

ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS EM ÁREA RURAL DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE

Adherence to treatment of Diabetes Mellitus in a rural area of Vitória de Santo Antão - PE

Raquel de Fátima Santos de Farias¹, Ana Wlândia Silva de Lima²,
Antônio Flaudiano Bem Leite³, Zailde Carvalho dos Santos⁴, Ariane Auxiliadora
Dias, Ellen Cristina Barbosa dos Santos⁵

RESUMO

Objetivo: Este estudo teve como objetivo avaliar a adesão ao tratamento de indivíduos com diabetes que residem em um distrito da zona rural do município de Vitória de Santo Antão – PE, sobretudo no que se refere ao uso de medicação, a dieta alimentar e a realização de atividade física. **Método:** Participaram do estudo 57 pessoas com diagnóstico confirmado de diabetes mellitus e cadastradas na Unidade de Saúde da Família do distrito de Pirituba, no ano de 2010. Os dados foram obtidos mediante entrevista com os participantes em seu domicílio. Utilizou-se um questionário semiestruturado. Foi composto um banco de dados no software *Epi Info* 3.5.1, em que foi realizada a análise univariada, buscando verificar a existência de diferenças entre os indivíduos que aderiram e os que não aderiram ao tratamento, utilizando o teste exato de Fisher com IC a 95% e valor de p de 0,05. **Resultados:** Os resultados mostraram que dos 57 indivíduos diabéticos, 10 (17,5%) aderem ao tratamento recomendado. **Conclusão:** A baixa adesão ao tratamento de diabetes mellitus revela a necessidade de um modelo de atenção individualizado, levando em consideração a cultura local dos portadores de doenças crônicas residentes em áreas rurais.

PALAVRAS-CHAVE: Adesão do Paciente; Diabetes Mellitus; Atenção Básica; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to assess adherence to treatment of individuals with diabetes residing in a rural district in the city of Vitória de Santo Antão - PE, especially regarding the use of medication, diet and physical activity. **Method:** The study included 57 people with confirmed diagnosis of diabetes mellitus and registered with the Family Health Unit of the District of Pirituba in the year 2010. Data were collected through interviews with participants at their homes. We used a semi-structured questionnaire. It was composed of a database in *Epi Info* 3.5.1, where he performed univariate analysis seeking to verify the existence of differences between individuals who joined and those who did not adhere to treatment, using Fisher's exact test with 95% IC and p value of 0.05. **Results:** The results showed that among 57 diabetic patients, 10 (17.5%) adhere to the recommended treatment. **Conclusion:** Poor adherence to treatment of diabetes mellitus reveals the need for an individualized care model, taking into consideration local culture of chronic disease patients living in rural areas.

KEYWORDS: Patient Adherence; Diabetes Mellitus; Primary Care; Health Education.

¹ E-mail: quelfarias12@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade desta exercer adequadamente seus efeitos, caracterizada por hiperglicemia crônica.¹

O Ministério da Saúde,² em 2007, estimava que cerca de 246 milhões de pessoas no mundo seriam acometidas por diabetes; no Brasil esta estimativa era de 5,2% na população, sendo 18,6% em maiores de 65 anos. Em 2010, a *International Diabetes Federation* (IDF) divulga a prevalência de 300 milhões de diabéticos entre 20 e 60 anos de idade no mundo. Ocupando a quinta colocação em número de casos, o Brasil possui 7,6 bilhões de pessoas com diabetes. Se a epidemia, hoje considerada sem controle, não for inibida estima-se que, em 2030, existirão cerca de 450 milhões de doentes³ em todo o mundo.

O tratamento é complexo pela responsabilidade que exige do indivíduo em integrar e sequenciar todas essas tarefas comportamentais na rotina do dia a dia e na tomada de decisões relativas ao tratamento.⁴

A adesão dos indivíduos aos regimes terapêuticos tem sido um tema de crescente investigação e interesse para a saúde pública. A baixa adesão ao tratamento é universalmente reconhecida, em especial de doenças crônicas, e atinge, em média, 50% nos países desenvolvidos.⁵

A baixa adesão ao tratamento reduz os benefícios do mesmo, conduzindo a aumento desnecessário das dosagens ou utilização de fármacos mais potentes, aumentando os cuidados com a saúde e a diminuição da qualidade de vida dos doentes,⁵ além de exigir comportamentos complexos que devem ser integrados na rotina diária do portador.⁶

