosos com mais de 65 anos, dos quais 22% referiram ter a doença, diferentemente dos jovens na faixa etária de 18 a 24 anos em que somente 0,8% foram considerados diabéticos (BRASIL, 2014).

Frente ao exposto, é possível considerar que o aumento do envelhecimento populacional e da perspectiva de vida tem possibilitado o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como o DM, devido às condições apresentadas pela sociedade atual, as quais o sedentarismo, a obesidade, o estresse, a falta de atividade física e a

alimentação irregular, podem tornar os indivíduos mais susceptíveis a desencadear tal doença (BRASIL, 2011a).

Assim, mediante essa realidade epidemiológica tem-se buscado a implantação de políticas públicas voltadas para a promoção de saúde com o objetivo de reduzir esses números, sensibilizar essas pessoas quanto à importância do tratamento e prevenir as complicações, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida. Para isso, ações de promoção à saúde, como grupos educativos envolvendo diabéticos e seus familiares, desenvolvimento de campanhas, terapia comunitária, precisam estar pautadas no diálogo e na troca de conhecimento, pois possibilitam reconhecer o saber popular, bem como o respeito à autonomia do indivíduo no processo de autocuidado, além de exercer seu papel no controle social, garantindo assim uma melhor assistência à saúde desse público (BORBA et al., 2012).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde elaborou em 2001, o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes. Esse plano buscou priorizar o atendimento aos diabéticos e hipertensos através do Programa Hiperdia, que possibilita o desenvolvimento de ações de cuidados continuamente, tornando possível identificar os indivíduos assintomáticos e prevenir as complicações agudas e crônicas, permitindo ainda monitorar o tratamento e proporcionar o estabelecimento de vínculo entre a equipe e o paciente, além de disponibilizar gratuitamente os medicamentos (ASSIS; SIMÕES; CAVALCANTI, 2012).

Todavia, apesar da existência desse programa visando à prevenção e o controle do DM, observa-se que o mesmo pode não ser eficaz ao ponto de garantir a resolutividade do problema, uma vez que sem a participação efetiva do paciente frente ao tratamento torna-se improvável alcançar o controle da doença. Por isso, para a adesão do usuário a terapêutica sugerida é importante considerar o preparo dos profissionais e o incentivo às ações educativas, na tentativa de sensibilizar o mesmo acerca do seu estado de saúde, fazendo-o cumprir com o tratamento, além de direcionar essas ações na perspectiva do apoio dos familiares e amigos, bem como o incentivo a autonomia (CARVALHO et al., 2012).

Já que o tratamento do DM perpassa a terapia medicamentosa associada a não medicamentosa, através da ingestão de dieta adequada, prática regular de exercícios físicos, uso diário da medicação e monitorização glicêmica, a fim de manter os níveis glicêmicos adequados. No entanto, os pacientes sentem dificuldades em colocar em prática essas medidas, de modo que cerca de 50% dos diabéticos não apresentam melhoras frente à doença por causa dessa baixa aderência ao tratamento, demandando assim um desafio para os serviços e profissionais de saúde (COSTA et al., 2011).

Para tanto, procura-se melhorar essa adesão dos diabéticos a terapêutica, sendo essencial cultivar a confiança da relação entre paciente/profissional já que a adesão compreende a participação ativa e voluntária de ambos no processo de implementação e ajuste do plano de cuidados, assim como desenvolver práticas educativas baseadas na promoção da saúde e prevenção da doença, o que torna a mesma peça principal no processo de gerenciamento de qualidade da saúde (CARVALHO et al., 2012).

Frente ao exposto, a motivação que deu impulso à realização deste estudo, prende-se ao fato de que, durante as consultas de enfermagem desenvolvidas pelo programa Hiperdia na atenção básica no período de Estágio Supervisionado I, foi observado pouca adesão ao tratamento pela maioria dos pacientes, evidenciado pela alteração dos níveis glicêmicos, corroborados com o não cumprimento ao plano terapêutico e inatividade física, referidos pelos próprios pacientes. Estes fatores associados implica-lhes na diminuição da qualidade de vida.

Neste sentido, buscou-se compreender como as pesquisas tem discutido a adesão dos pacientes diabéticos a terapia medicamentosa e não medicamentosa, a partir dos seguintes questionamentos: Quais os fatores contribuintes para a adesão ou não da terapia medicamentosa e não medicamentosa? Quais ações facilitam à adesão a terapia medicamentosa e não medicamentosa?

Portanto, objetivou-se investigar evidências científicas que abordem os fatores contribuintes para a adesão ou não da terapia medicamentosa e não medicamentosa, e as ações que promovem à adesão a terapia medicamentosa e não medicamentosa.



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 DIABETES MELLITUS

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) se apresentam como um conjunto de doenças, as quais são evidenciadas pela sua extensa fase de latência e período de desenvolvimento, como a presença de lesões irreversíveis e complicações graves que proporcionam perda de capacidades ou a morte (ADA, 2010). Essas DCNT têm preocupado a maioria dos países, devido seus impactos na morbidade, mortalidade e pelos altos custos com cuidados de saúde, tornando-se então questões prioritárias nessa área (DIAS; CAMPOS, 2012).

Entre as DCNT o DM se apresenta como uma das mais importantes, devido às sérias consequências sociais, físicas e econômicas ocasionadas à população. É uma condição crônica comum, mas de alta incidência relacionando-se com a idade, e indicam alta morbidade, sendo também a causa principal de mortalidade, cegueira, insuficiência renal, amputações de membros inferiores e doença cardiovascular (BRASIL, 2013; SCHMIDT et al., 2010).

No Brasil as estimativas relacionadas com os custos diretos do DM variam em torno de 3,9 milhões de dólares, comparados com 0,8 bilhão da Argentina e 2 bilhões do México. Outras estimativas recentes mostram que os custos do tratamento ambulatorial dos pacientes diabéticos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são em torno de US\$ 2.108,00 por paciente, e desses US\$ 1.335,00 são referentes aos custos diretos. Além dos custos econômicos o diabetes também causa outros danos ao paciente, família e sociedade como: dor, ansiedade, dificuldades e perda da qualidade de vida (BAHIA et al., 2011).

Assim, é possível referir que diversos fatores de riscos são plausíveis no desenvolvimento do DM, e dentre eles destacam-se os fatores não modificáveis, todos aqueles intrínsecos à própria pessoa, cuja modificação não se encontra ao seu alcance, como por exemplo, a idade e o antecedente familiar de diabetes; e os fatores de riscos modificáveis, esses, como o termo já indica, baseiam-se na razão que o próprio indivíduo atua sobre ele mesmo, agindo de maneira a controlá-los ou fazer desaparecer, como exemplo o sobrepeso, sedentarismo e tabagismo (RODRIGUES et al., 2011).

Portanto, para a ADA (2013) o surgimento do DM ou de um estado de glicemia intermediário dependerá da presença desses fatores de risco: antecedentes familiares, sedentarismo, obesidade, dislipidemias, hipertensão arterial, histórico de diabetes gestacional e de doença cardiovascular, além das mudanças socioculturais provocadas pelo processo de

industrialização e a crescente expectativa de vida da população que também contribui para a prevalência dessa doença (MEDEIROS et al., 2012).

Dentre os tipos de diabetes pode-se destacar no que diz respeito à frequência de surgimento na população, o DM tipo 1, que corresponde cerca de 8% dos casos, o DM tipo 2, que afeta cerca de 90% a 95% dos indivíduos com a doença e o diabetes gestacional, que atinge até 14% das mulheres grávidas. Esses diferentes tipos do DM apresentam etiologia, evolução clínica e tratamento diferenciados (BRASIL, 2013).

O DM tipo 1 ocorre sobretudo entre crianças e adolescentes, sendo caracterizado pela destruição das células beta do pâncreas, mediada por autoimunidade, ocasionando uma redução ou deficiência total na produção de insulina, além do descontrole na produção de glicose pelo fígado e hiperglicemia (SMELTZER et al., 2011). Essa hiperglicemia torna-se marcante na maior parte dos casos, podendo progredir rapidamente para a cetoacidose diabética, que muitas vezes se apresenta como manifestação inicial da doença. Os fatores contribuintes para a cetoacidose são infecção, não adesão a terapêutica, uso de hiperglicemiantes e intercorrências graves (FORTI et al., 2009).

Já o DM tipo 2 acomete adultos após os 30 anos de idade, a maioria é obesa e com história familiar de DM2. Todavia, devido à epidemia de obesidade entre crianças e adolescentes sua incidência tem crescido nas pessoas jovens. Seu surgimento acontece em razão da deficiência na ação e secreção de insulina, de modo que o processo de intolerância a glicose é lento e progressivo, fazendo com que o início da doença muitas vezes passe despercebido por muitos anos, levando ao diagnóstico tardio (ADA, 2010). A síndrome hiperosmolar não cetótica apresenta-se como complicação aguda clássica, e raramente ocorre a cetoacidose, surgindo apenas quando associada ao estresse de outra doença, como uma infecção grave (FORTI et al., 2009).

No diabetes gestacional acontece o processo de intolerância a glicose, de grau variável de intensidade, com início ou diagnóstico no período de gestação. Essa intolerância ocorre devido à resistência de insulina e a diminuição da função das células beta, causada pela secreção dos hormônios placentários durante a gravidez (SMELTZER et al., 2011). Assim, a presença do DM indicará risco de morbidade e mortalidade elevadas, tanto para a mãe quanto para o feto, estando a macrosomia fetal (peso ao nascer  $\geq 4.000\text{g}$ ) entre a manifestação mais característica, sendo observada em até 30% dos casos. Normalmente, após o parto os valores glicêmicos restabelecem, porém algumas mulheres podem desenvolver DM tipo 2 depois de anos (FORTI et al., 2009).

Os principais sinais e sintomas relacionados com esses tipos de diabetes compreendem os “quatro P” que são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso. Além de fadiga e fraqueza, alterações inesperadas na visão, dormência e formigamento nas mãos e nos pés, pele ressecada, feridas cutâneas de difícil cicatrização e infecções frequentes (BRASIL, 2013).

A presença desses sintomas tende a se agravar gradativamente na vida dos diabéticos levando ao surgimento de complicações micro e macrovasculares. Essas complicações tardias comprometem órgãos vitais, como a retinopatia e nefropatia diabética, além de proporcionar alterações cardiovasculares, circulatórias e neurológicas. A retinopatia diabética pode ocasionar desde turvação da visão até presença de catarata e cegueira. Ao passo que a nefropatia, geralmente é provocada pelo aumento da excreção urinária de albumina e se apresenta como causa principal da insuficiência renal crônica (ESPÍRITO SANTO et al., 2012).

Já as alterações cardiovasculares predispõem ao infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva e as arritmias, as quais se relacionam com o tabagismo e a obesidade. As alterações microvasculares favorecem o aparecimento de lesões especialmente nos membros inferiores, ocasionando o chamado pé diabético, como também podem desenvolver a neuropatia diabética, caracterizada pela diminuição da sensibilidade tátil e térmica (BELO HORIZONTE, 2011).

Para prevenir esses agravos faz-se necessário o diagnóstico precoce do DM utilizando como critério básico o nível de glicemia elevado. Assim, atualmente as Diretrizes da SBD (2014) estabeleceu três modos para se chegar ao diagnóstico através da glicemia: 1º pela presença dos sintomas poliúria, polidipsia e perda de peso adicionados de glicemia eventual > 200 mg/dl, 2º glicemia em jejum  $\geq$  126 mg/dl e o 3º glicemia de 2 horas pós sobrecarga de 75g de glicose > 200mg/dl.

