

**ADESÃO E PRESERVAÇÃO
DO TRATAMENTO DE DIABETES TIPO II:
A RELAÇÃO DAS PESSOAS COM O DIABETES
TIPO II E OS MEDICAMENTOS**

SÉRGIO RICARDO DUARTE PALHAS

**ADESÃO E PRESERVAÇÃO
DO TRATAMENTO DE DIABETES TIPO II:
A RELAÇÃO DAS PESSOAS COM O DIABETES
TIPO II E OS MEDICAMENTOS**

SÉRGIO RICARDO DUARTE PALHAS

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Geraldo Alves
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof^a Dr^a Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof^a Dr^a Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof^a Dr^a Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof^a Dr^a Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
P161a	<p>Palhas, Sérgio Ricardo Duarte. Adesão e preservação do tratamento de diabetes tipo II [recurso eletrônico] : a relação das pessoas com o diabetes tipo II e os medicamentos / Sérgio Ricardo Duarte Palhas. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-815-1 DOI 10.22533/at.ed.151192511</p> <p>1. Diabetes – Diagnóstico. 2. Diabetes – Tratamento. I. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 616.462</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

Dedico este estudo, do fundo de meu coração, a Deus, por iluminar meus caminhos, e às pessoas mais presentes em minha vida: aos meus pais, por me terem dado educação e valores, a minha esposa, Adriana, pelo carinho e apoio incondicional em todos os momentos, e as minhas filhas Mariana e Beatriz que, de maneira especial, habitam meus pensamentos me levando a buscar mais conhecimentos.

“Qualquer aprendizado se tornará mais efetivo com as experiências, do que muitas teorias e conselhos massificados em vão, haja vista, até que, uma experiência nova concluída, muitas vezes acaba derrubando velhas teorias.”

Ivan Teorilang

SUMÁRIO

RESUMO	1
ABSTRACT	2
INTRODUÇÃO	3
CAPÍTULO 2	10
CONTEXTUALIZAÇÃO DO DIABETES	
CAPÍTULO 3	39
OS TIPOS DE MEDICAMENTOS E OS INDICADOS EM DIABETES	
CAPÍTULO 4	45
A PRESCRIÇÃO MÉDICA	
CAPÍTULO 5	53
PESSOA COM DIABETES E NÃO DIABÉTICO	
CAPÍTULO 6	58
IMPACTOS ECONÔMICOS E CUSTOS DOS TRATAMENTOS	
CAPÍTULO 7	62
COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR DE MEDICAMENTOS	
CAPÍTULO 8	70
O MARKETING APLICADO AO MERCADO FARMACÊUTICO	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA PROFUNDIDADE	102
APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	104
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO	105
APÊNDICE D – PERFIL DOS ENTREVISTADOS	108
SOBRE O AUTOR	109

Este estudo objetivou conhecer as crenças que norteiam as atitudes quanto à adesão e preservação do tratamento em pessoas com diabetes tipo II, sendo utilizada como forma metodológica a abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa, quatorze pessoas com diabetes tipo II, sendo utilizada a entrevista em profundidade, como técnica de coleta de dados. Através da análise, foram encontrados três temas de significação: a influência do conhecimento sobre o diabetes tipo II e suas consequências; as concepções sobre os tratamentos e a relação entre médicos e pacientes, bem como, o papel da família, e da sociedade em relação à pessoa com diabetes tipo II. Constatou-se, que as pessoas com diabetes tipo II possuem conhecimento teórico da importância em tomar os medicamentos de forma correta, e em conformidade com as prescrições e orientações médicas, mesmo entre aquelas que admitem rupturas no tratamento, ainda verificou-se que a família e o médico, são fatores determinantes na adesão e preservação do tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas; Diabetes; Medicamentos; Adesão; Tratamento.

ABSTRACT

This study aimed to know the beliefs that guide the attitudes regarding the adherence and preservation of the treatment in people with type II diabetes, being used as methodological method the qualitative approach. Fourteen people with type II diabetes participated in the study, and the in-depth interview was used as a technical for data collection. Through the analysis, three themes of significance were found: the influence of knowledge about type II diabetes and its consequences; conceptions about treatments and the relationship between doctors and patients; as well as the role of the family, and society in relation to the person with type II diabetes. It was found that people with type II diabetes have theoretical knowledge of the importance of taking medications correctly, and in accordance with prescriptions and medical guidelines, even those that admit of treatment disruptions, it was still verified that the family and the physician, are determining factors in adherence and preservation of treatment.