Os custos diretos para o atendimento ao diabetes variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e da complexidade do tratamento disponível. Indivíduos com diabetes precisam de, no mínimo, 2 a 3 vezes mais recursos para o cuidado com a saúde do que os não diabéticos.⁷ As complicações em longo prazo, decorrentes dessa doença crônica, representam um importante problema de saúde pública, tendo em vista que, para o tratamento das mesmas, há necessidade de incorporação de tecnologias de alto custo, onerando excessivamente o sistema de saúde.⁸

Alguns comportamentos podem ser adotados para definição da adesão ao tratamento, como: valor de glicemia em jejum, tempo de realização do último exame, uso de medicamentos, dieta alimentar, prática de exercícios físicos e frequência às consultas.⁹

O que se preconiza¹⁰ é que o tratamento de diabetes seja voltado para as mudanças no estilo de vida (realização

de exercício físico e dieta alimentar), a farmacoterapia e o controle glicêmico.

O diabetes, por ser uma doença crônica, precisa de cuidados de saúde contínuos, terapêutica que mantenha as taxas de glicose dentro dos parâmetros normais, progressiva adesão do paciente, rede de suporte para complicações agudas e crônicas e redução de fatores de risco a longo prazo.¹¹

Dentro desse contexto, a Atenção Básica desenvolve um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que compreende a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, bem como o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, desenvolvidas, principalmente pela estratégia de Saúde da Família.¹⁰ Nesse modelo de atenção à saúde, o cuidado ao indivíduo com diabetes deve se estender a sua família, pois as relações familiares, em alguma medida, interferem no processo saúde e doença de seus membros. Diante disso, entendemos que vivenciar o adoecimento promove mudanças em todos os aspectos da vida cotidiana, tanto pessoal quanto familiar, bem como requer atitudes que possibilitam enfrentar a situação posta, promovendo a busca pela reconstrução da identidade pessoal e familiar, ajudando o indivíduo a melhorar seu modo de viver, prevenindo complicações.¹²

Garantir a adesão ao tratamento exige, por parte dos profissionais de saúde, principalmente na atenção básica, sensibilidade quanto às recomendações terapêuticas, a alimentação, a prática de exercícios físicos e o controle glicêmico, cumprindo o protocolo do programa de controle, mas de acordo com a realidade cotidiana do indivíduo.

Portadores de diabetes que residem em áreas rurais, por exemplo, necessitam de abordagem diferenciada quanto às terapêuticas, que recomendam determinado estilo de vida, principalmente com relação a realizar dieta alimentar, já que essas pessoas, geralmente, alimentam-se de sua própria plantação.

Sob este aspecto, o presente trabalho visa avaliar a adesão ao tratamento de indivíduos com diabetes, que residem em um distrito da zona rural do município de Vitória de Santo Antão – PE, sobretudo quanto ao uso de medicação, a dieta alimentar e a realização de atividade física.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado no distrito de Pirituba, localizado na zona rural do Município de Vitória de Santo Antão - PE. Segundo o Censo Demográfico 2000, Pirituba possuía 8.172 habitantes, possui uma vila urbana onde se localiza a unidade de saúde, com cerca de nove sítios em seu entorno, que também são de cober-

tura da Equipe de Saúde da Família.

De um total de 61 indivíduos com diagnóstico confirmado de diabetes e cadastrados no Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), da Unidade de Saúde da Família, do distrito de Pirituba, 57, de ambos os sexos e idade entre 34 e 90 anos, participaram do estudo. A perda de unidade amostral de 6,5% do total ocorreu devido à impossibilidade da entrevista por hospitalização e mudança de endereço para outro município.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2010, por meio de entrevista domiciliar, com prévia explicação sobre os objetivos do estudo, convite e concordância da assinatura do termo de consentimento livre esclarecido. Utilizou-se um questionário semiestruturado já validado,¹³ que engloba variáveis sócio-demográficas, clínicas, histórico pessoal e familiar, hábitos alimentares e aspectos de adesão ao tratamento como: dieta alimentar, prática de exercício físico e uso farmacológico.