Além da avaliação dos achados clínicos e laboratoriais necessários para o diagnóstico do diabetes é importante ressaltar também, a realização permanente da avaliação do cuidado nos pacientes diagnosticados bem como a avaliação das complicações nos diagnosticados recentemente com DM sendo considerados elementos significativos para a prevenção dos agravos (SMELTZER et al., 2011).

Essa avaliação deve ser feita buscando as queixas, identificando intercorrências, fatores de risco e possíveis complicações, monitorando os níveis glicêmicos, verificando adesão ao plano terapêutico, realização dos exames dos pés na prevenção, em especial das neuropatias diabéticas, como também dos exames de rotina. Assim, os pacientes podem ser acompanhados por meio dessa avaliação executada principalmente pelo enfermeiro na

atenção básica a partir do programa Hiperdia através da consulta de enfermagem, que possibilita sensibilizar os mesmos sobre a importância do autocuidado, conhecer as dificuldades vivenciadas no seguimento do tratamento e estabelecer estratégias na busca de atender as suas necessidades e limitações (DISTRITO FEDERAL, 2012).

## 2.2 SISHIPERDIA OU SISTEMA HIPERDIA

Na perspectiva de controlar e minimizar os diversos agravos decorrentes do DM, resultantes principalmente da falta de controle metabólico, o sistema de saúde tem buscado através de políticas públicas e programas de saúde reduzir os altos custos provenientes do diagnóstico tardio e das complicações agudas e crônicas (SANTOS et al., 2011).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS), em 2000, elaborou o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial (HAS) e ao Diabetes, tendo como ênfase a Atenção Primária de Saúde. Este plano estabelece diretrizes e metas como forma de reorganização dos serviços no SUS, através da capacitação dos profissionais, diagnóstico precoce, criação de vínculo dos pacientes com as unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, impulsionando a reestruturação e a ampliação da assistência continuada e qualificada a este público (BRASIL, 2004). Além disso, proporcionou mudanças em relação aos espaços de saúde, contribuindo para a inclusão de mais pessoas com DM aos serviços obtendo como resultado o aprimoramento dos métodos de diagnósticos e de tratamento na atenção básica. Também desenvolveram normas para o cuidado do DM (TOSCANO et al., 2008).

Esse plano ainda priorizou a criação de um sistema informatizado denominado de sistema Hiperdia (Sis-Hiperdia), implantado em 2002 pela Secretaria de Políticas de Saúde do MS, o qual propôs a criação de meios para contatos entre à esfera federal, estadual e municipal, através do cadastramento e acompanhamento dos diabéticos e hipertensos pelas Unidades de Saúde, estando sob responsabilidade da esfera federal o monitoramento das informações por meio de um instrumento disponibilizado em parceria com o departamento de informática do SUS, Datasus (BRASIL, 2002a).

O Hiperdia apresenta-se como uma ferramenta importante para auxiliar na prática durante o atendimento desses pacientes, por fornecer informações que permitem analisar a situação e traçar os possíveis riscos, levando a intensificar a atenção a estas pessoas e diminuir a presença dos fatores que predispõe as complicações, possibilitando ainda monitorar continuamente a qualidade clínica da assistência oferecida e a adesão ao

tratamento, produzindo informes gerenciais que auxiliam os gestores e profissionais de saúde a determinarem quais estratégias de intervenção devem ser adotadas, oferecendo à rede básica de saúde a distribuição dos medicamentos para HAS e DM de maneira regular e organizada, e garantindo o controle social por permitir avaliar acesso, cobertura e qualidade da atenção (BRASIL, 2011; CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011).

As informações requeridas pelo SisHiperdia são inicialmente coletadas através do preenchimento da ficha de cadastro do paciente hipertenso e/ou diabético por meio dos profissionais de saúde, esses dados coletados pelos municípios são encaminhados via internet, logo após consolidados pelo MS e então disponibilizados, podendo ser acessados no site Datasus por qualquer cidadão, no qual o mesmo terá acesso a relatórios contendo indicadores operacionais, gerenciais e epidemiológicos bem como as informações mais importantes da base de dados, além de determinar indicadores e construir gráficos e mapas por tabulação própria através de aplicativos já existentes no site (CORREIA; PADILHA; VASCONCELOS, 2014).

É importante ressaltar essa base de dados que o sistema Hiperdia dispõe, pois possibilita conhecer o diagnóstico da população acometida pelo diabetes e hipertensão e assim desenvolver suas ações de acordo com as necessidades dos pacientes. No entanto, percebe-se que as Unidades Básicas de Saúde, muitas vezes não apresentam esse conhecimento do perfil epidemiológico de seus usuários levando a uma abordagem deficiente por parte dos profissionais (LIMA et al., 2011).

Todavia, a proposta do Hiperdia é garantir uma assistência qualificada e eficiente, possibilitando ao usuário acesso a todos os serviços, que compreendem: consulta médica e de enfermagem, avaliação do peso, circunferência abdominal, pressão arterial, glicemia capilar, exames complementares, atendimento odontológico, encaminhamento se necessário para especialidade, atividades de educação em saúde tanto individual como coletiva através da criação de grupos interativos buscando discutir temáticas importantes para o monitoramento clínico e de interesse aos usuários participantes, beneficiando e estimulando mudanças no estilo de vida (CARVALHO FILHA; VIANA; NOGUEIRA, 2011; ALVES; CALIXTO, 2012).

No entanto, apesar da existência desse programa que visa essencialmente monitorar o acompanhamento desses pacientes ao tratamento, ainda existe uma baixa adesão por parte dos mesmos, demonstrando assim a presença de deficiências nas ações que estão sendo desenvolvidas junto a este público necessitando serem repensadas pelos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, por exercer papel importante no controle dessa doença.

### 2.3 ADESÃO A TERAPIA MEDICAMENTOSA E NÃO MEDICAMENTOSA

A adesão terapêutica é entendida como sendo a medida em que o comportamento do indivíduo em tomar a medicação, seguir a dieta alimentar ou adotar mudanças no estilo de vida, equivale às recomendações oferecidas pelo profissional de saúde (WHO, 2003). Boas, Lima e Pace (2014) ainda acrescentam que a adesão precisa ser compreendida como atividade conjunta, ao passo que a pessoa não apenas cumpre as orientações prescritas pelo profissional, mas entende, adere e segue o plano terapêutico.

Essa adesão não deve ser pensada como uma construção unitária, visto que ela é multidimensional, pois os pacientes podem aderir a um aspecto do plano terapêutico, como a tomada de medicamentos e não aos outros, como o seguimento da dieta alimentar ou a prática de exercícios físicos (BOAS et al., 2011).

Existem vários fatores que influenciam na adesão ao autocuidado, os quais incluem: acessibilidade e a disponibilidade dos medicamentos nos serviços de saúde; as características sociodemográficas do indivíduo como idade, sexo, grau de escolaridade, renda familiar; aceitabilidade da medicação; a percepção de perda de controle em relação ao seu corpo; a conduta de familiares e amigos; isolamento social; o relacionamento entre paciente-profissional de saúde, estabelecimento da confiança, do vínculo, acolhimento e incentivo; o regime terapêutico; a cronicidade da doença; ausência dos sintomas; o tempo de diagnóstico, e o conhecimento sobre a doença e seu tratamento (FARIA et al., 2014).

A falta de adesão ao autocuidado está presente tanto no cenário nacional como no internacional, sendo reconhecida como um problema, por dificultar à resposta fisiológica a doença, bem como a relação paciente/profissional e ainda aumentar os custos diretos e indiretos provenientes do tratamento (FARIA et al., 2013).

Desta forma, é oportuno destacar que o DM se encontra entre as doenças que apresentam baixas taxas de adesão ao plano terapêutico. Isso ocorre, sobretudo pela sua cronicidade que exigem demandas de autocuidado, estando às mudanças comportamentais que envolvem a dieta e a atividade física, entre as principais. Portanto, devido à predisposição desses pacientes em desenvolver complicações agudas e crônicas, juntamente com o processo de envelhecimento, poderão dificultar suas habilidades de autocuidado, seja de maneira transitória ou definitiva, resultando assim em maior complexidade do regime terapêutico e maiores possibilidades de baixa adesão ao tratamento (BOAS et al., 2011).

De acordo com Liberato et al. (2014) a baixa adesão ao tratamento pode ser demonstrada pelos pacientes através do seu comportamento como: dificuldades para iniciar o

mesmo e sua interrupção precoce, esquecimentos ou omissões dos medicamentos, faltas às consultas ou retornos previamente agendados, deficiência de mudanças no estilo de vida ou hábitos, indispensáveis para o controle da doença.

Segundo SBD (2014) o tratamento do DM tem como objetivo a manutenção do controle metabólico que acontece por meio da terapia não medicamentosa e da terapia medicamentosa, estando à primeira associada às mudanças no estilo de vida, como alimentação saudável e prática de exercícios físicos, e a segunda ao uso dos medicamentos.

Na primeira temos a prática de atividade física que atua no controle glicêmico e sobre outros fatores de comorbidades, como a hipertensão e dislipidemias diminuindo o risco cardiovascular. A atividade física provoca um aumento do uso da glicose funcionando como combustível para o músculo em atividade, pois leva a capilarização das fibras musculares e melhora da função mitocondrial, resultando em uma maior sensibilidade dos tecidos a insulina. Assim, os exercícios promovem o controle glicêmico pelo fato de contribuírem com o metabolismo da glicose e também sua eficiência, sendo demonstrado a partir da diminuição das concentrações basal e pós prandial de insulina e ainda pela redução da hemoglobina glicada, observados em diabéticos ativos fisicamente, diferentemente do que acontece com os sedentários (COSTA et al., 2011; SBD, 2014).

A dieta alimentar também se apresenta como elemento essencial da terapia não medicamentosa, pois ajustada a prática de atividade física, é validada como terapia de primeira escolha no controle do diabetes. Essa dieta deve ser pautada no consumo de alimentos naturais, implicando na diminuição dos alimentos industrializados, que favorecerá a redução de gorduras, principalmente as saturadas e as trans. Além disso, ela precisa conter um consumo aumentado de alimentos ricos em fibra, pois esta age na porção intestinal reduzindo a atividade de absorção da glicose, garantindo o controle da glicemia (SBD, 2009).

Já a terapia medicamentosa compreende o uso dos medicamentos, sendo estes os hipoglicemiantes orais e a insulina. Os hipoglicemiantes orais são considerados drogas de primeira escolha para o tratamento do DM tipo 2, visto que estabelecem através do controle rigoroso, diminuição das complicações, apresenta boa aceitação por parte dos pacientes, a prescrição é simples e o ganho de peso é menor em relação ao uso da insulina (RANG et al., 2007).

Dentre as principais classes de hipoglicemiantes orais temos as biguanidas e as sulfonilureias. As biguanidas tem como seu principal representante, a metformina, considerada como primeira escolha no tratamento do DM tipo 2 obeso, por oferecer segurança ao longo prazo, ter efeito neutro, ausência de hipoglicemias e ainda diminui a ocorrência de

eventos cardiovasculares. Ela possibilita uma maior captação da glicose como também seu uso pela musculatura esquelética, gerando uma redução a resistência da insulina e diminuição da produção de glicose. Já sulfonilureias apresenta a glibenclamida e a glicazida entre seus representantes, sendo utilizadas no tratamento do DM tipo 2 não obeso, as quais desempenham sua função nas células beta, promovendo a secreção de insulina e redução da glicose e da hemoglobina glicada entre 1% e 2%. Seus efeitos adversos são o ganho de peso e hipoglicemias (RANG et al., 2007).