KEYWORDS: People; Diabetes; Medication; Adhesion; Treatment.

A palavra doença vem do termo em latim *dolentia*, que significa “sentir ou causar dor, afligir-se, amargurar-se”. Várias são as explicações para esse termo, mas especialistas consideram as doenças como manifestações patológicas que se apresentam em nosso organismo. Elas estão sempre associadas a sintomas específicos, levando o indivíduo que as apresenta a se privar de prazeres físicos, emocionais e mentais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009), a definição de saúde não trata apenas da ausência de doença, mas como uma situação de perfeito bem-estar físico, mental e social.

Em oposição à definição de saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define doenças crônicas (DC) como “doenças de longa duração e de progressão, geralmente, lenta” e o Centers for Disease Prevention and Control, define-as como “condições que não curam uma vez adquiridas [...] e que duram três meses ou mais” (OMS, 2003).

Como as doenças crônicas são consideradas doenças de evolução lenta, de longa duração e normalmente recorrentes, é necessário que o indivíduo adquira hábitos e atitudes que promovam a consciência para a autopreservação. Para tanto, a adesão aos tratamentos de maneira abrangente é primordial. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), define adesão como: “o quanto o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações acordadas com um profissional de saúde”, o que caracteriza um envolvimento colaborativo entre quem trata e quem é tratado. As doenças crônicas, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), apresentam um crescimento expressivo, tendo como consequência um elevado número de mortes em todo mundo, em torno de 17 milhões de pessoas a cada ano, ainda de acordo com esse mesmo relatório no Brasil, as mortes relacionadas às doenças crônicas superam os 60% das mortes totais, acarretando enormes custos econômicos e sociais.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), constituem uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos e nas grandes cidades brasileiras (LAURENTI, 1975). Entre essas doenças estão:

- Cardiovasculares,
- Cânceres,
- Diabetes Mellitus,
- Doenças respiratórias crônicas.

Um relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) assinala que a maioria das mortes prematuras em decorrência de doenças crônicas não transmissíveis são evitáveis. Das 38 milhões de vidas perdidas em 2012 por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), 16 milhões, ou seja, 42% eram prematuras e evitáveis (um aumento de 14,6 milhões mortes em relação a 2000). O relatório defende a adoção de medidas para conter a epidemia, especialmente em países de baixa e média renda, onde o número de mortes por doenças não transmissíveis está superando as doenças infecciosas. Quase três quartos de todas as mortes por doenças crônicas não transmissíveis (28 milhões) e 82% das 16 milhões de mortes prematuras ocorrem em países de renda média e baixa.

Embora alguns países estejam progredindo em direção às metas mundiais de DCNT, a maioria não as alcançará até 2025. Embora 167 países tenham unidades operacionais de DCNT dentro dos Ministérios da Saúde, o progresso em outros indicadores tem sido lento, especialmente em países de baixa e média renda.

Em dezembro de 2013, apenas:

- 70 países tinham pelo menos um plano operacional nacional de DCNT em consonância com o Plano de Ação Global de DCNT.
- 56 países tinham um plano para reduzir sedentarismo.
- 60 países tinham planos nacionais para reduzir dietas insalubres.
- 69 países tinham um plano para reduzir a carga do consumo de tabaco.
- 66 países tinham um plano para reduzir o uso prejudicial de álcool.
- 42 países tinham sistemas de monitoramento para informar sobre as nove metas globais.

De 2011 a 2025 as perdas econômicas acumuladas em um cenário comum nos países de baixa e média renda estão estimadas em 7 trilhões de dólares. A OMS estima que o custo de reduzir a carga global de DCNT é 11,2 bilhões de dólares por ano: um investimento anual de 1-3 dólares per capita.

Não há dúvidas de que o adoecimento traz, para o ser humano, em maior ou menor escala, apreensão e ameaça, podendo produzir desequilíbrio e desconforto que o levam ao limite de sua própria condição, refletir sobre ela e pensar na vulnerabilidade, na finitude e na imprevisibilidade, implícitas no ato de viver. Sanada a situação de adoecimento, o indivíduo se reequilibra e, como é próprio da condição humana, busca nesse equilíbrio restabelecer o sentimento de invulnerabilidade que

o faz sentir-se forte para lidar com as adversidades da vida (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Entre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), destaca-se o Diabetes Mellitus (DM), classificada como uma epidemia em curso de Diabetes Mellitus (DM). Atualmente, estima-se que a população mundial com diabetes seja da ordem de 387 milhões e que alcance 471 milhões em 2035. Cerca de 80% desses indivíduos vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade e há crescente proporção de pessoas acometidas em grupos etários mais jovens, as quais coexistem com o problema que as doenças infecciosas ainda representam (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2014).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (2007), seguem as principais características do Diabetes Tipo I e Diabetes Tipo II:

Diabetes tipo I, anteriormente conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos.