A adesão ao tratamento para este estudo levou em consideração a regularidade quanto à dieta alimentar re-

comendada, realização de atividade física e de medicação prescrita e a não adesão, a irregularidade quanto a qualquer uma dessas três variáveis. Os critérios utilizados para definição da adesão estão de acordo com o que é proposto pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), pelo Consenso Brasileiro de Diabetes (2002) e pela Atualização Brasileira de Diabetes (2006).

Foi composto um banco de dados no *Epi Info* 3.5.1, em que, posteriormente foi realizada a análise estatística e descritiva das variáveis.

Através do teste exato de Fisher, adequado a este estudo, devido ao universo pequeno da amostra,¹⁴ buscou-se identificar se existiam diferenças entre os grupos de adesão e não adesão, segundo cada variável do estudo, utilizando como parâmetro de significância valor de $\rho < 0,05\%$.

Este estudo foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, CAAE-0254.0.172.000-10, sendo aprovado para execução.

RESULTADOS

Os resultados sócio-demográficos revelam que do total de 57 portadores de DM entrevistados no Distrito de Pirituba mais da metade (79,0%) são mulheres, casadas (64,9%) com idade entre 30 a 59 anos. Em relação à ocu-

pação 54,4% são aposentados enquanto 33,3% trabalham na agricultura, com renda familiar referida entre 1 a 2 salários mínimos (71,9%). Em relação ao grau de instrução, 37 (64,9%) são alfabetizadas, porém 59,6% não concluíram o ensino fundamental. A religião católica prevalece entre os entrevistados com 84,2% de praticantes. (Tabela 1)

Tabela 1 - Análise univariada da adesão ao tratamento de diabetes mellitus e dados sócio- demográficos. Distrito de Pirituba, Vitória de Santo Antão – PE, 2010.

Características Gerais (Sócio- demográfico)	Adesão		Total	Teste exato de Fisher
	Sim N (%)	Não N (%)	N (%)	P
Sexo				
Masculino	1 (8,3)	11 (91,7)	12 (100)	0,320
Feminino	9 (20,0)	36 (80,0)	45 (100)	
Estado conjugal				
Casado (a)	6 (16,2)	31 (83,8)	37 (100)	0,492
Solteiro (a)	4 (20,0)	16 (80,0)	20 (100)	
Escolaridade				
Analfabeto	3 (15,0)	17 (85,0)	20 (100)	0,507
Alfabetizado	7 (18,90)	30 (81,1)	37 (100)	

Características Gerais (Sócio- demográfico)	Adesão		Total	Teste exato de Fisher
	Sim N (%)	Não N (%)	N (%)	P
Faixa etária				
30 a 59 anos	3 (10,3)	26 (89,7)	29 (100)	0,134
> 60 anos	7 (25,0)	21 (75,0)	28 (100)	
Renda				
> 1 (SM)	0 (0,0)	13 (100)	13 (100)	0,057
1 e 4 (SM)	10 (22,7)	34 (77,3)	44 (100)	
Total	10 (17,5)	47 (82,5)	57 (100)	-

Nota: N - Frequência absoluta

% - Frequência relativa

p - nível de significância

SM - Salário mínimo

Fonte: dados da pesquisa.

De acordo com a história pessoal, 96,5% e 78,9% não são etilistas e nem tabagistas respectivamente. Durante a entrevista, 38 (66,7%) referiram ter hipertensão arterial e 87,7% não apresentaram obesidade (Tabela 2). Ao anali-

sar os antecedentes familiares, observou-se que 77,2% referiram ter parentes com diagnóstico de diabetes mellitus e 80,7% com hipertensão arterial. (Tabela 3)

Tabela 2 - Análise univariada da adesão ao tratamento de diabetes mellitus e dados de história pessoal. Distrito de Pirituba, Vitória de Santo Antão – PE, 2010.

