

PERFIL DO DIABETES MELLITUS NA CIDADE DE CARMO DO RIO VERDE – GO

DIABETES MELLITUS PROFILE
IN THE CITY OF CARMO DO RIO VERDE – GO

Filipe Caetano do Carmo

Curso de Farmácia, FACER Faculdades Unidade de Ceres-GO

filipe-caetano@hotmail.com

Sandra Lúcia Antunes Saldanha Campos

Curso de Farmácia, FACER Faculdades Unidade de Ceres-GO

sandraantunescampos@hotmail.com

Menandes Alves de Souza Neto

Mestre em Biologia Celular e Molecular - UFG

Coordenador do Curso de Farmácia

Docente da FACER Faculdades Unidade de Ceres-GO

menandesfarm@hotmail.com

RESUMO: Introdução: O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica e assintomática. Estudos apontam que o aumento de portadores da doença DM, está relacionado ao estilo de vida moderna. Sedentarismo, obesidade e má alimentação, são fatores que contribuem para o desenvolvimento do DM, sendo assim, mudanças na alimentação, no comportamento físico e a adesão ao tratamento regular, contribuem para redução das complicações provenientes da doença. **Objetivos:** Avaliar a adesão ao tratamento dos diabéticos cadastrados nas UBSs da cidade de Carmo do Rio Verde-Go. **Metodologia:** Foi realizada através de questionário autoaplicável com 21 perguntas, a 155 diabéticos com idade entre 23 a 84 anos, no período de Junho a Agosto de 2016 nas UBSs da cidade de Carmo do Rio Verde-Go. Os dados coletados forneceram informações de gênero, faixa etária, renda familiar, tipo de DM, a adesão ao tratamento, qual medicamento usado e as complicações decorrentes da DM. **Resultados e discussão:** Entre os 155 entrevistados, 49 eram homens e 106 mulheres, a média de idade ficou entre 60 anos, a renda mensal declarada foi de 1 a 3 salários mínimos, os dados mostraram que a maioria deles possuem DM2 e fazem acompanhamento com algum profissional seja ele particular ou da UBS. **Conclusão:** Os resultados mostrados através de tabelas deixam claro que 145 dos entrevistados já aderiram a algum tipo de tratamento, seja ele com medicamentos oral ou injetável. O restante 6,5% declara a não adesão a nenhum tipo de tratamento, por falta de orientação, ou pelo custo do medicamento, pois não tem acesso ao mesmo pela rede pública.

Palavras-chave: Saúde pública. Doença crônica. Terapia. Auto Imune.

ABSTRACT: Introduction: Diabetes mellitus (DM) is a chronic and asymptomatic disease. Studies indicate that the increase in DM patients is related to the modern lifestyle. Sedentary lifestyle, obesity and poor diet are factors that contribute to the development of DM. Therefore, changes in diet, physical behavior and adherence to regular treatment contribute to the reduction of complications from the disease. **Objectives:** To evaluate the adherence to the treatment of diabetics enrolled in the UBSs of the city of Carmo do Rio Verde-Go. **Methodology:** A self-administered questionnaire with 21 questions was asked of 155 diabetics aged 23-84 years, from June to August 2016 at the UBSs of the city of Carmo do Rio Verde-Go. Data collected provided information on gender, age, family income, type of DM, adherence to treatment, which medication was used and the complications resulting from DM. **RESULTS AND DISCUSSION:** Among the 155 interviewees, 49 were men and 106 women, the mean age was between 60 years, the monthly income declared was 1 to 3 minimum wages, the data showed that most of them had DM2 and follow up with Professional is either private or from UBS. **Conclusion:** The results shown through tables make it clear that 145 of the interviewees have already adhered to some type of treatment, be it with oral or injectable drugs. The remaining 6.5% declare non-adherence to any type of treatment, due to lack of orientation, or the cost of the medication, since it does not have access to the same by the public network.