O uso da insulina acontece pelo DM tipo 1 e quando após o uso da metformina juntamente com uma sulfonilureia, não se consegue alcançar o controle metabólico. Ela age sobre o metabolismo da glicose na maioria dos tecidos. As mais utilizadas são a insulina de ação rápida (regular) usadas em emergências como cetoacidose, gravidez, e a de ação intermediária (NPH) no tratamento para manter o controle glicêmico (BRASIL, 2013).

Mediante a complexidade do tratamento do DM, a adesão dos pacientes a terapia medicamentosa e não medicamentosa, é vista no geral como insuficiente para o controle da doença, resultando assim em um desafio para os profissionais de saúde que precisam compreender quais são as barreiras e os facilitadores da adesão, para então planejar e executar as intervenções na busca de promover e melhorar as condições favoráveis à mesma (BOAS et al., 2012).



### 3 MÉTODO

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa do tipo bibliográfica, com enfoque na revisão integrativa. Em relação à pesquisa bibliográfica Amaral (2007) afirma que este tipo de pesquisa é fundamental, na medida que a mesma oferecerá embasamento teórico para a realização do trabalho. O autor acrescenta que a pesquisa bibliográfica é constituída por algumas etapas, sendo elas: levantamento, seleção, fichamento e arquivamento de informações relacionadas à pesquisa.

Já para Marconi e Lakatos (2006) este tipo de pesquisa possui o intuito de colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências de debates pelas quais tenham sido transcritos de alguma forma, quer publicados ou gravados.

Quanto à revisão integrativa Silveira e Gerhardt (2009) ressaltam que, esta emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática.

Para Sousa, Silva e Carvalho (2010) a revisão integrativa, é uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a uma questão específica, enfocando primordialmente estudos experimentais, comumente ensaios clínicos randomizados. Os autores acrescentam ainda que, a revisão integrativa, é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado, pois combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos a exemplo de definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular.

#### 3.2 ETAPAS DA REVISÃO INTEGRATIVA

Para a concretização da revisão integrativa foram delimitadas as seguintes etapas metodológicas:

1ª Etapa: Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa

A elaboração da revisão integrativa iniciou-se com a definição de um problema e a formulação de uma hipótese de pesquisa relevante para a saúde. A meta foi selecionar um tema que contemplasse doenças crônicas não transmissíveis, por merecer destaque frente a seu crescimento na população brasileira. Na pesquisa nas bases de dados percebeu-se que o diabetes mellitus é uma doença crônica crescente, que remete atenção dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, ao se pensar na saúde de pessoas com doenças crônicas, especificamente com diabetes mellitus, as questões centrais desse estudo foram: Quais os fatores contribuintes para a adesão ou não da terapia medicamentosa e não medicamentosa? Quais ações facilitam à adesão a terapia medicamentosa e não medicamentosa?

## 2ª Etapa: Critérios para a seleção da amostra

O universo investigado foi constituído por fontes bibliográficas de periódicos online disponíveis no portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através dos bancos de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e a Base de Dados Brasileira de Enfermagem – BDEnf. Foram utilizados os descritores: diabetes mellitus, adesão à medicação, cooperação do paciente e terapêutica.

Para selecionar a amostra, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: publicações em português, disponíveis gratuitamente em texto completo nas bases de dados selecionadas; considerando-se o período temporal de 2004 a 2014 e artigos que abordassem a adesão dos pacientes diabéticos a terapia medicamentosa e não medicamentosa.

Os critérios de exclusão foram: artigo sem resumo, estudos em forma de editorial, carta, apostilas, teses, dissertações e/ou monografias.

A busca no LILACS foi realizada pelo intercruzamento entre os descritores diabetes mellitus *and* adesão à medicação; diabetes mellitus *and* cooperação do paciente; diabetes mellitus *and* terapêutica, sendo encontrados após os filtros, 157 artigos, dos quais, apenas 24 foram pré selecionados.

No banco de dados BDEnf foi realizado o intercruzamento entre os descritores diabetes mellitus *and* adesão à medicação; diabetes mellitus *and* cooperação do paciente; diabetes mellitus *and* terapêutica, sendo encontrados após os filtros, 16 artigos, dos quais, foram pré selecionados apenas 8.

No SciELO ao serem realizados os intercruzamentos entre os descritores diabetes mellitus *and* adesão à medicação; diabetes mellitus *and* cooperação do paciente; diabetes mellitus *and* terapêutica, foram obtidos 37 artigos. Após a leitura dos títulos e por apresentarem 7 artigos repetidos do banco LILACS e 2 do BDENF, restaram apenas 4 artigos.

No Medline foram encontrados, após os filtros 13 artigos, do intercruzamento entre os descritores diabetes mellitus *and* adesão à medicação; diabetes mellitus *and* cooperação do paciente; diabetes mellitus *and* terapêutica, sendo pré selecionado apenas 1, já que 7 artigos eram repetidos do banco LILACS e 2 do SciELO.

### 3ª Etapa: Identificação dos estudos pré selecionados e selecionados

Para a concretização desta etapa, após o intercruzamento dos descritores, foi realizada a leitura dos resumos dos artigos selecionados, sendo 24 no LILACS, 8 no BDENF, 4 no SciELO e 1 no Medline. A seguir, realizou-se a leitura criteriosa desses artigos avaliando a sua adequação a partir dos critérios de inclusão.

Em seguida, obteve-se o fechamento do material bibliográfico e a consolidação dos achados para facilitar a reflexão e conclusão do estudo. Atendendo aos critérios de inclusão, foram selecionados no LILACS 12 artigos, no BDENF 5, no SciELO 3 e 1 no Medline, totalizando uma amostra de 21 artigos.

### 4ª Etapa: Categorização dos estudos

Para viabilizar a coleta de dados dos artigos que integraram a revisão de literatura foi utilizado um instrumento validado por Ursi e Galvão (2006) adaptado, o qual contempla os seguintes itens: identificação do artigo original, tipo de publicação e características metodológicas do estudo.

Foi construído um roteiro para consolidação dos dados pertinentes a adesão de pacientes diabéticos a terapia medicamentosa e não medicamentosa, contemplando os seguintes itens: fatores contribuintes para adesão a terapia medicamentosa e não medicamentosa, fatores contribuintes para não adesão à terapia medicamentosa e não adesão à terapia não medicamentosa e, por fim, ações que facilitam adesão a terapia medicamentosa e não medicamentosa.

Esses instrumentos foram construídos seguindo as orientações de Souza, Silva e Carvalho (2010), cujos mesmos afirmam que, para uma revisão integrativa se faz necessário à

utilização de um instrumento capaz de assegurar que a totalidade dos dados relevantes sejam extraídos, no intuito de minimizar o risco de erros na transcrição, assim como garantir precisão na checagem das informações e servir como registro.

#### 5ª Etapa: Análise e interpretação dos resultados

Em relação ao tratamento dos dados foi aplicado o método de Análise de Conteúdo, proposto por Bardin (2009), que propiciou o agrupamento do conteúdo estudado em categorias temáticas. Após a categorização os achados foram analisados e discutidos tomando como fio condutor as evidências científicas.

#### 6ª Etapa: Apresentação da síntese do conhecimento

Este estudo permitiu identificar diversos fatores contribuintes e não contribuintes para adesão a terapia medicamentosa e não medicamentosa, envolvendo a tríade paciente, família e profissional de saúde.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo estão apresentados e discutidos os dados levantados durante a coleta, os mesmos foram catalogados e agrupados formando um banco de dados para facilitar a análise, sendo construídas tabelas e quadros como forma de apresentação.

Vale ressaltar que os dados foram agrupados em duas etapas, na qual a primeira encontram-se os dados que identificam a caracterização dos artigos através das seguintes variáveis: banco de dados; autores; título do artigo; periódico; ano; tipo de publicação; graduação do autor principal; e variáveis metodológicas: delineamento do estudo e objetivo ou questão de investigação.

Na segunda etapa estão apresentados e analisados os artigos quanto a adesão de pacientes diabéticos a terapia medicamentosa e não medicamentosa; os fatores contribuintes para adesão ou não da terapia medicamentosa e não medicamentosa; e as ações que facilitam a adesão a terapia medicamentosa e não medicamentosa.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS

**Tabela 1** - Distribuição da amostra (n=223) de acordo com a fonte de Banco de dados

<b>Banco de dados</b>	<b>Descritores</b>	<b>Publicações (n)</b>	<b>%</b>	<b>Publicações finais (n)</b>
LILACS	Diabetes Mellitus/Adesão a medicação/ Cooperação do paciente/ Terapêutica	157	70,4	12
BDEF	Diabetes Mellitus/Adesão a medicação/ Cooperação do paciente/ Terapêutica	16	7,1	05
SciELO	Diabetes Mellitus/Adesão a medicação/ Cooperação do paciente/ Terapêutica	37	16,7	03
Medline	Diabetes Mellitus/Adesão a medicação/ Cooperação do paciente/ Terapêutica	13	5,8	01
<b>TOTAL</b>		<b>223</b>	<b>100</b>	<b>21</b>

Fonte: Pesquisa direta, Cajazeiras, 2014.

Para a realização da busca dos artigos foram selecionadas as bases de dados LILACS, BDENF, SciELO e Medline, das quais dispuseram de textos completos, publicados no período de 2004 a maio de 2014, apresentando como descritores Diabetes Mellitus, Adesão à medicação, Cooperação do paciente e Terapêutica. Mediante a diversidade de temas encontrados e dispensáveis aos objetivos de interesse da pesquisa, bem como a quantidade de artigos que se coadunam, realizou-se o inter cruzamento dos descritores.

Em relação a base de dados que proporcionou o maior número de publicações, por meio da observação da tabela 1 é possível perceber que destaca-se o LILACS com a maior quantidade de publicações (157). Essas bases de dados foram consultadas durante o mês de julho de 2014, porém, é importante lembrar que esse total compreende repetições de artigos em relação aos diferentes descritores. Ao serem estabelecidos os critérios de inclusão resultou em uma amostra de 12 artigos.

Nas bases de dados SciELO e BDENF entre o inter cruzamento dos descritores, foram obtidos após os filtros, 37 e 16 publicações respectivamente, e ao incluir os critérios de inclusão restaram 03 e 05 artigos de ambas as bases. Ao passo, que no Medline foram encontrados após os filtros, 13 artigos, dos quais mediante aplicação dos critérios de inclusão e por estarem repetidos em outras bases de dados resultou em apenas 1 artigo. Por fim, somando-se os resultados obtidos nos diferentes bancos de dados amostra da pesquisa contempla a análise de 21 artigos científicos.

Deste modo o LILACS pelo fato de ser abrangente, apresentando um vasto acervo de publicações em revistas científicas de renome na área da saúde, e compreendendo o mais importante aporte da literatura da América Latina e Caribe contribuiu para o quantitativo dos artigos em questão (AMARAL, 2007).