Características Gerais (História Pessoal)	Adesão		Total	Teste exato de Fisher
	Sim N (%)	Não N (%)	N (%)	P
Etilismo				
Sim	0 (0,0)	2 (100)	2 (100)	0,677
Não	10 (18,2)	45 (81,8)	55 (100)	
Tabagismo				
Sim	0 (0,0)	12 (100)	12 (100)	0,073
Não	10 (22,2)	35 (77,8)	45 (100)	
Obesidade				
Sim	2 (28,6)	5 (71,4)	7 (100)	0,355
Não	8 (16,0)	42 (84,0)	50 (100)	
Hipertensão arterial				
Sim	7 (18,4)	31 (81,6)	38 (100)	0,559
Não	3 (15,8)	16 (84,2)	19 (100)	

Características Gerais (História Pessoal)	Adesão		Total	Teste exato de Fisher
	Sim N (%)	Não N (%)	N (%)	P
Total	10 (17,5)	47 (82,5)	57 (100)	-

Nota: N - Frequência absoluta

% - Frequência relativa

p - nível de significância

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 3 - Análise univariada da adesão ao tratamento de diabetes mellitus e dados de história pessoal. Distrito de Pirituba, Vitória de Santo Antão – PE, 2010.

Características Gerais (História Familiar)	Adesão		Total	Teste exato de Fisher
	Sim N (%)	Não N (%)	N (%)	P
Diabetes mellitus				
Sim	10 (22,7)	34 (77,3)	44 (100)	0,057
Não	0 (0,0)	13 (100)	13 (100)	
Hipertensão arterial				
Sim	9 (19,6)	37 (80,4)	46 (100,0)	0,375
Não	1 (9,1)	10 (90,9)	11 (100,0)	
Total	10 (17,5)	47 (82,5)	57 (100,0)	
Total	10 (17,5)	47 (82,5)	57 (100)	-

Nota: N - Frequência absoluta

% - Frequência relativa

p - nível de significância

Fonte: dados da pesquisa.

Segundo a história da doença atual, 26 (45,6%) sabem de seu diagnóstico, há mais de 5 anos, 22 (38,6%) entre 1 e 5 anos e 9 (15,8%), há menos de 1 ano. A frequência de verificação glicêmica é realizada com prazos entre uma

e outra, variando diariamente a anualmente. Em relação ao índice glicêmico, observa-se que esses se concentram acima de 120 mg/dl (79,0%). (Tabela 4)

Tabela 4 - Frequência dos portadores de diabetes mellitus segundo história da doença atual e fatores relacionados à adesão ao tratamento. Distrito de Pirituba, Vitória de Santo Antão – PE, 2010.

CARACTERÍSTICAS	N	%
Tempo de diagnóstico da doença		
< 1 ano	09	15,8

CARACTERÍSTICAS	N	%
Tempo de diagnóstico da doença		
Entre 1 e 5 anos	22	38,6
> 5 anos	26	45,6
Frequência de verificação da glicemia		
Diariamente	01	1,8
Quinzenalmente	01	1,8
Mensalmente	15	26,3
Bimestralmente	13	22,8
Trimestralmente	21	36,8
Semestralmente	04	7,0
Anualmente	02	3,5
Valor da glicemia de jejum (última verificada/ referida ao pesquisador)		
70 a 100 mg/dl	08	14,0
100 a 120 mg/dl	04	7,0
120 a 180 mg/dl	18	31,6
> 180 mg/dl	27	47,4
Uso de medicamento		
Regular	50	87,7
Irregular	07	12,3
Dieta alimentar		
Regular	31	54,4
Irregular	26	45,6
Prática de exercício físico		
Regular	19	33,3
Não pratica	38	66,7
TOTAL	57	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

De acordo com fatores de adesão ao tratamento do DM elencados, pode-se observar que 50 (87,7%) dos entrevistados fazem uso regular do medicamento. A dieta alimentar recomendada é seguida, regularmente por

31 (54,4%). Em relação à prática de exercício físico, 19 (33,3%) praticam de forma regular. A diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa em relação à dieta alimentar onde o valor de p foi = 001 (Tabela 5).

Tabela 5 - Análise univariada da adesão ao tratamento de diabetes mellitus e dados de história pessoal. Distrito de Pirituba, Vitória de Santo Antão – PE, 2010.