Keywords: Public health. Chronic disease. Therapy. Auto Immune

Endereço para correspondência: Facer - Unidade Ceres
Av. Brasil, Qd 13 Morada Verde, Ceres-Go Fone: (62) 3323-1040

1 INTRODUÇÃO

2
3 A *Diabetes Mellitus* (DM) é uma doença crônica e de alta prevalência, classificada
4 como uma epidemia pela Organização Mundial de Saúde. Estima que 422 milhões da
5 população adulta no mundo tenha o diagnóstico clínico de diabetes, o que representa 8,5%
6 dos adultos do planeta. Essa patologia se manifesta quando organismo não produz insulina
7 suficiente, ou não consegue usar adequadamente a insulina que é produzida, causando assim a
8 hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras
9 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

10 De acordo com MARASCHIN (2010), a insulina é um hormônio anabólico essencial
11 para a conservação da homeostase de glicose e do crescimento e diferenciação celular. Esse
12 hormônio é secretado pelas células β das ilhotas pancreáticas em resposta ao aumento dos
13 níveis circulantes de glicose e aminoácidos glicogênicos após as refeições. Segundo
14 FEDERLEET (2011), A insulina regula a homeostase de glicose em vários níveis, reduzindo
15 sua produção de neoglicogênese hepática e aumentando sua captação periférica,
16 principalmente nos tecidos musculares e adiposos. Porém, existem casos em que indivíduos
17 podem apresentar resistência à ação da insulina.

18 Na visão de MENDES (2008), tal situação pode ocorrer quando as células betas
19 pancreáticas produzem a insulina, mas não o suficiente para baixar o nível sérico de açúcar no
20 sangue e, conseqüentemente, produzir a energia que o corpo necessita, ou quando ocorre uma
21 resistência do organismo à ação da insulina, as células do corpo não funcionam
22 adequadamente, conseqüentemente não conseguem captar a insulina e manter a glicose
23 controlada. GUIDONI (2009) diz que o DM2, é mais frequente, e corresponde a
24 aproximadamente a 85% a 90% dos casos e aparece insidiosamente, principalmente em
25 adultos após os 40 anos. No entanto, sua frequência tem aumentado em crianças e
26 adolescentes, devido o estilo de vida sedentário, e a obesidade.

27 O desenvolvimento do DM pode ocorrer de forma progressiva, em crianças e
28 adolescentes com maior incidência entre 10 e 14 anos. Já nos adultos ocorre mais
29 lentamente. A DM2 assemelha-se clinicamente ao DM1, pois as sintomatologias são
30 parecidas: polidipsia, poliúria, visão turva, astenia, glicosúria, síncope, infecções
31 | recorrentes, prurido cutâneo, anorexia e feridas que não cicatrizam. (LORBER,2014). _ O
32 DM é uma doença crônica e complexa, necessitando de cuidados médicos contínuos,
33 objetivando o controle glicêmico eficaz, a diminuição de complicações, dos custos
34 financeiros, da morbidade e da mortalidade associados à doença (DEBUSSCHE, 2014).

1 Os participantes dessa pesquisa se beneficiarão do papel educador, tendendo a
2 contribuir na melhoria de sua qualidade de vida e de outros, pois uma pessoa bem informada
3 tem maiores possibilidades de seguir à risca o tratamento médico, assim como reconhecer à
4 importância da adesão às formas de tratamento disponíveis. ADA (2015) refere duas formas
5 de tratamento para o DM que devem ser prescritas em conjunto com um único objetivo:
6 manter os níveis glicêmicos dentro dos padrões de normalidade. O método farmacológico,
7 que visa o controle através de drogas hipoglicemiantes e o método não farmacológico que é
8 mais voltado para mudanças no estilo de vida.

9 Tem sido destacado o valor do diagnóstico e terapia precoce, contudo necessita-se
10 conhecer a adesão ao tratamento dos doentes de Carmo do Rio Verde cadastrados nas UBS's,
11 a fim de prevenir as complicações da doença. Tratamento este que envolve segmentação de
12 mudanças no estilo de vida com práticas de atividades físicas, hábitos alimentares saudáveis e
13 a adesão às estratégias farmacológicas (LORBER, 2014). Além disso, ressalta a importância
14 do apoio contínuo da equipe multiprofissional (Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos,
15 Técnicos e Agentes de Saúde) e da família como características fundamentais na prevenção de
16 complicações agudas e redução do risco de complicações em médio e longo prazo (ADA,
17 2015; DEBUSSCHE, 2014). Contudo tem se como objetivo principal conhecer o perfil do
18 DM tipo 2 na cidade de Carmo do Rio Verde GO.