Diabetes tipo II, anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos. Os processos fisiopatológicos responsáveis pelo desenvolvimento do Diabetes Mellitus Tipo II são múltiplos, assim como sua evolução, suas manifestações clínicas, sua resposta à terapêutica e as medidas de prevenção; além de ser uma das patologias que gera maior incapacidade e mortalidade, ocupando grande parte dos recursos de saúde de todos os países.

O DM tipo 1 (DM1) é responsável por 5 a 10% de todos os casos diagnosticados de diabetes (FRANZ, 2002). O DM1 é uma das mais importantes doenças endócrino-metabólicas na faixa etária pediátrica. O tratamento deve ser orientado de forma individualizada, por uma equipe multiprofissional, e exige autodisciplina e cuidadosa educação do paciente e de sua família (RODRIGUES; SILVA, 2001).

O DM tipo 2 (DM2) é a forma presente entre 90% a 95% dos casos e é caracterizada por defeitos na ação e secreção da insulina. Em geral, ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta, porém pode haver predomínio de um deles. A maioria dos pacientes com essa forma de DM apresenta sobrepeso, obesidade ou deposição central de gordura, e a cetoacidose raramente desenvolve-se espontaneamente, ocorrendo apenas quando associada a outras condições, como, por exemplo, infecções ou estresse muito grave (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Dentre as doenças crônicas, o Diabetes Mellitus (DM) Tipo II, é a que tem chamado atenção das autoridades em saúde, em decorrência do seu aumento em faixas etárias cada vez menores (OMS, 2003). Em 1985, estimava-se que houvesse 30 milhões de diabéticos, tendo o número crescido para 135 milhões em 1995 e para 217 milhões em 2005. Acredita-se que este aumento seja devido, sobretudo, ao envelhecimento da população, à diminuição do exercício físico e ao aumento da proporção de obesos. No ano 2000, os cinco países com o maior número de diabéticos foram a Índia (31,7 milhões), a China (20 milhões), os Estados Unidos

(17,7 milhões), a Indonésia (8,4 milhões) e o Japão (6,8 milhões) (WILD et al., 2004). A Organização Mundial de Saúde reconheceu a doença como uma epidemia global. (OMS, 2011).

A não adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus Tipo II, que é o principal foco deste estudo, é um problema conhecido no cenário nacional e internacional, pois prejudica a resposta fisiológica à doença, a relação profissional-paciente, e aumenta o custo direto e indireto do tratamento. Verifica-se a necessidade de estudos que investiguem quais os entraves para um tratamento efetivo, e o que as pessoas portadoras de Diabetes Mellitus Tipo II necessitam para aderirem ao tratamento de forma efetiva. Este estudo também pretende investigar a associação entre adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus Tipo II e variáveis sociodemográficas, e verificar quais são os motivadores e as objeções que limitam a adesão ao tratamento do ponto de vista do paciente.

Ampliar o conhecimento da pessoa portadora de Diabetes Mellitus Tipo II, sobre a doença e suas consequências pode, provavelmente e supostamente, aumentar a aderência ao tratamento e gerar um maior impacto sobre a sua saúde do que qualquer melhoria nos tratamentos médicos disponibilizados.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Identificar o conjunto de crenças e atitudes que estão presentes na adesão e preservação do tratamento medicamentoso para o controle do Diabetes Mellitus Tipo II.

1.1.2 Objetivos específicos

Identificar o nível de conhecimento das pessoas com diabetes sobre o tratamento, dietas e estilo de vida.

Investigar os comportamentos relacionados à adesão e não adesão ao tratamento do Diabetes Tipo II.