**Quadro 1** - Distribuição das publicações nas bases de dados LILACS, SciELO, BDENF, Medline, de acordo com autor(es), título, ano, periódico, tipo de publicação e graduação do autor principal, no período de 2004 a 2014

Artigo	Autores	Título	Ano/ periódico	Tipo de publicação	Graduação do autor principal
A1	GIMENES, H. T. et al.	O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais	Ciência, Cuidado e Saúde  2006	Enfermagem	Enfermeira

A2	ZANETTI, M. L. et al.	Evolução de pacientes diabéticos utilizando o protocolo staged diabetes management	Acta Paulista de Enfermagem 2007	Enfermagem	Enfermeira
A3	ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S.	Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte	Ciência & Saúde Coletiva 2008	Medicina e Saúde Pública	Fisioterapeuta
A4	PÉRES, D. S. et al.	Representações sociais de mulheres diabéticas, de camadas populares, em relação ao processo saúde-doença	Revista Latino – Americana de Enfermagem 2008	Enfermagem	Psicóloga
A5	GIMENES, H. T.; ZANETTI, M. L e HAAS, V. J.	Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa	Revista Latino – Americana de Enfermagem 2009	Enfermagem	Enfermeira
A6	DALCEGIO, M. et al.	Adesão aos antidiabéticos orais: prevalência e fatores associados	Arquivos Catarinenses de Medicina 2009	Médica	Acadêmica de medicina
A7	ARAÚJO, M. F. M. et al.	Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 2010	Enfermagem	Enfermeiro
A8	PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M	Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento	Ciência & Saúde Coletiva 2010	Medicina e Saúde Pública	Nutricionista
A9	COSTA, J. A. et al.	Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos	Ciência & Saúde Coletiva	Medicina e Saúde Pública	Nutricionista

		diabéticos participantes de programas de saúde	2011		
A10	BOAS, L. C. G-V. et al	Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus	Texto Contexto de Enfermagem 2011	Enfermagem	Enfermeira
A11	ARAÚJO, M. F. M. et al.	Cumprimento da terapia com antidiabéticos orais em usuários da atenção primária	Texto Contexto de Enfermagem 2011	Enfermagem	Enfermeiro
A12	MANTOVANI, M. F. et al.	Dificuldades no tratamento da doença crônica: relato de experiência de atividade de extensão	Ciência, Cuidado e Saúde 2011	Enfermagem	Enfermeira
A13	ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F.	Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista	J Health Sci Inst. 2012	Enfermagem	Acadêmica de enfermagem
A14	MARTINEZ, B. B.; FERREIRA, N. C.	Avaliação da complexidade da farmacoterapia em diabéticos	Revista Medicina Minas Gerais 2012	Médica	Médica
A15	CARVALHO, A. L. M. et al.	Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI)	Ciência & Saúde Coletiva 2012	Medicina e Saúde Pública	Farmacêutico
A16	BRAZ, J. M. et al.	Sintomas depressivos e adesão ao tratamentos entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2	Revista Rene 2012	Enfermagem	Acadêmica de enfermagem
A17	BOAS, L. C. G-V. et al.	Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com	Revista Latino-Americana de	Enfermagem	Enfermeira



		diabetes mellitus	Enfermagem 2012		
A18	FARIA, H. T. G. et al.	Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus	Acta Paulista de Enfermagem 2013	Enfermagem	Enfermeira
A19	BORBA, A. K. O. T et al.	Adesão à terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos	Revista Rene 2013	Enfermagem	Enfermeira
A20	FARIA, H. T. G. et al.	Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família	Revista da Escola de Enfermagem da USP 2014	Enfermagem	Enfermeira
A21	BOAS, L. C. G-V.; FREITAS- FOSS, M. C. e PACE, A. E.	Adesão de pessoas com diabetes mellitus ao tratamento medicamentoso	Revista Brasileira de Enfermagem 2014	Enfermagem	Enfermeira

**Fonte:** Elaborado pelos Bancos de dados LILACS, SciELO, BDNF, Medline (2004-2014).

No quadro 1 estão reunidas informações no tocante ao ano de publicação dos artigos que compuseram o estudo, observando-se os anos 2011 e 2012, com maior número de publicações, sendo o total de quatro e cinco artigos, respectivamente divulgados nesses anos. Já nos anos 2008, 2009, 2010, 2013 e 2014 tiveram duas publicações em cada um desses anos. Enquanto nos anos de 2006 e 2007, houve apenas um artigo por ano. Isso demonstra que nos últimos anos tem surgido um maior interesse em pesquisar acerca da adesão de pacientes diabéticos a terapia medicamentosa e não medicamentosa, estando esse interesse relacionado aos investimentos na área científica bem como a percepção e participação dos profissionais da saúde e dos pacientes que são ferramentas fundamentais desse processo. A partir dos dados apresentados, pode-se inferir a necessidade de estimular a realização de estudos científicos, bem como sua divulgação, como forma de consolidar a enfermagem enquanto ciência.

Em relação aos periódicos que publicaram os referidos artigos, os quais constituíram um quantitativo de 21, pode-se destacar o periódico Ciência & Saúde Coletiva, com o maior número de publicações sobre a temática em estudo 04 (19%), seguidos da Revista Latino-Americana de Enfermagem com 03 (14,3%), Ciência, Cuidado e Saúde, Acta Paulista de

Enfermagem, Revista Rene e Texto Contexto Enfermagem com 02 (38,1%) artigos publicados para cada um desses respectivamente, enquanto os Arquivos Catarinenses de Medicina, Revista Medicina de Minas Gerais, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Escola de Enfermagem da USP, Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem e J. Health Sci Ints., tiveram apenas 01 (28,6%) artigo publicado.

Ao considerar as áreas de publicações das revistas, evidencia-se que as publicações em Enfermagem, foram as que mais se destacaram (71,4%). No tocante as publicações, Kirchof e Lacerda (2012) referem que a publicação em periódicos conceituados e indexados, sobretudo os internacionais, caracteriza-se um desafio árduo para a maioria dos pesquisadores de enfermagem, principalmente da América Latina. Nesse sentido a aceitação de um artigo em revista com renome e importância nessa área pode ser considerada uma conquista que consolida a divulgação do conhecimento produzido, bem como coroa a possibilidade de aplicação na prática da profissão.

No que concerne a graduação do autor principal dos artigos em estudo, 12 (51,7%) são enfermeiros, 02 (19,1%) acadêmicos de enfermagem e nutricionistas respectivamente, 01 (23,8%) médico, acadêmico de medicina, fisioterapeuta, psicólogo, e farmacêutico. Diante desses resultados observa-se a prevalência da classe de enfermagem nas publicações da temática proposta pelo estudo como também a participação de outros profissionais das diferentes áreas da saúde. Isso revela que não somente o profissional de enfermagem tem buscado ampliar seus conhecimentos para garantir ao paciente diabético uma melhor assistência, favorecendo assim adesão ao tratamento e conseqüentemente qualidade de vida, mas além desses, outros profissionais tem apresentado interesse pelo fato de trabalharem também com esse público e reconhecerem suas necessidades.

Uma das formas buscadas para ampliação desses conhecimentos ocorre, através das pós-graduações. Neste sentido, no que se refere às definições dessas pós-graduações, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) aponta dois tipos: lato sensu, conhecida como especialização ou MBA e stricto sensu, que abrange os cursos de mestrado e doutorado. A primeira, como o próprio nome diz, designa todo e qualquer curso que se segue à graduação, normalmente os cursos de especialização e aperfeiçoamento têm objetivo técnico profissional específico sem abranger o campo total do saber em que se insere a especialidade, são cursos destinados ao treinamento nas partes de que se compõe um ramo profissional ou científico, cuja meta é o domínio científico e técnico de uma certa e limitada área do saber ou da profissão, para formar o profissional especializado (CAPES, 2013).

**Tabela 2** – Distribuição da amostra (n=21) de acordo com o delineamento do estudo

<b>Delineamento do estudo</b>	<b>Publicações (n)</b>	<b>%</b>
Quantitativo	14	66,6
Qualitativo	2	9,5
Observacional	2	9,5
Quantitativo/qualitativo	1	4,8
Revisão sistemática	1	4,8
Relato de experiência	1	4,8
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Elaborado pelos Bancos de dados LILACS, SciELO, BDNF, Medline (2004-2014).

O delineamento do estudo tem como propósito planejar o processo de investigação em relação à presença de intervenção experimental acerca dos indivíduos estudados. Assim, conduz o pesquisador a selecionar a questão e obter informações para respondê-la, além de discutir e analisar os dados buscando evidenciar que através dos mesmos é possível responder ao problema em questão e ainda propicia a compreensão do raciocínio proposto pelo pesquisador no desenvolvimento do trabalho (PENICHE; GIANE, 2009).

A tabela 2 configura a distribuição da amostra a partir do tipo de pesquisa envolvida na produção do artigo. Com um total de 14 artigos e um percentual de 66,6%, observa-se que um maior número de artigos utilizou uma abordagem quantitativa.

No que se referem à pesquisa quantitativa, que compôs o universo da maioria dos estudos encontrados nesta pesquisa, Kauark; Manhães e Medeiros (2010) mencionam que, esta abordagem possibilita quantificar as informações pesquisadas podendo converter as opiniões e as informações obtidas em dados numéricos avaliados estatisticamente. Além disso, permite investigar a relação entre determinadas variáveis, entender e classificar os processos dinâmicos vivenciados entre grupos sociais, bem como elucidar as particularidades mediante os comportamentos ou frente às atitudes dos indivíduos (PRODANOV; FREITAS, 2013).

**Quadro 2-** Distribuição das publicações de acordo com o objetivo ou questão de investigação

Artigo	Objetivo ou questão de investigação
A1	Determinar a adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa e verificar a associação da prevalência da adesão, segundo os fatores referentes ao paciente, ao relacionamento profissional/paciente, ao esquema terapêutico e à doença.
A2	Descrever a evolução do tratamento em relação ao plano alimentar, a atividade física e a terapêutica medicamentosa de pacientes diabéticos atendidos por equipe multiprofissional, utilizando o Protocolo Staged Diabetes Management.
A3	Investigar a associação entre fatores educacionais, demográficos, socioeconômicos, de saúde, percepção da doença, suporte social e adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família do Centro de Saúde Ventosa, em Belo Horizonte.
A4	Identificar as representações sociais de mulheres diabéticas das camadas populares em relação ao processo saúde-doença.
A5	Determinar a adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa e verificar a associação da prevalência da adesão, segundo os fatores referentes ao paciente, ao relacionamento profissional/paciente, ao esquema terapêutico e à doença.
A6	Avaliar a prevalência de adesão medicamentosa aos antidiabéticos orais (ADO) em indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 (DM2), sua relação com variáveis sociodemográficas, clínicas, laboratoriais e com outros métodos indiretos utilizados para inferir adesão.
A7	Identificar a adesão de diabéticos de Sobral – CE ao tratamento farmacológico com hipoglicemiantes orais.
A8	Analisar as crenças de pacientes portadores de diabetes tipo 2 acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão.
A9	Analisar, por meio de revisão sistemática, informações publicadas sobre a adesão e a motivação de pessoas portadoras de diabetes mellitus (DM) participantes de programas de saúde que visam ao estímulo à adoção de um estilo de vida saudável.
A10	Avaliar a adesão à dieta e ao exercício físico e sua relação com as características sociodemográficas e clínicas das pessoas com DM2, em seguimento ambulatorial.
A11	Avaliar o cumprimento medicamentoso de usuários de antidiabéticos orais.
A12	Relatar os resultados de uma roda de conversa utilizada como estratégia educativa com portadores de hipertensão arterial e diabetes Mellitus, acerca das dificuldades na adesão ao tratamento.
A13	Identificar quais aspectos influencia na adesão ao tratamento e como eles interferem.

A14	Avaliar a complexidade da farmacoterapia em pacientes diabéticos.
A15	Avaliar o perfil socioeconômico e a adesão terapêutica dos usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI).
A16	Averiguar a associação entre sintomas depressivos e variáveis sociodemográficas e clínicas, e adesão ao tratamento medicamentoso em pessoas com diabetes mellitus tipo 2.
A17	Analisar a relação entre apoio social, adesão ao tratamento não medicamentoso (dieta e exercício físico), adesão ao tratamento medicamentoso e controle clínico-metabólico de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 (DM2), em seguimento ambulatorial.
A18	Investigar associação entre adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2 e variáveis sociodemográficas, clínicas e controle metabólico.
A19	Investigar o acesso aos medicamentos, perfil socioeconômico e demográfico e sua associação com a adesão terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos assistidos em serviço público gerontogeriátrico.
A20	Identificar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em 17 unidades da ESF de um município do interior de Minas Gerais.
A21	Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso entre pessoas com diabetes mellitus, e sua relação com variáveis clínicas, de tratamento e controle metabólico.