19

20 **METODOLOGIA PROPOSTA**

21

22 Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal de campo, retrospectivo e
23 exploratório. A pesquisa foi realizada com 155 diabéticos, cadastrados nas 03 Unidades
24 Básicas de Saúde (UBS's) existentes na cidade de Carmo do Rio Verde – GO, no período de
25 junho a agosto de 2016, através dos resultados de entrevista utilizando o questionário
26 composto por 21 questões abertas e de múltipla escolha.

27 Foi determinado como critério de inclusão: estar cadastrado no programa Hiperdia;
28 ser maior de idade; ser diabético; assinar o termo de consentimento livre e esclarecido;
29 questionários respondidos completamente e sem rasuras. Os critérios de exclusão,
30 determinados para esta pesquisa são: usuários cadastrados no programa, mas não
31 compareceram à reunião.

32 Os dados obtidos foram analisados, interpretados, e foram representados através de
33 gráficos analíticos; utilizando o software Microsoft Office Excel 2013® e IBM SPSS
34 statistics 21®. Foram realizadas as análises de frequência, e para as variáveis numéricas foi

realizada as análises de média e desvio padrão. A coleta de dados foi realizada, durante duas reuniões dos diabéticos catalogados. Sendo utilizado o cálculo para a determinação do tamanho da amostra, segundo MIOT (2011).

$$n = \frac{N \cdot \delta^2 \cdot (Za/2)^2}{(N-1)(E)^2 + \delta^2 \cdot (Za/2)^2}$$

Onde:

n= tamanho da amostra

Za/2= valor crítico para o grau de confiança usualmente, geralmente 1,96 (95%)

δ= desvio padrão populacional variável

E= erro padrão, usualmente +/- 5% da proporção dos casos (precisão absoluta), ou +/- 5% da média (1,05 x média)

N= tamanho da população finita

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada com 155 pessoas, sendo que, do quantitativo total da amostra estavam 106 mulheres e 49 homens (Tabela 1). De acordo com COUTO (2010), isso se dá, pois a adesão de mulheres aos serviços de saúde é maior seja para exames de rotina ou para cuidado preventivo e portanto, são mais facilmente diagnosticadas.

Observa-se que os homens são minoria, cerca de 31,5%, e 106 mulheres (68,5%), e a média de idade ficou entre 60 anos. Ainda na tabela 01, nota-se que 99% declararam renda mensal de 1 a 3 salários mínimos. Dentro da média brasileira que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009) é de 890 – 2400 Reais/Mês, alguns ainda declaram ser arrimo de família. Conforme tabela baixo:

Tabela 01: Perfil sócio demográfico dos pacientes, UBS's da cidade de Carmo do Rio Verde-GO. 2016

GÊNERO		RENDA FAMILIAR		IDADE		
Masculino	Feminino	1 a 3 Salários mínimos	4 a 6 Salários mínimos	23 a 45 anos	46 a 60 anos	61 a 84 anos
49	106	153	2	20	97	38
31,5 %	68,5%	98,7%	1,3%	13%	62,5%	24,5%

De acordo com MENDES (2008), a predisposição ao diagnóstico de DM2, são pessoas acima de 45 anos, devendo estes realizar testes periódicos para detecção precoce da doença. Pessoas com menos de 45 tem menos possibilidade de desenvolver a doença, salvos aqueles que obtêm fatores de riscos tais como, obesidade e a hereditariedade. No município foi averiguado que 62,5% dos entrevistados tinham mais de 45 anos, se equiparando com as afirmações de SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2015-2016).

Os estudos de ASSUNÇÃO (2011) revelam quanto menor a renda, menos os pacientes se aderiam a medidas não farmacológicas no tratamento da diabetes, como alimentação saudável e pratica de atividade física. No município estudado 98,7% referiram uma renda entre 1 a 3 salários mínimos, e 1, 3 refere de 4 a 6 salários.

Na tabela 02 observa-se que cerca de 32,3% dos entrevistados declararam não saber qual o tipo de diabetes possui. O que demonstra, que essa população não está sendo orientada adequadamente, podendo, portanto, refletir negativamente na adesão ao tratamento segundo LORBER (2014), é de extrema importância que o indivíduo conheça sua doença, para aderir com eficácia as medidas terapêuticas, sejam elas farmacológica ou não farmacológica, mas para isso a equipe multiprofissional deverá efetuar o seu papel de educador em saúde, proporcionando informações básicas ao doente.

Tabela 02: Tipo de diabetes e acompanhamento com o profissional de saúde.