1.2 Metodologia

1.2.1 Tipo de pesquisa

Este trabalho faz uso de metodologias de base qualitativa. Procura-se apresentar, no decorrer do texto, problemas que envolvem as pessoas com diabetes e a relação com os tratamentos; a delimitação do universo de pesquisa; a definição de critérios para a seleção dos sujeitos a serem entrevistados; a elaboração de roteiros de entrevistas e sua realização; a organização e a análise de dados qualitativos, entre outros; visando contribuir com as discussões relativas ao tema e estimular novas pesquisas sobre a questão.

Como a pesquisa é de natureza qualitativa, existe a possibilidade de compreender um problema na perspectiva das pessoas que o vivenciam, atentando-se ao contexto social em que o evento ocorre. Dessa forma, a pesquisa de campo conta com entrevista em profundidade, individual, que foi utilizada como técnica de coleta de dados.

Diehl (2004) explica a pesquisa qualitativa como aquela que objetiva a descrição da complexidade que permeia determinado problema, tornando-se preciso seu entendimento e a classificação dos processos de ordem dinâmica que são vivenciados pelos grupos, contribuindo então no processo de mudança, permitindo a compreensão das mais diversas especificidades dos sujeitos.

O delineamento incluiu técnicas qualitativas de coleta e análise de dados.

Participaram do estudo quatorze pessoas diagnosticadas com Diabetes Mellitus Tipo II. A seleção dos sujeitos atendeu aos seguintes critérios: ter mais de 35 anos; desejar participar do estudo; ter o diagnóstico estabelecido há, no mínimo, três anos. Os participantes selecionados tinham a faixa etária entre 35 e 70 anos de idade, sendo oito do sexo feminino e seis do sexo masculino, todos diagnosticados com Diabetes Mellitus Tipo II.

O nível de escolaridade dos participantes variou do ensino médio incompleto ao superior completo. Três participantes são aposentados e os demais se encontram exercendo alguma atividade laboral. Em relação à situação conjugal, nove participantes são casados, dois solteiros, dois divorciados e uma viúva. No que se refere à estrutura familiar, nove moram com seus cônjuges e filhos, três com parentes e três residem sozinhos. Todos os participantes residem na cidade de São Paulo, de forma que o recrutamento da amostra foi feito a partir de indicações de pessoas da comunidade, na cidade de São Paulo.

Utilizou-se ainda o critério de saturação dos dados para a determinação do número de participantes, o que foi alcançado com quatorze pessoas com diabetes entrevistadas.

Segundo Fontanella et al. (2008), a amostragem por saturação consiste em uma ferramenta conceitual que é frequentemente utilizada em relatórios de investigações qualitativas, em distintos âmbitos no campo de saúde, entre outros campos de pesquisa. Seu uso se dá a fim de estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra de estudo, impossibilitando a captação de novos membros.

Esse fechamento amostral por saturação teórica, segundo os autores, operacionalmente é definido como uma suspensão da inclusão de novos participantes quando os dados coletados apresentam, na percepção do pesquisador, alguma redundância ou repetição. Assim, é levado a considerar relevante a persistência na coleta de dados.

Noutras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos

dados que estão sendo coletados. Esta conotação/definição já vinha presente no texto que parece ter inaugurado o uso da expressão saturação teórica (theoretical saturation) (FONTANELLA et al., 2008, p. 17).

Fontanella et al. (2008) explicam que, quando se busca entender sobre fenômenos subjetivos – tais como significados culturais ou então psicológicos –, não significa que é necessário adotar, como se observa algumas vezes, um posicionamento subjetivista, que desconsidera até mesmo aspectos elementares da metodologia e de procedimento, argumentando que são preocupações positivistas desnecessárias.

Os autores entendem que seria possível efetivar e demonstrar algo que é fundamental e inevitável também em pesquisas qualitativas, isto é, estipular o tamanho final da amostra. Essa técnica de saturação teórica é sugerida pois contém procedimentos complexos – tanto em relação à organização quanto ao tratamento dos dados – mas que pode ser adaptada às particularidades de cada tema e trabalho.

No tema tratado, a saturação teórica ocorreu no momento em que o acréscimo de dados passou a não alterar a compreensão do fenômeno: a partir da décima quarta entrevista nenhuma nova informação foi identificada e considerada relevante para a teorização.

Com o objetivo de garantir o anonimato dos participantes, foram empregadas as seguintes denominações: Pessoa 1, Pessoa 2, Pessoa 3, Pessoa 4, Pessoa 5, Pessoa 6, Pessoa 7, Pessoa 8, Pessoa 9, Pessoa 10, Pessoa 11, Pessoa 12, Pessoa 13 e Pessoa 14.