**Fonte:** Elaborado pelos Bancos de dados LILACS, SciELO, BDENF, Medline (2004-2014).

O quadro 2 demonstra os objetivos ou questão de investigação proposto por cada estudo, nos quais foram observados diversos fatores que estavam relacionados com a adesão a terapia medicamentosa e não medicamentosa, aqueles que favorecem ou não contribuem para o cumprimento do plano terapêutico, como também as estratégias que são desenvolvidas para possibilitar a adesão, avaliando-se a necessidade da educação em saúde como principal facilitador desse processo.

Assim, para efetivar as ações de educação em saúde, sugere-se aos profissionais em especial o enfermeiro, a criação do vínculo entre paciente/profissional, a organização de grupos educativos que estimulem a autonomia do indivíduo fazendo-os reconhecer como principal agente transformador do processo saúde-doença, buscar inserir a participação de outros profissionais da área tornando as ações mais dinâmicas e enriquecidas, desenvolver as atividades tomando como base os aspectos sociais e culturais dos indivíduos como forma de melhorar assistência valorizando a vivência dos mesmos.

A partir dos objetivos traçados pelos autores dos artigos do presente estudo, foram estabelecidas categorias temáticas denominadas: fatores contribuintes ou não para adesão a terapia medicamentosa e não medicamentosa e as ações que facilitam à adesão a terapia

medicamentosa e não medicamentosa, cujas mesmas estão apresentadas e analisadas a partir dos quadros a seguir.

#### 4.2 CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA ESTABELECIDA A PARTIR DOS OBJETIVOS DOS ARTIGOS SELECIONADOS

**Quadro 3** – Categorias temáticas e fatores contribuintes para adesão a terapia medicamentosa e não medicamentosa.

<b>Artigos</b>	<b>Categoria Temática</b>	<b>Fatores contribuintes para adesão a terapia não medicamentosa</b>	<b>Fatores contribuintes para adesão a terapia medicamentosa</b>
A1, A2, A3, A5, A7, A11, A13	Comunicação eficaz	Comunicação equipe/paciente Participação do paciente na elaboração da dieta Motivação para o tratamento	Comunicação equipe/paciente Qualidade das informações Motivação profissional/paciente Confiança na equipe multiprofissional
A2, A3, A11, A13, A17, A20	Assistência	Grupos educativos Apoio social Motivação dos profissionais Ambiente adequado para a prática de atividades Realização de exames ergométricos Acompanhamento por equipe multidisciplinar	Apoio social Grupos educativos Estrutura dos serviços de saúde
A5, A6, A18, A20	Doença	Conhecimento acerca da doença Tempo de diagnóstico	Conhecimento acerca da doença Tempo de diagnóstico Tempo de tratamento
A5, A7	Condição sociodemográfica	-	Aspectos sociodemográficos
A4	Condição psicossocial	Aspectos psicossociais	Aspectos psicossociais
A20, A4	Condição sociocultural	Valores culturais	Valores culturais
A5, A7, A13, A19, A20	Informação medicamentosa	-	Acessibilidade dos medicamentos Crenças no efeito do medicamento Conhecimento deficiente do medicamento Negação de efeitos

			colaterais Aceitação da medicação Tipo de fármaco Número de comprimidos ao dia Escolha da medicação
--	--	--	---

**Fonte:** Elaborado pelos Bancos de dados LILACS, SciELO, BDEF, Medline (2004-2014).

No quadro 3 foram agrupados os fatores contribuintes para adesão a terapia medicamentosa e não medicamentosa conforme os referidos artigos e categoria temática. Como categoria temática contribuinte para adesão a essas terapias, elencou-se: comunicação eficaz; assistência; condição psicossocial; condição sociocultural e doença. De acordo com as informações dos artigos componentes deste estudo, no que se refere a adesão a terapia não medicamentosa, não foram encontrados fatores contribuintes para as categorias: informação medicamentosa e condição sociodemográfica.

O processo de comunicação é uma das formas de estabelecer o vínculo entre paciente e profissional com o propósito de oferecer uma assistência pautada nas necessidades dos mesmos, auxiliando-os na tomada de decisões frente às dificuldades decorrentes da doença. Os artigos descrevem que a comunicação precisa acontecer permanentemente entre os profissionais das instituições de saúde e os pacientes, resultando em uma relação de troca de saberes e experiências fazendo com que os mesmos sintam-se acolhidos em suas necessidades psicossociais bem como relacionadas à doença, participem ativamente na elaboração do plano alimentar, considerando suas particularidades e preferências, e também na escolha da medicação, favorecendo assim o cumprimento do plano terapêutico (ZANETTI et al., 2007).

Desta forma, é possível considerar a comunicação eficaz como fator fundamental na adesão a terapia, seja esta medicamentosa ou não, pois, quando há o *feedback* positivo na interação, o estabelecimento de vínculo é possibilitado, auxiliando na adoção das orientações fornecidas pelo profissional de saúde.

Nessa relação de troca de saberes efetivada pelo *feedback* positivo, destaca-se a importância da qualidade das informações repassadas pelos profissionais sobre a doença e o tratamento, as quais devem ser claras e precisas abordando a eficácia da droga, a forma de utilização do medicamento (dose, horário) e os possíveis efeitos adversos, ressaltando a efetividade da dieta e da prática de exercícios frente ao controle glicêmico, como também, esclarecendo dúvidas, proporcionando o entendimento do paciente acerca dos benefícios do tratamento e das possíveis complicações geradas em consequência da não adesão (GIMENES et al., 2006).

Portanto, torna-se indispensável aos diabéticos receberem dos profissionais informações apropriadas no tocante a doença, onde para tal se faz necessário o preparo e capacitação desses profissionais (ARAÚJO et al., 2010).

Quanto a assistência de enfermagem, ela contribui para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, a partir da elaboração de medidas e controles sistemáticos que possam satisfazer as necessidades da clientela. Entre essas medidas destacam-se os grupos educativos apontados como importante ferramenta no alcance de melhor controle terapêutico da doença através, por exemplo, da utilização do lúdico, do relato de experiências entre os integrantes desses grupos, associado ao incentivo de prática de atividade física rotineira. Além disso, tais práticas conferem suporte psicológico uma vez que o convívio com pessoas de semelhante patologia possibilita a associação da teoria à prática, permitindo o compartilhamento de angústias e dificuldades, fortalecendo a aprendizagem, garantindo maior adesão ao tratamento (BORBA et al., 2012; TORRES et al., 2009).

Essa participação do diabético nos grupos educativos favorece o apoio social, sendo entendido como processo complexo e dinâmico, que compreende indivíduos e suas redes sociais, tendo como finalidade atender as suas necessidades, além de fornecer e acrescentar os recursos já existentes, proporcionando confrontar novas realidades, estando os familiares e os profissionais de saúde como instrumentos eficazes contribuindo de maneira significativa para adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso como evidenciou um estudo, no qual se observou relação direta entre ambos demonstrando que a colaboração da família e das pessoas mais próximas pode fortalecer as orientações de saúde direcionadas ao diabético, uma vez que ao exporem sua preocupação com o tratamento e saúde aumenta-se a motivação para o tratamento (BOAS et al., 2012).

A motivação para o tratamento também foi apresentada pelos autores como fator favorável na adesão, e consiste em uma atitude positiva que implica no envolvimento voluntário e colaborativo tanto do próprio paciente como dos seus familiares e dos profissionais, protagonistas fundamentais na mudança de comportamento. Essa motivação possui forte influência de fatores intrínsecos que compreende atitude pessoal e individual do paciente bem como de fatores extrínsecos ligados ao suporte e encorajamento de pessoas próximas (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008). Desta forma, evidencia-se que uma eficaz assistência de enfermagem compreende ações de educação em saúde direcionadas tanto ao paciente como a seus familiares.

Além destes fatores compreendidos pela assistência estão inclusos também a estrutura dos serviços de saúde que colaboram de modo a garantir a efetividade das ações propostas



pela equipe junto ao diabético. Esses espaços precisam contemplar equipe multidisciplinar e capacitada, ambiente adequado para prática de atividades, e dispor de insumos para oferecer uma assistência qualificada e eficiente.

O acompanhamento de uma equipe multiprofissional fortalece as orientações ao autocuidado estimulando a mudança de comportamento, ao passo que locais apropriados e a realização de exames ergométricos para indicar a atividade física adequada, incentivam a maior participação resultando na adesão a terapêutica (FARIA et al., 2014).

Em referência aos aspectos psicossociais e culturais que perpassam o cotidiano dos diabéticos evidencia-se a importância dos profissionais realizarem suas intervenções baseando-se nas concepções dos indivíduos no tocante a doença, considerando seus sentimentos, pensamentos e valores, respeitando assim, sua integralidade como forma de auxiliá-los na adesão ao tratamento (PÉRES et al., 2008).

Ao considerar a informação medicamentosa sugere-se que fatores se reúnem frente à adesão à terapia medicamentosa, como o acesso dos pacientes aos medicamentos, disponibilizados gratuitamente nos serviços de saúde, garantidos por meio da Política Nacional de Medicamentos proporcionando maior facilidade na aquisição e tomada dos mesmos, acompanhamento contínuo pelos profissionais da atenção primária e participação nos grupos de educação em saúde.

Outros fatores evidenciados como facilitadores dessa terapia, envolvem as crenças em relação aos efeitos, aceitação e escolha do medicamento, de modo que o profissional ao oferecer a informação adequada ao paciente, bem como considerá-lo agente ativo em sua escolha, estimulará a aceitar o medicamento fazendo com que suas crenças se sobreponham as apreensões quanto ao fármaco prescrito ocasionando melhor adesão (GIMENES; ZANETTI; HAAS, 2009).

No estudo de Araújo et al. (2010) que avaliou a aderência de diabéticos aos hipoglicemiantes orais o número de comprimidos e o tipo de fármaco foram citados, de modo que pacientes que apresentam esquema terapêutico com menor quantidade de comprimidos tendem a utilizá-los mais corretamente, não sendo propensos ao esquecimento. Quanto ao tipo de fármaco prescrito o uso dos hipoglicemiantes orais é mais frequente do que a insulina, estando relacionado a facilidade para manuseio e menos restrições quanto ao uso.

Ademais o conhecimento deficiente e a negatividade dos efeitos colaterais correlacionaram-se com adesão, sendo demonstrado por Gimenes, Zanetti e Haas (2009), onde indivíduos com déficit de conhecimento apresentaram-se 80,8% mais aderentes do que aqueles com conhecimento, evidenciando que não somente o entender é suficiente para

efetivar adesão, mas a escolha do mesmo em seguir o tratamento. Já a ausência dos efeitos colaterais também contribuiu, estando presente em 93,8% dos indivíduos.

Em relação aos aspectos sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade e renda familiar) apenas dois autores ressaltaram a sua correlação com adesão ao tratamento medicamentoso. No tocante ao sexo no estudo de Gimenes, Zanetti e Haas (2009) os homens aparecem com maior percentual de adesão (85,7%) do que as mulheres (75%), divergindo da literatura que propõe a classe feminina como mais aderente ao autocuidado, sendo justificado pelo fato das mesmas serem mais predisponentes ao estresse e as alterações na saúde mental do que os homens. Quanto à idade, o diabetes encontra-se prevalente entre as pessoas idosas, as quais tem apresentado uma maior adesão do que os jovens, mostrando a responsabilidade e o comprometimento em seguir as devidas orientações.