TIPO DE DIABETES			FAZ ACOMPANHAMENTO COM PROFISSIONAL		QUAL PROFISSIONAL			
Tipo 1	Tipo 2	Não sabe o tipo	Sim	Não	Agente de saúde	Enfermeiro da UBS	Médico particular	Médico da UBS
8	97	49	145	10	11	30	5	109
5,2%	62,5%	32,3%	93,5%	6,5%	7%	19,5%	3,2%	70,3%

Nota-se que 93,5% dos pesquisados declaram fazer acompanhamento regular com algum profissional da saúde. Vale ressaltar que o profissional farmacêutico não foi citado por nem um entrevistado. Porém vale lembrar-se da importância desse profissional como parte do corpo clínico que atenderá esse doente, principalmente no quesito de orientar o usuário quanto à ação do medicamento no organismo e a sua importância no controle da glicemia.

1 (CARVALHO ET AL, 2012), o município dispõe de apenas um farmacêutico que está lotado
 2 na farmácia central, o que dificulta que o mesmo vá para o “campo”, para participar
 3 juntamente com a equipe das UBS’s das reuniões de grupos HIPERDIA (diabetes e
 4 hipertensão).

5

6 **Tabela 03:** Dieta e Atividades Físicas;

FAZ DIETA		FAZ ATIVIDADES FÍSICAS		TIPO DE ATIVIDADE		
Sim	Não	Não	Sim	Futebo	Academia	Caminhada
51	104	111	7	1	2	34
32,9%	67,1%	71,6%	4,5	0,6%	1,3%	21,9%

7

8 Na tabela 03, nota-se que 67,1% não fazem nenhum tipo de dieta, e 71,6% não fazem
 9 atividades físicas regularmente. O que demonstra que essa população não está aderindo às
 10 formas de tratamento não farmacológico, refletindo negativamente no controle glicêmico. De
 11 acordo com LORBER, (2014), isso ocorre pelo estilo de vida moderno, onde muitas vezes, a
 12 população aderem as formas fáceis de alimentação tais como *fast food*, enlatados,
 13 refrigerantes, açúcares e, paralelamente, usamos a falta de tempo ou excesso de serviço como
 14 argumento para a não pratica de atividade física. Segundo FARIA, (2014), mudanças em
 15 hábitos alimentares e no estilo de vida, são de extrema importância para o controle glicêmico
 16 como parte do tratamento não medicamentoso. Com isso, nota-se um déficit na adesão a essa
 17 forma terapêutica na população do município estudado, favorecendo, portanto, a possibilidade
 18 de complicações decorrentes da hiperglicemia.

19

20 **Tabela 04:** Descrição do tratamento.

TRATAMENTO		MEDICAÇÃO			
Antidiabético Oral	Insulina	Glibenclamida	Glibenclamida + Metformina	Insulina NPH	Metiformina
142	13	33	47	15	60
91,6%	8,4%	21,3%	30,3%	9,7%	38,7%

21

22 Na tabela 04, ficou claro que o Antidiabético Oral é o mais usado pelos
 23 entrevistados, pois 91,6% fazem uso dos comprimidos. Cerca de 38,7% utilizam a

1 Metiformina, e 30,3% fazem uso da Glibenclamida + Metiformina. As intervenções
 2 farmacológicas utilizadas no tratamento do diabetes, também são eficazes na redução e na
 3 incidência da mesma, porém devemos ressaltar que a união de medidas farmacológicas com a
 4 prática de atividades físicas, alimentação saudável são de extrema importância para evitar os
 5 picos de hiperglicemia (COUTO, 2010).

6

7 **Tabela 05:** Posologia e adesão à posologia.

QUANTIDADE POR DIA			SEMPRE NO MESMO HORÁRIO				
1 vez	2 a 3 vezes	4 a 6 vezes	Sim	Às vezes	Com frequência	Quase sempre	Raramente
1	153	1	62	9	12	67	5
0,6%	98,8%	0,6%	40%	5,8%	7,7%	43,2%	3,2%