Sendo assim, tal como ocorre no campo de estudo abordado neste estudo, as entrevistas em profundidade são adequadas em âmbitos cujo conhecimento sobre o fenômeno estudado é escasso, ou onde são necessárias percepções detalhadas partindo de perspectivas individuais. Essas também são especialmente adequadas à exploração de temas mais sensíveis, sobre aqueles em que os participantes podem se sentir desconfortáveis de tratar em um ambiente coletivo.

Haguette (1997) informa que a entrevista em profundidade será um processo de interação social que ocorre entre duas pessoas, uma delas assumindo o papel de entrevistador – cuja finalidade é obter informações por parte do outro; enquanto o outro assume o papel de entrevistado, aquele que oferecerá as informações. Assim, a entrevista é utilizada na coleta de dados essencialmente subjetivos, que são atrelados a valores, atitudes e opiniões dos sujeitos entrevistados.

Aos sujeitos de pesquisa selecionados, embora a entrevista em profundidade tenha um caráter mais aberto, foram estabelecidas algumas questões norteadoras para pautar a conversa. Tais questões centrais que fizeram parte dessas entrevistas foram:

- O que é o diabetes em sua opinião?
- Qual a sua opinião sobre o seu tratamento?

- Avalie o seu relacionamento com o seu médico?
- O que você acha dos medicamentos que deve tomar?
- Como é o acesso às medicações para o seu tratamento?

As entrevistas foram realizadas no período de junho a dezembro de 2016. Os depoimentos dos entrevistados foram gravados e, posteriormente, decupados (transcritos na íntegra), a fim de serem lidos cuidadosamente. Em seguida, as respostas foram agrupadas em temas e analisadas conforme análise de conteúdo (metodologia a ser mencionada no próximo capítulo), modalidade temática, buscando analisar o conteúdo simbólico das entrevistas, isto é, descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação.

Também foi aplicado um questionário com questões fechadas para a caracterização socioeconômica e cultural da amostra, o que ocorreu por meio de um questionário semiestruturado, aplicado no domicílio dos participantes, no momento da entrevista.

CONTEXTUALIZAÇÃO DO DIABETES

2.1 Adesão ao tratamento

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que em países desenvolvidos a não adesão a terapias de longo prazo gira em torno de 50%, sendo que esses valores são superiores em países menos desenvolvidos. Estudos nacionais indicam prevalências próximas a da OMS, reafirmando no contexto nacional o importante problema de saúde pública representado pela não adesão e suas potenciais consequências

O Projeto Adesão da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota como definição de adesão a tratamentos crônicos uma fusão de outras duas definições de Haynes (1978) e Rand (1993), que conceituam adesão como o grau em que o comportamento de uma pessoa – representado pela ingestão de medicação, pelo seguimento da dieta, e pelas mudanças no estilo de vida – corresponde e concorda com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde.

Existem diversas causas para a não adesão, podendo ser divididas em duas categorias: intencionais e não intencionais. O abandono não intencional é caracterizado quando o paciente deseja seguir o tratamento proposto, porém é impedido por fatores que estão fora de seu domínio, como, por exemplo, compreensão ou recordação das instruções, dificuldades de administração do tratamento, incapacidade financeira para aquisição da terapêutica ou, simplesmente, não tomar os medicamentos por esquecimento (THE NATIONAL COLLABORATING CENTRE OF PRIMARY CARE, 2009).

Segundo Gusmão e Mion Jr. (2006), ainda que muitas pesquisas relacionem a adesão ao tratamento com adesão à medicação, o termo é referente a diversos outros comportamentos relacionados à saúde que ultrapassam esse segmento de prescrição de medicamentos e envolvem também elementos atrelados ao sistema de saúde, fatores socioeconômicos e relacionados ao tratamento em si, ao paciente e à doença como um todo.

Os autores apontam que o projeto de adesão da Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, toma como premissa a definição de adesão a tratamentos crônicos como uma forma de fundir outras duas definições que tratam de conceituar a adesão com o nível em que o comportamento de um sujeito se representa por meio da ingestão de medicação, do cumprimento de dieta, das mudanças no estilo

de vida, que correspondam e concordem com as recomendações de um profissional médico ou da saúde.

Gusmão e Mion Jr. (2006) abordam que outra forma de conceituar a adesão ao tratamento é sua definição como um meio para alcançar um fim, um tipo de abordagem para a manutenção ou melhoria da saúde com vistas à redução de sinais e sintomas de determinada doença.