No que concerne à escolaridade indivíduos com maior grau de instrução são mais aderentes ao tratamento, uma vez que possuem melhor capacidade para interpretar as informações concernentes ao conhecimento sobre a doença e a terapia. Em contrapartida a baixa escolaridade gera influências negativas, pois limita a compreensão dos mesmos pela deficiência em ler as prescrições e entender a fala, podendo assim, aumentar os riscos à saúde (RODRIGUES et al., 2012).

Quanto à renda familiar, os indivíduos diabéticos com renda elevada são mais propensos a contribuir com as orientações medicamentosas, pois apresentam maiores oportunidades de adquirirem a medicação, quando necessário, além de poderem se descolar aos serviços de saúde com maior facilidade, utilizando transportes alternativos (OLIVEIRA et al., 2014).

No que diz respeito à doença os autores ressaltaram o conhecimento acerca da mesma, o tempo de diagnóstico como participantes da adesão a terapia não medicamentosa e o tempo de tratamento a medicamentosa. O conhecimento da doença gera implicações na tomada de atitudes corretas por parte do diabético, pois quanto mais ele adquira conhecimento sobre a mesma melhor será seu manejo em relação à terapêutica apropriada e requerida para manter seu equilíbrio metabólico (XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009).

Quanto ao tempo de diagnóstico, Faria et al. (2013) em seu estudo observou que pacientes com mais de 10 anos de diagnóstico, apareceram com maior adesão tanto para o tratamento medicamentoso como para a prática de exercícios e a alimentação, relacionando esse fato ao maior conhecimento da doença. O que também pode estar relacionado a compreensão do surgimento ou presença das complicações que podem acontecer, bem como

dos grandes impactos que essas podem proporcionar em suas vidas, tornando-os assim mais sensibilizados a terapia.

Apenas um estudo apresentou o tempo de tratamento como fator colaborador, no qual pacientes com mais de dois anos de tratamento mostraram-se aderentes a terapia medicamentosa, sendo justificado que, ao longo do tempo acontece uma diminuição das atitudes de negação da doença, resultando no seguimento apropriado do plano terapêutico (DALCEGIO et al., 2009).

A não evidência de fatores relacionados à adesão a terapia não medicamentosa demonstra que o cumprimento da terapia não medicamentosa não necessariamente dependerá da medicamentosa, apesar da importância de ambas para garantir o controle glicêmico. Enquanto que a condição sociodemográfica aparece na literatura como fator condicionante já que o diabetes requer uma alimentação balanceada e um conhecimento adequado.

**Quadro 4** – Categorias temáticas e fatores contribuintes para não adesão à terapia medicamentosa e não adesão à terapia não medicamentosa

<b>Artigos</b>	<b>Categoria Temática</b>	<b>Fatores contribuintes para não adesão a terapia medicamentosa</b>	<b>Fatores contribuintes para não adesão à terapia não medicamentosa</b>
A1, A4, A9, A12, A17	Assistência ineficaz	Negatividade dos serviços de saúde	Falta de capacitação e integração dos profissionais Família e amigos Ausência de educador físico Falta de ambiente adequado para a prática das atividades
A4, A6, A11, A12, A15, A16, A19	Doença	Tempo de diagnóstico Tempo de doença Conhecimento deficiente da doença Associação da doença com	Conhecimento e representação acerca da doença Conhecimento das complicações Valores adequados

		<p>antecedentes pessoais de etilismo</p> <p>Depressão</p>	<p>do colesterol</p> <p>Qualidade das informações</p> <p>Conhecimento deficiente dos familiares</p> <p>Sintomas decorrentes do envelhecimento</p> <p>Fadiga</p> <p>Edema</p> <p>Dor</p>
A11, A8	Comunicação ineficaz	<p>Comunicação equipe/paciente</p> <p>Qualidade das informações</p>	Qualidade das informações
A1, A2, A4, A6, A12, A14, A15	Esquema terapêutico	<p>Reações adversas</p> <p>Falta de compreensão do medicamento</p> <p>Tempo de uso de medicamentos</p> <p>Polifarmácia</p> <p>Horários da medicação</p> <p>Esquecimento e atraso no uso da medicação</p> <p>Forma de apresentação do fármaco</p> <p>Complexidade da farmacoterapia</p>	-
A3, A4, A8, A10	Condição psicossocial	-	<p>Aspectos socioeconômicos e psicossociais</p> <p>Valores culturais</p> <p>Alta escolaridade</p>

A8, A9, A12, A20	Plano alimentar	-	Complexidade do comportamento alimentar  Preparo diferenciado dos alimentos  Perda do prazer de comer e beber
------------------	-----------------	---	---

**Fonte:** Elaborado pelos Bancos de dados LILACS, SciELO, BDEF, Medline (2004-2014).

A configuração do quadro 4 evidencia que as categorias temáticas identificadas foram: assistência ineficaz, doença, comunicação ineficaz; esquema terapêutico; condição psicossocial e plano alimentar. Dentre estas categorias, o quadro 4 ainda revela que, as categorias temáticas, condição psicossocial e plano alimentar não tiveram fatores contribuintes no que se refere a não adesão a terapia medicamentosa.

A assistência ineficaz sugere a necessidade dos profissionais de saúde tornarem-se mais criativos e ativos distanciando-se de ações curativistas, ou seja, direcionar-se nas intervenções de riscos com foco nas ações de educação em saúde, tanto para o paciente quanto familiares, visando controlar a doença prevenido o aparecimento de outras enfermidades. Pois, por ser uma doença crônica, pode desenvolver complicações em longo prazo, levando a alterações degenerativas, acidente vascular cerebral, aterosclerose, amputação e/ou comprometimento renal, que precisam continuamente estar sendo avaliados (POTTER; PERRY, 2009).

Ainda quanto à assistência ressalta-se a necessidade da capacitação profissional e integração de todos os agentes detentores do cuidado, para que assim, seja possível uma eficaz orientação que perpassa o uso da medicação, alimentação e prática de atividade física, englobando as necessidades biopsicossocioespirituais do paciente como algo indispensável ao tratamento, garantindo assim intervenções efetivas para o controle da doença e qualidade na assistência que permitirão qualidade de vida (COSTA et al., 2011).

Contudo, é possível identificar lacunas nos serviços de atenção à saúde, que comprometem a qualidade da assistência, seja pela falta de suporte físico e material, ou carência da equipe multiprofissional, podendo afetar a motivação dos pacientes em participarem com maior fervor das ações de saúde, adesão terapêutica e continuidade do tratamento (PÉRES et al., 2008). Quanto ao uso do álcool apenas um estudo apresentou-o como dificuldade para adesão do tratamento medicamentoso, podendo comprometer a

assistência, pois os pacientes ao ingerirem bebida alcóolica relataram não realizar a tomada da medicação adequadamente, mesmo nos casos de doses únicas diariamente (DALCEGIO et al., 2009).

Acerca da doença, percebe-se a necessidade de desenvolver estratégia de cuidado, na perspectiva da educação em saúde, que contemplem conscientização sanitária, fatores condicionantes e complicadores da doença, visando uma melhor prevenção de enfermidades.

Estudo realizado por Cotta et al. (2008) evidencia que metade dos entrevistados desconheciam as causas e sintomas do diabetes, dos que apresentaram algum conhecimento, 16,6% referiram a hereditariedade ser a causa da doença, enquanto 33,33% fatores dietéticos e emocionais. Dentre os sintomas citados, destacou-se a hipoglicemia (26,67%), polidipsia (20,0%), poliúria (10,0%) e polifagia (3,33%), enquanto que dores nas pernas, pés, dormência nas mãos e pés, cefaleia, cansaço ou ausência de sintomas apareceram em menor frequência (30,0%)

No que diz respeito às doenças, neste estudo, a depressão apresentou associação significativa com a não adesão, demonstrando que pacientes diabéticos são mais propensos a desenvolvê-la. Essa enfermidade surge devido às modificações, necessárias, nos hábitos de vida a fim de ser garantido o controle glicêmico, bem como pelo aparecimento das complicações decorrente do tempo da enfermidade, além das irregularidades no nível glicêmico (BORGES; GORAYEB; FOSS-FREITAS, 2013). Enquanto que as comorbidades e os sintomas recorrentes do envelhecimento como artrite, angina, edema e dores, dificultam e limitam a realização de atividade física, implicando na necessidade de fortalecer o tratamento medicamentoso (MANTOVANI et al., 2011).

Como fator contribuinte para não adesão à terapia medicamentosa a comunicação ineficaz destacou-se. No entanto, para que o uso da comunicação se torne eficaz, é necessário que o enfermeiro emita uma mensagem capaz de ser compreendida e decodificada pelo paciente, que emitirá ao enfermeiro uma mensagem de retorno, externando a compreensão da mensagem, denotando o *feedback* positivo da interação, para a partir daí o enfermeiro estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente a necessidade individual de cada paciente (SILVA, 2009). Desta forma, destaca-se que a comunicação enquanto inerente a todo ser humano, deve está presente durante toda assistência de enfermagem ao paciente diabético, em qualquer nível de atenção a saúde.

No tocante as orientações quanto o esquema terapêutico, é fundamental que o enfermeiro conheça o mecanismo de ação dos antidiabéticos, para melhor orientar sobre a terapêutica medicamentosa, enfatizando sua eficácia, abordando desde o nome da droga, ao

horário de uso e dose, bem como mecanismo de ação e conduta a ser seguida frente à ocorrência de hipoglicemia (SMELTZER; BARE, 2009).

No entanto, este estudo evidenciou que apesar dessas recomendações serem de conhecimento dos profissionais, ainda existe uma fragilidade a respeito dessas orientações, contribuindo para a não adesão a terapia medicamentosa, o que de contra partida compromete a vida dos pacientes, deixando-os mais susceptíveis ao aparecimento das complicações, supracitadas.

Referente à condição psicossocial e plano alimentar, notabiliza-se sua contribuição para não adesão à terapia não medicamentosa, o que mais uma vez pode relacionar-se a ineficácia da comunicação, quando os profissionais deixam de lado seu papel de educador e incentivador, desconsiderando a individualidade de cada ser, comprometendo a qualidade de vida dos pacientes.

A condição psicossocial compreende os aspectos socioeconômicos, culturais e escolaridade. O baixo nível econômico impossibilita um bom cumprimento do esquema terapêutico, em especial o plano alimentar, sendo referido pelos pacientes dificuldades em adquirir os alimentos prescritos e produtos dietéticos. Por isso, sugere-se cautela aos profissionais durante as orientações alimentares, buscando sempre ajustar a dieta com as condições financeiras de seus clientes (PONTIERI; BACHIN, 2010).

Visto que, o cumprimento da dieta prescrita compreende alguns significados, pois o ato de comer é complexo, não sendo entendido somente como o ato de ingerir os alimentos, mas relacionando-se com os sentimentos, emoções e aspectos culturais dos indivíduos. Assim, a realização da dieta é muitas vezes assimilada pela perda do prazer de comer e beber, resultando na não adesão (OLIVEIRA; FRANCO, 2010). Frente ao exposto, a efetividade do tratamento do DM requer do paciente uma escolha decisiva, diariamente, principalmente quanto ao seguimento do plano alimentar, por ser referido pelos mesmos como principal desafio terapêutico.