8

9 Na tabela 05, verificamos que as dosagens da medicação muitas vezes ultrapassam
 10 02 vezes ao dia, dificultando assim que os entrevistados assimilem os horários. 98,8% usam a
 11 medicação de 02 a 03 vezes ao dia. Pela média de idade dos pacientes, eles, provavelmente,
 12 fazem uso de outros medicamentos para outras doenças, o que pode favorecer a confusão.
 13 Cerca de 43,2% nem sempre tomam no horário certo, e 40% deles tomam suas medicações
 14 regulamente no horário. Segundo ASSUNÇÃO (2014), é de extrema necessidade que a
 15 equipe de Saúde da família em suas reuniões com esse grupo intensifique sobre a importância
 16 do uso dos hipoglicemiantes orais nos horários prescritos, cabendo ao farmacêutico reorienta-
 17 los durante a dispensação do medicamento na farmácia da unidade. Esses dados
 18 epidemiológicos demonstra uma falha da assistência farmacêutica no município.

19

20 **Tabela 06:** Local de aquisição, disponibilidade e interrupção do tratamento.

AQUISIÇÃO		FALTA DE DISPONIBILIDADE DO MEDICAMENTO				INTERROMPE O TRATAMENTO POR FALTA DA MEDICAÇÃO			
Rede Pública	Rede Privada	Às vezes	Com frequência	Nunca	Raramente	Às vezes	Raramente	Nunca	Sempre
145	10	18	2	88	47	21	49	82	3
93,5%	6,5%	11,6%	1,3%	56,8%	30,3%	13,5%	31,6%	52,9%	1,9%

21

22 De acordo os dados da tabela 06, cerca de 93,5% declararam depender da rede
 23 pública para aquisição da droga, 56,8% destes referem que os hipoglicemiantes orais nunca

faltaram nas unidades básicas para ser dispensado aos usuários. Porém, mesmo com a ajuda da rede pública em fornecer a medicação, 1,9% alegam que já interromperam seu tratamento, seja por não conhecer a importância deles, ou até por não reconhecer sobre os malefícios e as possíveis complicações da hiperglicemia no organismo, mas 52,9% nunca interromperam o tratamento por falta da medicação. Vale ressaltar da importância dessa droga para o controle glicêmico e as possíveis complicações da não adesão às medidas de tratamento farmacológico e não farmacológico. A falta dos hipoglicemiantes pode afetar diretamente a adesão à terapêutica, uma vez que, a grande maioria da população portadora da DM2 nesse município depende da rede pública para aquisição do medicamento.

A prevalência na adesão ao tratamento farmacológico para o controle da glicemia é superior ao não farmacológico. ASSUNÇÃO (2014) em seu estudo descreve que a população, tem maior dependência ao uso de substâncias químicas como forma terapêutica, e que muitas das vezes são omissos ou resistentes a mudanças de comportamento ou de estilo de vida, para manutenção da saúde física e emocional.

Tabela 07: Interrupção do tratamento, a necessidade de ajuda para ministrar a medicação, a se é importante o tratamento;

INTERROMPE A MEDICAÇÃO POR SE SENTIR MELHOR			PRECISA DE AJUDA PARA MINISTRAR A MEDICAÇÃO		É IMPORTANTE SEGUIR O TRATAMENTO		
Às vezes	Nunca	Sempre	Sim	Não	Sim	Não	Às vezes
61	87	7	56	99	120	26	9
39,3%	56,2%	4,5%	36,1%	63,9%	77,4%	16,7%	5,8%

Na tabela 07 pergunta-se a eles se já deixaram de tomar a medicação por se sentirem melhora durante o tratamento. Cerca de 56,2% relatou que jamais deixou de tomar sua medicação por se sentir melhor, pois sabem que seguir o tratamento à risca é de extrema importância. Notamos que 63,9% necessitam de ajuda para ministrar a medicação. Alguns, por medo de confundir as doses ou não se lembram do horário, devido muitas vezes fazerem o uso de vários medicamentos. Outro fator que pode comprometer essa administração é a idade, visto que, grande parte desses usuários são idosos que podem ter algum grau de comprometimento cognitivo característico da idade CECILIO (2015). Uma média de 77,4% dos entrevistados tem a consciência que seguir o tratamento regularmente é muito importante, mas isso só não basta. De acordo com TOBIAS (2012), está sob os cuidados de um

1 profissional também é muito importante. A alimentação e as atividades físicas contribuem
 2 bastante para que individuo tenham uma vida saudável, pois quanto mais orientada e ciente o
 3 doente estiver, mais ele irá aderir ao tratamento.