Em um tipo de abordagem mais específica, os autores relacionam a adesão ao tratamento ao cumprimento de medidas terapêuticas indicadas, medicamentosas ou não. Nesse caso, o objetivo maior é manter a saúde em níveis normais. Assim, quando define-se a adesão, é necessário ampliar o cenário e reconhecer a vontade do sujeito na participação e colaboração com seu próprio tratamento; uma questão que algumas concepções deixam de abordar.

Gusmão e Mion Jr. (2006) explicam a existência de outras terminologias utilizadas enquanto sinônimos para a adesão; alguns deles são: aderência, observância, complacência, fidelidade e *compliance*. O *compliance* seria um tipo de obediência participativa, ativa, empreendida por parte do paciente à prescrição médica que lhe foi feita.

A prescrição, nesse caso, entende-se não somente como o uso de medicamentos, mas também de todos os outros cuidados ou providências que são recomendados pelo médico ou outro profissional da saúde. Os autores explicam que esse é um dos termos utilizados no idioma inglês para se referir ao estudo de um relacionamento entre médico e paciente, bem como todos os elementos que influenciam a confiança no tratamento e o cumprimento adequado da prescrição médica.

Gusmão e Mion Jr. (2006) apontam que alguns estudos se referem ao termo “adesão” como forma de substituir *compliance*, uma vez que *compliance* sugere que o paciente segue de maneira passiva as ordens do médico e o plano de tratamento não toma como base o vínculo ou contrato estipulado entre as partes.

Nesse sentido, no campo da medicina, o *compliance* diz respeito à concordância entre a prescrição e o comportamento do paciente, o que faz com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) sugira como padrão o termo observância, correspondente quase que totalmente ao que é entendido por *compliance*, mas omitindo a vontade do paciente em querer cumprir o que foi prescrito.

O uso de complacência também foi sugerido, mas por transmitir a ideia de passividade não foi adotada. Os termos aderência e adesão, por trazerem conotação de que os pacientes aderem tão intensamente à prescrição e que dela não mais se desligam, o que pode não ser desejável, não são utilizados. Esse autor sugere o uso de *compliance*, na sua grafia original, significando “obediência participativa, ativa, do paciente à prescrição a ele dirigida”, e na definição mais completa, a conceitua como “o cumprimento estrito pelo paciente da prescrição médica, entendendo-se por prescrição não apenas os medicamentos mas, também, todos os demais cuidados ou providências recomendados” (GUSMÃO; MION JR., 2006, p. 24).

Os autores prosseguem apresentando que, no que tange a determinados tipos de doenças, a terminologia que melhor representa o comprometimento e cumprimento do tratamento proposto por parte do paciente é a adesão. Também ressaltam a existência de níveis diversos de adesão, sendo que no nível mais alto estão os pacientes efetivamente aderentes, sujeitos que seguem integralmente o tratamento.

No outro polo se encontram os desistentes, pacientes que abandonam o tratamento. Também existem os pacientes que ficam no meio desse caminho, denominados de persistentes, pois não se enquadram no grupo dos desistentes e nem dos aderentes, mas, sim, formam um grupo de não aderentes, sujeitos que chegam a comparecer às consultas, mas não seguem efetivamente todas as propostas do médico. Em vista disso, a adesão seria então:

[...] um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica. A não adesão seria um impedimento ao alcance dos objetivos terapêuticos podendo constituir fonte de frustração para os profissionais de saúde (GUSMÃO; MION JR., 2006, p. 25).

Falando em termos gerais, os autores apontam que existem diversos elementos capazes de influenciar a adesão ao tratamento, podendo associar-se a elementos inerentes ao paciente, doença, crenças de saúde, hábitos de vida, tratamento, instituição, entre outros. Dentre os principais fatores de influência para a adesão ao tratamento em geral, elencam-se:

- Aspectos inerentes ao paciente – gênero, idade, etnia, estado civil, escolaridade, nível socioeconômico, entre outros;
- Aspectos inerentes à doença – cronicidade, ausência de sintomas, consequências tardias, entre outros;
- Aspectos inerentes às crenças de saúde, hábitos de vida e cultura – percepção de seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima;
- Aspectos inerentes ao tratamento em que se envolve a qualidade de vida – custos, efeitos indesejados, esquemas terapêuticos complexos, entre outros;
- Aspectos inerentes à instituição – políticas de saúde, acesso aos serviços de saúde, tempo de espera *versus* tempo de atendimento, entre outros; e
- Aspectos relacionados ao relacionamento com a equipe de saúde.