Quanto aos valores culturais, esses precisam ser considerados como parte do cuidado ao diabético, dando-se ênfase as crenças que determinam as atitudes e conservam os comportamentos do sujeito (RODRIGUES et al., 2012). Em relação a escolaridade, observou-se no estudo de Boas et al. (2011) que pacientes com alta escolaridade apresentaram baixa adesão terapêutica devido a quantidade de compromissos no trabalho e pouco tempo para realizar atividade física.

Não visualização de fatores contribuintes a não adesão à terapia medicamentosa, na categoria temática condição psicossocial e plano alimentar pode relacionar-se a uma boa

acessibilidade dos medicamentos por parte dos pacientes e a percepção dos mesmos quanto ao plano alimentar, por não interferir na terapia medicamentosa.

**Quadro 5** – Categorias temáticas e ações que facilitam adesão à terapia medicamentosa e não medicamentosa

Artigos	Categoria Temática	Ações que facilitam adesão a terapia medicamentosa e não medicamentosa
A1, A2, A7, A9, A12, A19, A20	Promoção à saúde	Educação em saúde Desenvolver atividades para autocuidado Fortalecer as atividades de promoção de saúde Estabelecer diálogo e vínculo Adotar e incentivar as políticas de atenção ao diabetes Rodas de conversa Intervenção individual e grupal Espaço para prática de exercícios físicos
A2, A7, A11, A20	Multiprofissionalidade	Cuidado individualizado, multiprofissional e de qualidade Visitas domiciliares sistemáticas

**Fonte:** Elaborado pelos Bancos de dados LILACS, SciELO, BDENF, Medline (2004-2014).

As ações que facilitam adesão a terapia medicamentosa e não medicamentosa, são observadas no quadro 4, evidenciados pelo categoria temática promoção da saúde e multiprofissionalidade.

De acordo com a Carta de Ottawa a promoção à saúde precisa ser compreendida como o processo de capacitação da comunidade, bem como das pessoas para transformar os fatores condicionantes da saúde em favor de sua qualidade de vida, tornando-os agentes participativos no controle deste processo, nas quais a melhoria saúde se insere (BRASIL, 2002b).

Entende-se, portanto, a promoção da saúde como uma estratégia que possibilita o conhecimento e identificação de fatores que conferem risco a saúde da população, permitindo



a criação de estratégias que reduzam as condições de vulnerabilidade, através da equidade e garantia do controle social, contribuindo na construção de ações que respondam às necessidades sociais em saúde.

Entre as principais ações de promoção evidenciam-se as de educação em saúde, as quais exercem influência no estilo de vida, favorecem a relação profissional/paciente e melhoram os ambientes social e físico. Como prática social, a educação em saúde, fundamentada no diálogo e na troca de conhecimento, contribui para entender o processo de promoção da saúde e a inter-relação do saber popular e científico. Desta forma, a realização de uma ação educativa tem por finalidade capacitar os indivíduos para conservarem sua saúde e de seus familiares por meio do acesso à informação de qualidade e oportunidades que possibilitam adotar hábitos saudáveis (SILVA et al., 2009).

Assim, a educação em saúde tem se apresentado como peça fundamental para prevenção e tratamento das doenças crônicas como o diabetes, por oferecer subsídios necessários para a sensibilização dos portadores e seus familiares, incentivando o autocuidado e as mudanças no estilo de vida.

É oportuno salientar que a educação em diabetes ou para o autogerenciamento da doença pode ser entendida como um programa que proporciona intervenções ao indivíduo com objetivo de oferecer conhecimentos, atitudes e habilidades indispensáveis para executar o autogerenciamento frente os cuidados da doença e possíveis intercorrências, como hiperglicemia e hipoglicemia, colaborando com a concretização de mudanças no estilo de vida, principalmente em relação aos hábitos alimentares e prática de exercício físico. Nesse sentido, a finalidade desse processo é habilitar o indivíduo a compreender, bem como estimular sua participação para o seguimento do esquema terapêutico diariamente (TORRES; PEREIRA; ALEXANDRE, 2011).

As práticas educativas podem ser executadas através de estratégias pedagógicas individuais e em grupo, sendo o profissional de enfermagem o principal agente executor dessas ações. No atendimento individual, o enfermeiro aborda temas relacionados a fisiopatologia da doença, principais sinais e sintomas, possíveis complicações, importância da dieta alimentar e da prática de exercícios físicos, dentre outros temas. Esse atendimento possibilita conhecer o indivíduo, seus hábitos de vida, seus anseios, suas dificuldades de realizar o autocuidado e a maneira ideal para consolidar o processo educativo. Enquanto o atendimento em grupo permite aos indivíduos a troca de experiências através do compartilhamento das dificuldades vivenciadas, garantindo um processo integrador para um melhor controle terapêutico (TORRES et al., 2009).

Deste modo, a promoção da saúde facilita à adesão a terapia medicamentosa e não medicamentosa, pois auxilia na produção do conhecimento sobre esses fatores, contribuindo para criação de estratégias que incentivam o paciente a adesão terapêutica, além de auxiliar no planejamento da assistência, bem como na execução e avaliação. Para eficácia da promoção à saúde, é necessária uma equipe multiprofissional, uma vez que a intervenção e o olhar conjunto de diversos profissionais possibilitam novos conhecimentos acerca da doença, promove o autocuidado, favorecendo o controle dos níveis glicêmicos, diminuindo os agravos trazidos pelo diabetes, proporcionando melhor qualidade de vida.

O cuidado multiprofissional requer interações e relações que possibilitam a troca de conhecimentos, especializações e habilidades entre os profissionais, objetivando uma assistência em todas as dimensões, garantindo o bem estar e a dignidade do paciente, ao passo que facilita a compreensão das necessidades, diminuindo riscos e problemas de saúde (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2009; FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009).

O Ministério da saúde recomenda a atuação multiprofissional a fim de garantir uma melhor assistência aos diabéticos seja no âmbito da atenção primária, secundária e terciária. Essa atuação requer a integração para o desenvolvimento das atividades interdisciplinares sejam estas individual e grupal, bem como orientações familiares referentes a reeducação alimentar, buscando motivar os indivíduos para mudança de comportamentos com o intuito de garantir o controle dos níveis glicêmicos e conseqüentemente qualidade de vida (COTTA et al., 2009).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Diabetes mellitus é uma condição crônica que se caracteriza pelo excesso de glicose no sangue, sendo o DM tipo 2 o mais frequente nos indivíduos. Essa condição pode trazer consequências graves mediante o não cumprimento das medidas terapêuticas, as quais envolvem o uso dos medicamentos, seguimento do plano alimentar e prática de atividade física. Assim, a adesão a essas medidas perpassa por uma diversidade de fatores que engloba paciente, familiares, e profissional de saúde.

No universo dos artigos estudados foram encontrados vários fatores contribuintes para o seguimento da terapia medicamentosa ou não, os quais se destacou o processo de comunicação profissional/paciente, que possibilita estabelecer o vínculo e auxiliar na tomada de decisão; qualidade da assistência, através do fornecimento de informações precisas da doença, a criação de grupos educativos, estrutura adequada dos serviços de saúde, bem como o conhecimento da doença. Enquanto os fatores não contribuintes para adesão destacou-se a assistência ineficaz, por meio da falta de capacitação dos profissionais, negatividade dos serviços de saúde, o conhecimento deficiente da doença, complexidade do plano alimentar e esquema terapêutico.

Em relação às ações que facilitam à adesão a terapêutica medicamentosa e não medicamentosa pode-se ressaltar a educação em saúde como principal ferramenta para o desenvolvimento das ações de autocuidado, tornando os indivíduos autônomos para executar suas habilidades além de permitir a troca de saberes.

Os resultados demonstraram que o profissional de saúde precisa estabelecer uma comunicação permanente com o paciente, dispor de informações qualificadas, orientar sobre a importância da dieta e da prática de exercícios, além do uso da medicação, proporcionar intervenção individual e grupal, e oferecer uma assistência qualificada e humanizada.

Este estudo de revisão possibilitou identificar os fatores contribuintes para adesão ou não a terapia medicamentosa e não medicamentosa, bem como as ações que facilitam esse processo. A explanação desses fatores propõe que o tratamento e prevenção do diabetes envolvem ensinamentos que culminem em mudanças nos hábitos e estilo de vida, bem como atuação multiprofissional da equipe de saúde, proporcionando aos pacientes e seus familiares informações que os motivem a adotar atitudes necessárias à manutenção do bem estar.

Recomenda-se que outros estudos sejam realizados através da revisão integrativa, para encontrar mais evidências e assim oferecer um melhor suporte a prática clínica. Por isso, a

relevância de estudos que busquem sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância de práticas de cuidado voltadas para motivar os pacientes a adesão à terapêutica.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma unidade básica de saúde do interior paulista. **J Health Sci Inst**, v. 30, n. 3, p. 255-60, 2012. Disponível em: <[http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03\\_julset/V30\\_n3\\_2012\\_p255a260.pdf](http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03_julset/V30_n3_2012_p255a260.pdf)>. Acesso em: 2 jul. 2014.
- AMARAL, J. J. F. **Como fazer uma pesquisa bibliográfica**. Fortaleza, jan., 2007. Disponível em: <<http://200.17.137.109:8081/xiscanoe/courses-1/mentoring/tutoring/Como%20fazer%20pesquisa%20bibliografica.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.
- ADA - AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes – 2013. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 36, Suppl. 1, jan., 2013.
- \_\_\_\_\_. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 34, Suppl. 1, p. S62-69, 2010.
- ARAÚJO, M. F. M.; FREITAS, R. W. J. F.; FRAGOSO, L. V. C.; ARAÚJO, T. M.; DAMASCENO, M. M. C.; ZANETTI, M. L. Cumprimento da terapia com antidiabéticos orais em usuários da atenção primária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 135-43, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/16.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2014.
- ARAÚJO, M. F. M. et al. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 2, p. 361-67, abr./jun., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/20.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2014.
- ASSIS, L. C.; SIMÕES, M. O. S.; CAVALCANTI, A. L. Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica, Brasil. **Rev Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 14, n. 2, p. 65-70, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/4189/3313>>. Acesso em: 8 jul. 2014.
- ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, Sup 2, p. 2189-2197, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900024&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900024&script=sci_arttext)>. Acesso em: 17 jul. 2014.
- BACKES, D. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. Evidenciando o cuidado de enfermagem como prática social. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 6, nov.-dez., 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_10.pdf)>. Acesso em: 06 jul. 2014.
- BAHIA, L. R. et al. The costs of type 2 diabetes mellitus outpatient care in the Brazilian Public Health System. **Value in Health**, v. 14, S 137-40, jul./ago., 2011. Disponível em: <<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/10983015/PIIS1098301511014252.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BELO HORIZONTE. Secretaria de Saúde. **Protocolo de diabetes mellitus de atendimento em angiologia e cirurgia vascular**. Belo Horizonte, 2011.

BOAS, L. C. G. V. et al. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Latino Am. Enferm.**, v. 20, n. 1, tela1-8, jan./fev., 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_08.pdf)>. Acesso em: 6 jul. 2014.

BOAS, L. C. G. V. et al. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 272-79, abr./jun., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a08v20n2>>. Acesso em: 27 jun. 2014.

BOAS, L. C. G. V.; FOSS-FREITAS, M. C., PACE, A. P. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 2, p. 268-73, mar./abr. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000200268&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000200268&script=sci_arttext)>. Acesso em: 23 jul. 2014.

BOAS, L. C. G. V.; LIMA, M. L. S. A. P.; PACE, A. E. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus: validação de instrumentos para antidiabéticos orais e insulina. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 1-8, jan./fev., 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt\\_0104-1169-rlae-22-01-00011.pd](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00011.pd)>. Acesso em: 13 jun. 2014.