4
 5 **Tabela 08:** Frequência em que é realizado o exame de glicemia, a falta de insumos para a
 6 realização desse exame e a oportunidade oferecida pela rede pública para a realização do
 7 exame de sangue.

REALIZA O EXAME DE GLICEMIA				FALTA INSUMOS			REALIZAÇÃO DO EXAME DE SANGUE		
Ás vezes	Raramente	Sempre	Nunca	Ás vezes	Sempre	Nunca	Ás vezes	Sempre	Raramente
58	4	62	31	67	73	15	51	103	1
37,4%	2,6%	40%	30%	43,2%	47,1%	9,7%	32,9%	66,4%	0,6%

8
 9 Na tabela 08, vimos que 40% dos entrevistados fazem o teste de glicemia mensal com
 10 frequência, e 47,1% diz que faltam insumos para a realização do teste de glicemia na rede
 11 pública, o que torna difícil o controle glicêmico, pois está com a diabete controlada é muito
 12 importante, e aferir a glicemia com frequência faz parte da adesão ao tratamento (MORAIS,
 13 2016). Pacientes com a glicemia descontrolada devem verificar a glicemia capilar a cada 24
 14 horas, até que a mesma esteja sob controle. Já os pacientes com glicemia controlada e
 15 assintomático, seria adequado estar aferindo mensalmente. 30 % dos usuários referem nunca
 16 aferir a glicemia, ficando claro que está faltando informação a esses doentes, visto que, o
 17 glicoteste é um método simples e eficaz necessário para diagnosticar a hiperglicemia
 18 (TOBIAS, 2012).

19 Quanto à falta de insumos para realização do exame de sangue, 66,4% dos
 20 entrevistados relataram faltar o material necessário para sua realização, o que pode interferir
 21 no tratamento, pois a DM2 é caracterizada como doença crônica, e a falta desses insumos
 22 interfere na manutenção da normoglicêmica, e conseqüentemente a equipe de saúde perde o
 23 parâmetro para análise da eficácia do tratamento (FARIA, 2014). Outro aspecto relevante a
 24 ser discutido é que em muitos casos o paciente pode estar com uma hiperglicemia e não
 25 desenvolver sinais e sintomas agudos (LEITE, 2016), sendo, portanto, fundamental a
 26 verificação da glicemia capilar esporadicamente para averiguar os níveis glicêmicos, e se tais
 27 insumos estiverem em falta acaba por deixar a população desassistida e vulnerável a
 28 complicações decorrentes da doença.

CONCLUSÃO

No município de Carmo do Rio Verde nota-se que existe uma grande adesão ao tratamento farmacológico, e baixa ao não farmacológico por parte de portadores dessa doença crônica ao tratamento (93,5%), sendo que a maioria absoluta desses são mulheres (68,5%) contra (31,5%) de homens, (56,8%) desses, informam nunca faltar a medicação na unidade. Uma amostragem considerável (32,3%) desses usuários poucos conhecem da sua doença, o que muitas das vezes, prejudica a continuidade dessa terapia multifatorial, favorecendo assim, o aparecimento de complicações a médio e longo prazo. Vale ressaltar que hábitos de vida saudável e de suma importância para o controle da DM2, logo, verificou-se que (67,1%) dos doentes, não são adeptos a um plano alimentar saudável e (71,6%) não praticam atividades físicas.

Contudo, verifica-se que apesar da adesão ao tratamento ser da maioria absoluta dos portadores de DM2, existe uma falha por parte da equipe multiprofissional das UBS's no quesito educação em saúde, e nas formas alternativas de controle da glicemia, tais como academia da saúde, grupos de caminhadas e acompanhamento nutricional.

BIBLIOGRAFIA

ANTUNES, A. C. S.; GEBARA, G. Z. Os direitos das pessoas portadoras de diabetes mellitus tipo 1-previsão legal e constitucional. Disponível em: http://www.unigran.br/revista_juridica/ed_anteriores/23/artigos/artigo10.pdf. Acesso em 17 mai. 2016.

BRASIL Diabetes. *DiabetesTipo1*. 2016. Disponível em: <https://www.bd.com/brasil/diabetes/page.aspx?cat=19151&id=19257>. Acesso em: 28 fev. 2016.

CARREIRO, T. G.; CUNHA, F. M. A. M. Abordagem fisioterapêutica na neuropatia diabética: uma revisão integrativa. **EFDeportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires, Ano 19, Nº 197, Out. de 2014.