Assunção e Ursine (2008) entendem por adesão ao tratamento ou adesão terapêutica o nível em que o paciente consegue assimilar e incorporar em sua vida, de maneira voluntária, as orientações que recebe dos profissionais de saúde

envolvidos no tratamento de sua doença. A adesão ao tratamento aos pacientes crônicos representa uma extensão cujo comportamento do sujeito é coincidente com os aconselhamentos oferecidos pelo profissional, o que é contemplado por meio de três estágios que os autores apresentam como:

- **Concordância** – em que o sujeito, de maneira inicial, concorda com o tratamento e segue as recomendações oferecidas pelos profissionais da saúde. Com frequência existe uma supervisão adequada, bem como alta eficácia do tratamento;
- **Adesão** – etapa de transição entre cuidados prestados por profissionais da saúde e o autocuidado, em que é empreendida uma vigilância limitada, ao passo que o doente permanece com o tratamento, implicando em uma importante participação e controle por sua parte; e
- **Manutenção** – quando, em um período de não vigilância, ou de vigilância altamente limitada, o paciente incorpora o tratamento em seu estilo de vida, conseguindo um determinado nível de autocontrole sobre os novos comportamentos.

Faria (2008), por sua vez, comenta que a falta de adesão ao tratamento por parte do paciente, isto é, a dificuldade desse indivíduo em fazer uso da medicação prescrita, seguir uma dieta alimentar ou modificar seus hábitos e estilo de vida, conforme as orientações da equipe multidisciplinar, apresentam-se como um dos principais problemas presentes na prática clínica.

Assunção e Ursine (2008) apontam, sobre os fatores elencados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que os mais frequentemente relacionados ao problema de não adesão ao tratamento podem ser agrupados em cinco principais dimensões, que pairam sobre:

- **Pessoa** – fatores atrelados ao conhecimento sobre a doença, atitudes, crenças, percepções, expectativas, motivação para o tratamento e capacidade de envolvimento em comportamentos de adesão. É possível destacar a convivência com indivíduos próximos também como uma razão para satisfação, fazendo com que frequentes encontros para a realização de atividades se tornem uma rotina prazerosa, proporcionando auxílio no controle metabólico. Nesse caso, a oferta de apoio e incentivo de pessoas próximas é fundamental;
- **Doença** – elementos associados à gravidade dos sinais e sintomas, ou até mesmo de sua ausência. Além disso, existe o grau de incapacidade, velocidade de progressão da doença, disponibilidade de tratamentos efetivos, percepção de risco, importância e prioridade do tratamento;
- **Tratamento** – aspectos relacionados à complexidade do regime terapêutico, duração, fracasso de tratamentos anteriores, mudanças frequentes de trata-

mento, efeitos colaterais e disponibilidade dos profissionais da saúde para esclarecer e sanar dúvidas;

- Sistema e/ou equipe de saúde – elementos atrelados à relação com a equipe de saúde, fatores que podem influir de maneira negativa, como o sistema insuficiente de distribuição de medicamentos, falta de treinamento do pessoal para controle de doenças crônicas, sobrecarga dos trabalhadores, consultas de curta duração, falta de valorização da equipe acerca da adesão e déficit de serviços de educação e saúde; e
- Suporte socioeconômico – fator associado à baixa renda, analfabetismo, desemprego, falta de apoio à rede familiar e social, condições de vida vulneráveis ou instáveis, alto custo de medicações, entre outros.

Gusmão e Mion Jr. (2006) apontam resultados de um estudo que avalia as razões para a não adesão ao tratamento citadas por pacientes, cujos achados apontam que 30% das pessoas simplesmente esqueciam de tomar medicamentos, outras 16% apontaram ter outras prioridades, 11% optaram por tomar uma dose menor do que a recomendada, 9% apontaram não ter informações suficientes e 7% alegaram fatores emocionais.

Os autores prosseguem dizendo que esse mesmo estudo demonstrou que 27% dos sujeitos avaliados não souberam responder a razão para sua não ou baixa adesão ao tratamento. Dessa forma, o campo de estudo específico dos autores é de pacientes hipertensos, cujos fatores identificados entre esse público para não adesão ao tratamento, especificamente para não tomarem os medicamentos prescritos, foram:

89% refere-se ao alto custo dos medicamentos;

67% afirma que não adere ao tratamento por ter que tomar os medicamentos diversas vezes ao dia; e

54% dos pacientes afirmam que não tomam os medicamentos devido aos seus efeitos indesejados.