Características Gerais (História da doença atual)	Adesão		Total	Teste exato de Fisher
	Sim N (%)	Não N (%)	N (%)	<i>p</i>
Uso de medicamento				
Sim	10 (20,0)	40 (80,0)	50 (100)	0,238
Não	0 (0,0)	7 (100)	7 (100)	
Dieta Alimentar				
Regular	10 (32,3)	21 (67,7)	31 (100)	0,001
Não pratica	0 (0,0)	26 (100)	26 (100)	
Prática de exercício físico				
Regular	10 (52,6)	9 (47,4)	19 (100)	2,139
Não pratica	0 (0,0)	38 (100)	38 (100)	
Total	10 (17,5)	47 (82,5)	57 (100)	-

Nota: N - Frequência absoluta

% - Frequência relativa

p - nível de significância

Fonte: dados da pesquisa.

Dos 57 indivíduos diabéticos acompanhados pela Unidade de Saúde da Família de Pirituba, em que foi considerado o somatório dos três componentes para considerar a adesão ao tratamento neste estudo, 10 (17,5%) aderem ao tratamento recomendado, enquanto 47 (82,5%) não aderiram (Tabela 5).

Os dados, segundo o teste exato de Fischer, demonstram não existir diferenças entre os grupos que aderem e não aderem ao tratamento, segundo as variáveis sociais, demográficas, histórico pessoal e familiar, em que o valor de *p* foi maior que 0,05.

Em relação às variáveis elencadas, para verificar a adesão ou não ao tratamento, uso de medicação, dieta alimentar e exercício físico, apresentaram-se diferenças estatísticas entre os grupos em relação a seguir a dieta alimentar recomendada com *p* valor de 0,001 (Tabela V).

DISCUSSÃO

Considerando as variáveis, uso de medicação, dieta alimentar e prática de exercício físico, verificou-se que dos 57 diabéticos entrevistados no distrito de Pirituba, a baixa adesão encontrada contradiz a outros estudos,¹⁴ que encontraram um percentual de adesão de (78,3%), em po-

pulação urbana participantes de um grupo de controle ao tratamento de um projeto universitário.

Dos 10 indivíduos que aderiram ao tratamento, a maioria de mulheres com idade acima de 60 anos e baixa escolaridade, corroborando com dados encontrados na literatura,¹⁵ 68% dos que aderem ao tratamento de DM são do sexo feminino e com baixa escolarização. Essa maior adesão do sexo feminino pode estar relacionada à perspectiva da divisão sexual, em que a assistência médica à família é estabelecida como atributo feminino, proporcionando, assim, um contato maior da mulher com o serviço de saúde.⁶

A baixa adesão verificada no distrito de Pirituba nos remete a refletir sobre o tratamento de doenças crônicas. Em um estudo,¹³ evidenciou-se que 50% dos portadores dessas enfermidades não conseguem aderir à terapêutica adequadamente. Em revisão bibliográfica, em que foi avaliada a adesão ao tratamento de diversas doenças crônicas,¹⁶ chama-se a atenção para o foco que é dado à maioria dos estudos que culpabiliza o doente pela não adesão, reduzindo a responsabilidade dos profissionais e dos serviços. Essa conclusão apenas contribui para a manutenção da não adesão. Acrescente-se, ainda, que a redução de protocolos de tratamento adequados às populações rurais

deve ser elaborada, considerando sua realidade territorial e devem-se acompanhar os protocolos fora das unidades de saúde.

O acompanhamento das recomendações ao tratamento em áreas de difícil acesso e de grande distância entre usuário e a unidade básica de saúde deve ser verificado com frequência pelo ACS, em sua visita domiciliar, pois nessa realidade certas recomendações são difíceis de serem realizadas. Pirituba possui uma vasta área rural com sítios, chácaras e outras formas de ocupação, sendo, portanto, o acesso à USF pelos usuários que moram nessas áreas, feito a pé, moto ou bicicleta. Assim, parece-nos plausível que a baixa adesão também possa ser atribuída às dificuldades de acesso geográfico e à distância para se percorrer até a unidade de saúde.