LORBER, D. Importância da gestão do risco de doença cardiovascular em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v 10, n. 2, 2014.

1
2
3 CECILIO, H. P. et al. Comportamentos e comorbidade associados às complicações
4 microvasculares do diabetes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 2, 2015.

5
6 ADA, V. ; FOGALI, A. Prevalência e fatores associados ao diabetes em idosos no município
7 de Viçosa, MG. **Rev. Epidemiologia**, OUT-DEZ 2015; 18(4): 953-965

8
9 COUTINHO, T. et al. Diabetes gestacional: como tratar:[revisão]. **DIABETES WEKEEND.**
10 *Diabetes*. [s.d.]. Disponível em:<http://www.diabetes.med.br/diabetes/>. Acesso em 12 fev.
11 2016.

12
13
14 FARIA, H. T. G. et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia
15 Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 257-263, 2014.

16
17
18 FEDERLE, C. A. et al. Atuação do enfermeiro na cetoacidose diabética. Disponível em: **Voos**
19 **Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá**, Volume 03 Ed. 02 (Dez. 2011)
20 Caderno de Ciências da Saúde – ISSN 1808-9305
21 http://www.revistavoos.com.br/seer/index.php/voos/article/view/2011_CCS. Acesso em 04
22 fev. 2016.

23
24
25 GUIDONI, C. M. et al. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde:. Disponível em:
26 <http://www.scielo.br/pdf/bjps/v45n1/05.pdf>. Acesso em 28 fev. 2016.

27
28
29 ISER, B. P. M. et al. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, n. 2, p. 305-314, 2015.
30 Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00305.pdf> .
31 Acesso em 14 abr. 2016.

32
33
34 LEITE, S. A. O. et al. Pontos básicos de um programa de educação ao paciente com diabetes
35 melito tipo 1. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n2/10.pdf>. Acesso em: 28
36 fev. 2016.

37
38
39 MARASCHIN, F. J. et al. 2010 Classificação do Diabete Melito. **Arq. Bras.** Disponível em:
40 <http://www.scielo.br/scielo.php> . Acesso em 18 abr. 2016.

41
42
43 MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M.: *Fundamentos de Metodologia Científica*, 7. ed. **São**
44 **Paulo: Atlas**, 2010.

45
46
47 MIOT, A. H. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **Editorial. J. Vasc.**
48 **Bras.**, v. 10, nº 04, 2011.

49
50

- 1 MORAIS, G. F. C. et al. O diabético diante do tratamento, fatores de risco e complicações
2 crônicas. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a18.pdf>. Acesso em 03 fev.
3 2016.
4
5
- 6 PASQUALOTTO, K. R.; ALBERTON, D.; FRIGERI, H. R. Diabetes mellitus e
7 Complicações. **Biotec. Biodivers.** v. 3, N.4: pp. 134-145, Nov. 2012.
8
9
- 10 MOREIRA, P. C.; SILVA L. B.; **Revista eletrônica da FACER - Faculdade de Ceres**; v. 4,
11 n. 2 (2015): em <http://ceres.facer.edu.br/revista/index.php/refacer/search/results>.
12
13
- 14 SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Disponível em:
15 <http://www.diabetes.org.br/para-o-publico/diabetes/o-que-e-diabetes>. Acesso em: 10 fev.
16 2016.
17
18
- 19 STEVANIM, L. F. Doce Perigo. Diabetes: Epidemia Silenciosa exige mudanças nos hábitos e
20 desafia o SUS a garantir acesso a cuidados e medicamentos. **Radis nº 157**, out. 2015.
21
22
- 23 TOBIAS, R.F. Diabetes: Dificuldades e adesão ao tratamento, uma experiência adquirida na
24 prática. Faculdade de Medicina, Paracatu, 2012.
25
26
- 27 TAVARES, A. M. V. et al. Estratégias Para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica:
28 Diabetes Mellitus. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
29
30
- 31 ASSUNÇÃO, T. S ; URSINE, P.G.S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento
32 não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo programa saúde da
33 família. **Rev. Ciências Médicas**, n.10, v. 03, Ventosa, 2011.
34
35
- 36 CARVALHO, M. ; LUIZ, A. et al. 2012. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários
37 cadastrados no programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Rev. Ciências da Saúde**
38 **Coletiva**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 16 nov. 2016.
39