BORBA, A. K. O. T. et al. Práticas educativas em diabetes mellitus: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 169-76, mar., 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000100022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100022)>. Acesso em: 8 jul. 2014.

BORBA, A. K. O. T.; MARQUES, A. P. O.; LEAL, M. C. C.; RAMOS, R. S. P. S.; GUERRA, A. C. C. G.; CALDAS, T. M. Adesão à terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos. **Rev Rene**, v. 14, n. 2, p. 394-04, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1172>>. Acesso em: 13 jul. 2014.

BORGES, A. M.; GORAYEB, R.; FOSS-FREITAS, M. C. Caracterização psicossocial de pacientes diabéticos de um hospital público universitário. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 2, p. 214-229, 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/CLIENTE/Downloads/796-3495-1-PB.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel-Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Informática do SUS. **SisHiperdia** – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso: 2 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil**. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. **Hiperdia - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos: manual de operação**. Rio de Janeiro, 2002a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002b.

BRAZ, J. M.; SILVA, M. R.; GOIS, C. F. L.; BRAZ, T. M.; SANTOS, V.; SILVA, L. A. S. M. Sintomas depressivos e adesão ao tratamento entre pessoas com diabetes mellitus tipo. **Rev. Rene**, v. 13, n.5, p. 1092-99, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/65>>. Acesso em: 13 jul. 2014.

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior. **Tipos de pós-graduação e suas diferenças**. CAPES, 2013. Disponível em: <<http://www.capes.com.br/>>. Acesso em: 08 jul. 2014.

CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1885-892, jul., 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000700028](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700028)>. Acesso em: 10 jul. 2014.

CARVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; VIANA, L. M. M. Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. esp., p. 930-36, 2011. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4\\_esp\\_pdf/a06v12esp\\_n4.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a06v12esp_n4.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2014.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Resolução 311 em 12 de maio de 2007.

CORREIA, L. O. S.; PADILHA, B. M.; VASCONCELOS, S. M. L. Completitude dos dados de cadastro de portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus registrados no sistema

Hiperdia em um estado do nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1685-697, jun., 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232014000601685&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000601685&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 5 jul. 2014.

COSTA, J. A. et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 2001-009, mar., 2011. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000300034&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000300034&script=sci_arttext)>. Acesso em: 18 maio 2014.

COTTA, R. M. M. et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1251-1260, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n4/a26v14n4.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2014.

COTTA, R. M. M. et al. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. **Physis**, v. 18, n. 4, p. 745-766, 2008.

DALCEGIO, M. et al. Adesão aos ADO: prevalência e fatores associados, **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 38, n. 4, p. 73-80, 2009. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/772.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

DIAS, J. C. R.; CAMPOS, J. A. D. B. Diabetes mellitus: razão de prevalências nas diferentes regiões geográficas no Brasil, 2002 – 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 239-44, jan., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a26v17n1.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

DISTRITO FEDERAL. Secretária de Estado de Saúde. Programa de Educação e Controle do Diabetes. **Protocolos de enfermagem: diabetes mellitus**. Brasília, 2012.

ESPÍRITO SANTO, M. B. et al. Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. **Enfermagem Rev.**, v. 15, n. 1, p. 89-91, jan./abr., 2012.

FARIA, H. T. G. et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 48, n. 2, p. 257-63, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reusp/v48n2/pt\\_0080-6234-reusp-48-02-257.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reusp/v48n2/pt_0080-6234-reusp-48-02-257.pdf)>. Acesso em: 27 jun. 2014.

FARIA, H. T. G. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 231-37, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/05.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. da. **Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família**.

FORTI, A. et al. Diabetes mellitus: classificação e diagnóstico. In: VILAR, L. **Endocrinologia clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.



GIMENES, H. T. et al. O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. **Cienc Cuid Saúde**, Maringá, v. 5, n. 3, p. 317-25, set./dez., 2006. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5034>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

GIMENES, H. T.; ZANETTI, M. L.; HAAS, V. J. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 41-7, jan./fev., 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692009000100008&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692009000100008&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 13 jul. 2014.

IDF - INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes atlas**. Disponível em: <[http://www.idf.org/sites/default/files/EN\\_6E\\_Atlas\\_Full\\_0.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf)> Acesso em: 18 maio 2014.

KAUARK, F. S.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da pesquisa: um guia prático**. Itabuna: Via Litterarum, 2010.

KIRCHHOF, A. L. C.; LACERDA, M. R. Desafios e perspectivas para a publicação de artigos: uma reflexão a partir de autores e editores. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 185-193, jan.-mar., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a21v21n1>>. Acesso em: 16 jul. 2014.

LIBERATO, S. M. D. et al. Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura, **Rev. Eletr. Enf.**, v. 16, n. 1, p. 191-98, jan./mar., 2014. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v16/n1/pdf/v16n1a22.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

LIMA, L. M. et al. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 323-29, jun., 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000200016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000200016&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 jun. 2014.

MANTOVANI, M. F. et al. Dificuldades no tratamento da doença crônica: relato de experiência de atividade de extensão. **Cienc Cuid Saúde**, v. 10, n.1, p. 157-61, jan./mar., 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10842>>. Acesso em: 13 jul. 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTÍNEZ, B. B.; FERREIRA, N. C. Avaliação da complexidade da farmacoterapia em diabéticos. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 22, n. 2, p. 133-38, 2012. Disponível em: <<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/512/508>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

MEDEIROS, C. C. M. et al. Prevalência dos fatores de risco para diabetes mellitus de servidores públicos. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 3, jul./set., 2012. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n3/pdf/v14n3a12.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a12.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2014.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, n. 17, v. 4, p. 758-64, out./dez., 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018)>. Acesso em: 10 jun. 2014.

OLIVEIRA, M. S. S. et al. Avaliação da adesão terapêutica de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 8, n. 6, p. 1692-1701, jun., 2014. Disponível em: <[http://www.file:///C:/Users/CLIENTE/Downloads/5376-57463-1-PB%20\(2\).pdf](http://www.file:///C:/Users/CLIENTE/Downloads/5376-57463-1-PB%20(2).pdf)>. Acesso em: 01 set. 2014.

OLIVEIRA, P. B.; FRANCO, L. J. Consumo de adoçantes e produtos dietéticos por indivíduos com diabetes melito tipo 2, atendidos pelo Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, SP. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, n. 54/5, p. 455-462, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v54n5/05.pdf>> Acesso em: 01 set. 2014.

PENICHE, R. M. P.; GIANI, A. C. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória: revisão. **Acta paul. enferm.**, v. 22, n. 4, p. 428-433, 2009. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso em: 06 jul. 2014.

PÉRES, D. S. et al. Representações sociais de mulheres diabéticas, de camadas populares, em relação ao processo saúde-doença. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 16, n. 3, maio/jun., 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt\\_09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_09.pdf)>. Acesso em: 26 jul. 2014.

PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 151-160, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000100021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100021)>. Acesso em: 21 jul. 2014.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar**. São Paulo: Santos, 2009.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RANG, H. P. et al. **Farmacologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

RODRIGUES, D. F. et al. Prevalência de fatores de risco e complicações do diabetes mellitus tipo 2 em usuários de uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 3, p. 277-86, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/10565/6826>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

RODRIGUES, F. F. L. et al. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 2, p. 284-290, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a20v25n2.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2014.

SANTOS, E. C. B. et al. A efetivação dos direitos dos usuários de saúde com diabetes mellitus: co-responsabilidades entre poder público, profissionais de saúde e usuários. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 461-70, jul./set., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/06.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

SBD - SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013-2014**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

\_\_\_\_\_. Departamento de Nutrição e Metabologia da SBD. **Manual de nutrição: profissional da saúde**. São Paulo, 2009.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde**. Brasília, 2010.

SILVA, A. R. V. et al. Educação em saúde a portadores de diabetes mellitus tipo 2: revisão bibliográfica. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 146-151, jul./set., 2009. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/554/pdf>>. Acesso em: 01 set. 2014.

SILVEIRA, D. T.; GERHARDT, T. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

SMELTZER, S. C. et al. Histórico e cuidados aos pacientes com diabetes melito. In: \_\_\_\_\_. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. v. 2.

\_\_\_\_\_. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico- cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <<http://www.einsten.com.br.html>>. Acesso em: 21 jun. 2014.

TORRES, H. C. et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 291-298, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/05.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2014

TORRES, H. C.; PEREIRA, F. R. L.; ALEXANDRE, L. R. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1077-1082, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v45n5/v45n5a07>>. Acesso em: 01 set. 2014.

TOSCANO, C. M. et al. Initial impact and cost of a nationwide population screening campaign for diabetes in Brazil: a follow up study. **BMC health services research**. London, v. 8, n. 189, 2008. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/189>>. Acesso: 10 jul. 2014.

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino Am. Enferm.**, v. 14, n.1, p. 124-31. jan./fev., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17>>. Acesso em: 2 jun. 2014.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva, 2003.

XAVIER, A. T. F.; BITTAR, D. B.; ATAÍDE, M. B. C. Crenças no autocuidado em diabetes - implicações para a prática. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 1, p. 124-130, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a15.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2014.

ZANETTI, M. L. et al. Evolução do tratamento de pacientes diabéticos utilizando o protocolo staged diabetes management. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 3, p. 338-44, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt\\_a16v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a16v20n3.pdf)>. Acesso em: 27 jul. 2014.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ADAPTADO DE URSI

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO ARTIGO	
TÍTULO DO PERIÓDICO	
AUTORES	Nome _____ _____ Local de trabalho _____ _____ Graduação _____ _____
PAÍS	
IDIOMA	
ANO DE PUBLICAÇÃO	

#### 2. TIPO DE PUBLICAÇÃO

PUBLICAÇÃO DE ENFERMAGEM	
PUBLICAÇÃO MÉDICA	
PUBLICAÇÃO DE OUTRA	

ÁREA DA SAÚDE. QUAL?	
----------------------	--

### 3. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO

TIPO DE PUBLICAÇÃO	
OBJETIVO OU QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	







**APÊNDICE D****INSTRUMENTO DE COLETA PARA DISTRIBUIÇÃO DAS PUBLICAÇÕES  
CONFORME AS AÇÕES QUE FACILITAM ADESÃO A TERAPIA  
MEDICAMENTOSA E NÃO MEDICAMENTOSA**

<b>Artigos</b>	<b>Grupo Temático</b>	<b>Ações que facilitam adesão a terapia medicamentosa e não medicamentosa</b>

## **ANEXOS**

## ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE  
(Pesquisador Responsável)**

Eu, **Fabiana Ferraz Queiroga Freitas**, professora da Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Campus Cajazeiras, responsabilizo-me pela orientação de **Thaise Cristina de Alencar Moreira**, discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem, no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado: **“Adesão de pacientes diabéticos a terapia medicamentosa e não medicamentosa: uma revisão integrativa da literatura”**. Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras, 25 de junho de 2014.

*Fabiana Ferraz Queiroga Freitas*

Fabiana Ferraz Queiroga Freitas

Pesquisador Responsável

## ANEXO B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE  
(Pesquisador Participante)

Eu, **Thaise Cristina de Alencar Moreira**, discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Campus Cajazeiras, responsabilizo-me junto com minha orientadora, **Fabiana Ferraz Queiroga Freitas** a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado: “**Adesão de pacientes diabéticos a terapia medicamentosa e não medicamentosa: uma revisão integrativa da literatura**”. Comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas por minha orientadora nas atividades de pesquisa e, junto com ele, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras, 25 de junho de 2014.

*Thaise Cristina de Alencar Moreira*

Thaise Cristina de Alencar Moreira

Pesquisador Participante