Outro fator que deve ser levado em consideração é a organização do processo de trabalho por parte da estratégia de Saúde da Família, em cujas condições é imprescindível a formação de grupos de autocuidado, que tenham encontros regulares para facilitar o deslocamento dos pacientes e/ou de profissionais aos locais do encontro,²⁰ aqui, preferencialmente, nas localidades mais distantes em detrimento à unidade de saúde. O profissional de saúde tem um papel importante no processo de adesão ao tratamento, já que atua como agente facilitador e mobilizador por meio da conscientização, mudança de comportamento e desenvolvimento da capacidade e habilidade do indivíduo para o autocuidado.²⁰

Atenção Básica em relação às doenças crônicas deve se remeter, principalmente à dimensão do cuidado, necessitando que haja uma responsabilização integral do usuário e o estímulo ao autocuidado.¹⁷ Para isso, o processo de trabalho das USF deve organizar o modelo de atenção para as doenças crônicas, hoje, ainda que centrado nas doenças agudas, valorizar seu papel na dimensão preventiva não subordinada à hegemonia curativa centrada no tratamento medicamentoso. Esse novo formato iria possibilitar, segundo os autores, uma maior aproximação dos profissionais à realidade do usuário, troca de experiências e, conseqüentemente, maior possibilidade de envolvimento no cuidado.

Quanto aos fatores de risco como tabagismo, etilismo e obesidade, observa-se que existe um comportamento saudável na grande maioria dos entrevistados, o que pode estar relacionado com o fato de a maioria ser mulheres, religiosas e de zona rural.

Apesar desse comportamento saudável, a existência de comorbidade, como a hipertensão arterial em 66,7% nos usuários de diabetes sinaliza para uma progressão negativa da doença.

De acordo com a dieta alimentar, foi identificado que

45,6% dos diabéticos não faziam dieta regularmente, resultado encontrado em outro estudo,¹⁸ em que se identificou que 54,5% da amostra estudada não aderem a essa terapêutica. Para que haja adesão ao programa alimentar proposto é importante considerar estilo de vida, rotina de trabalho, nível socioeconômico, medicação prescrita e hábitos alimentares anteriores à doença.⁶ Alguns autores recomendam o uso de um jogo educativo que auxilie tais pacientes na adesão à dieta alimentar, o qual poderá ser adaptado à região em que o portador de diabetes reside e a sua realidade nutricional.²¹

Em relação à prática de exercício físico, verificou-se, neste estudo, que 70% dos diabéticos não realizam atividades físicas regulares. A não existência de área específica para atividades físicas no distrito de Pirituba pode ser um fator que contribui para a baixa adesão quanto à realização de atividade física. A existência de locais para recreação a até 1500 metros da residência é uma condição significativa para a prática de atividades físicas.¹⁹

Analisando isoladamente cada fator que foi tomado como base para verificar a adesão, com o intuito de encontrar possíveis motivos e conseqüentes soluções, para uma maior participação dos usuários nesses tratamentos de longo prazo, chama a atenção o fato de mais de 85% dos portadores de diabetes fazerem uso regular de medicamentos; enquanto a dieta alimentar e prática de exercício físico ficam em segundo e terceiro planos, o que demonstra uma forte concepção do tratamento medicamentoso em detrimento de ações de promoção e prevenção, por parte dos diabéticos pesquisados nessa localidade.

CONCLUSÃO

A baixa adesão ao tratamento de DM em uma localidade rural como o distrito de Pirituba traz a necessidade de se pensar em modelos de atenção que considerem a realidade geográfica de portadores de doenças crônicas residentes nessas áreas.

Direcionar o olhar para a atenção integral do indivíduo, fortalecendo os princípios e diretrizes da estratégia de Saúde da Família, enfatizando a realidade da população rural, possibilitará uma melhoria no atual quadro de adesão terapêutica, por parte dos diabéticos e demais portadores de doenças crônicas residentes nessas localidades e que integram as áreas de cobertura das equipes de Saúde da Família.

Nesse grupo populacional, foram encontradas diferenças entre os grupos em relação à dieta alimentar, sugere-se melhor detalhamento quanto a essa associação, inclusive buscando as causas subjetivas.

Transformar em realidade, com foco nas unidades bá-

sicas de saúde, a responsabilidade educativa da população, por meio de acolhimento, palestras voltadas para discutir e informar sobre a real influência dos alimentos na manutenção de uma boa qualidade de vida dos diabéticos traria grande impacto no aumento do índice de adeptos às dietas.

Conclui-se que a adesão ao tratamento de doenças crônicas exige envolvimento integral do indivíduo e maior envolvimento da equipe de saúde e pretende melhorar a estrutura assistencial da atenção à saúde que, em áreas rurais, deve considerar a dimensão geográfica do território de intervenção, a história cultural e social dos indivíduos nessas localidades.

REFERÊNCIAS

1. Consenso Brasileiro sobre Diabetes. Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2. Rio de Janeiro: DIAGRAPHIC; 2002. 75 p.
2. Ministério da Saúde. Dia Mundial do diabetes – Dados estatísticos. 2007. [citado 2010 jan. 15]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=9793&janela=1>.
3. International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas – Prevalence-estimates. [citado 2010 nov. 27]. Disponível em: <<http://www.diabetesatlas.org/content/prevalence-estimates-diabetes-mellitus-dm-2010>>.
4. Silva I, Pais-Ribeiro J, Cardoso H. Adesão ao tratamento da diabetes Mellitus: a importância das características demográficas e clínicas. *Revista Referência*. 2006; 2:33-41.
5. Nascimento OD, Loureiro I. Adesão ao regime terapêutico da diabetes. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2007; 2:21.
6. Assunção TS, Ursine, PGS. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2008; 13(Suppl.2):2189-2197. [citado 2010 nov. 15]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900024&script=sci_arttext>. Acessado em 15/11/2010.
7. Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2004; 9(4): 885-895. ISSN 1413-8123. [citado 2010 nov. 11]. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n4/a10v9n4.pdf>>.
8. Grossi SAA, Pascali PM (Organização) Manual de Enfermagem – Cuidados de enfermagem em Diabetes Mellitus. Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo; 2009, p.171.
9. Dullius J. Educação em Diabetes através de Programa Orientado de Atividades Físicas (PROAFIDI). *Diabetes Clínica*, 2003; 7(3).
10. Brasil. Ministério da Saúde. SAS. Cadernos de Atenção Básica – Diabetes Mellitus. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 56 p.
11. American Diabetes Association (ADA). Standards of medical care in diabetes – 2010. *Diabetes Care*. 2010; 33(1):11-13.
12. Mattos M, Maruyama SAT. A experiência em família de uma pessoa com diabetes mellitus e em tratamento por hemodiálise. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009; 11(4):971-81. [citado 2010 nov. 15]. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a23.pdf>>.
13. Carrijo RS, Coleta MFD. A influência de variáveis psicossociais na adesão ao tratamento de pacientes diabéticos. *Horizonte Científico*. 2007; 1(7):1-25. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/article/viewFile/3828/2833>>.
14. Pagamo M, Gauvreau K. Princípios de bioestatística. Trad. Luiz Sergio de Castro Paiva. Revisão de Lúcia Pereira Barroso. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2004. p. 309-331.
15. Gimenes HT, Zanetti ML, Haas VJ. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2009; 17(1):46-51. ISSN 0104-1169. [citado 2010 out. 13]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_08.pdf>.
16. Reiners ALO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2008; 13 (Suppl 2), 2299 p. [citado 2010 nov. 11]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900034&script=sci_abstract&tlng=pt>.

17. Guidoni CM, Oliveira CMX, Freitas O, Pereira LRL. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2009; 45(1). [citado 2010 nov. 15]. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/bjps/v45n1/05.pdf>.

18. Torres AAL, Guimarães NG. Adesão ao tratamento dietético em pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos no Ambulatório de Nutrição do Hospital Regional da Asa Norte. *Nutrição Profissional*; 2008. p.47-53.

19. McComack GR, Giles-Corti B, Bulsara M. The relationship between destination proximity, destination mix and physical activity behaviors. *Prev Med*. 2008; 46(1):33-40. DOI:10.1016/j.ypmed. 2007.01.013.

20. Cosentino SF, Hesler LZ, Küster DK, Lunkes ÂCD, Rodrigues MGS, Ruzin SC. O grupo de educação em saúde como estratégia para a melhoria de qualidade de vida de diabéticos. *Rev Enferm UFPE [Internet]*. 2010; 4(3):1426-431 [citado 2010 out. 13]. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1006/pdf_142>.

21. Moura ERF, Bezerra CG, Oliveira MS, Damasceno MMC. Validação de jogo educativo destinado à orientação dietética de portadores de diabetes mellitus. *Rev. APS*. 2008 out./dez.; 11(4): 435-443. [citado 2010 nov. 15]. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/156/141>>.

Submissão: setembro de 2015.

Aprovação: outubro de 2015.