Em relação à doença, 50% dos pacientes referiram não ter pleno conhecimento sobre sua gravidade e 35% aponta a ausência de sintomas.

Sobre conhecimentos e crenças, Gusmão e Mion Jr. (2006) apresentam que 83% somente tomavam o medicamento quando notavam a pressão elevada, 80% declaram não cuidar da saúde, 75% esqueciam-se de tomar o medicamento, e 70% não conheciam a cronicidade e complicações da doença. Sobre a relação entre médico e paciente, 51% dos pacientes mencionaram a falta de convencimento para tratar da doença e outros 20% relataram relacionamento inadequado com o profissional.

Os autores consideram então a doença em si e o fato da não adesão ao tratamento como possível de decorrer de efeitos indesejáveis dos medicamentos, limitações financeiras, falta de motivação do paciente em tratar uma doença

assintomática, tratamento que dura por longo período ou até mesmo por toda a vida, influências na qualidade de vida, relacionamento insatisfatório/inadequado com a equipe de saúde, entre outros elementos.

Dessa forma, embora o estudo de Gusmão e Mion Jr. (2006) seja referente a outra patologia, é necessário considerar as generalidades dos dados que envolvem a adesão ou não adesão ao tratamento como um todo, podendo transportar essas percepções e conhecimentos para o tratamento da DM2.

Os autores apontam ainda que a fim de identificar mais fatores relacionados à não adesão ao tratamento, nota-se a existência de questões complexas que envolvem desde elementos relacionados ao medo e imagem negativa atrelada aos medicamentos, até à falta de total esclarecimento sobre sua doença e insatisfação com a quantidade e clareza das explicações oferecidas pelo médico, bem como baixa interação com esse profissional.

Gusmão e Mion Jr. (2006) apontam que esse aspecto sobre a relação entre médico e paciente, demonstrado em estudo realizado com pacientes em tratamento com diferentes profissionais, que, embora todos tenham recebido as mesmas orientações em relação ao tratamento, existe uma importante diferença entre os grupos observados, com significativa variação no nível de resultados e, portanto, do controle da doença.

Os autores finalizam afirmando que, efetivamente, a atitude do médico perante a terapia é fundamental e prioritária para manter o controle adequado da doença. Nesse contexto, a relação entre médico e paciente deve funcionar como o sustentáculo que embasa o êxito do tratamento e da adesão do paciente a ele. Também se faz necessário o envolvimento de diversos profissionais da saúde, no sentido de fomentar uma abordagem multidisciplinar ao paciente, um elemento também crucial para facilitar o processo de adesão ao tratamento e consequente aumento do controle da doença e êxito dos resultados.

Assunção e Ursine (2008) realizam um estudo com pacientes portadores de DM residentes em regiões de alto risco, apontando que esses indivíduos tiveram uma adesão menor a tratamentos não farmacológicos. Dessa forma, Braga (2003) complementa o pensamento com a percepção de que a oferta de apoio social é importante para a adesão ao tratamento, uma vez que oferece aos membros do grupo o auxílio também emocional, atividades em conjunto, interação social, auxílio profissional dos serviços de saúde e também o acesso a novas relações sociais, fomentando a interação entre pessoas que podem estar em situação de exclusão da rede social.

A pesquisa de Cintra et al. (2010) por sua vez, aponta que somente o quesito arranjo familiar demonstra uma relação estatística altamente significativa em relação à adesão ao tratamento. Sendo que dos pacientes avaliados pelos autores, os que aderiram totalmente ao tratamento, em maioria, residiam junto com familiares ou cônjuges, o que facilitaria a adesão ao tratamento farmacológico. Especialmente

se comparados a sujeitos que moram sozinhos, que apresentaram três vezes mais possibilidades de não aderir ao tratamento.

A não adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus Tipo II, que é o principal foco deste estudo, é um problema conhecido no cenário nacional e internacional, pois prejudica a resposta fisiológica à doença e a relação profissional-paciente, e aumenta o custo direto e indireto do tratamento. Verifica-se a necessidade de estudos que investiguem quais os entraves para um tratamento efetivo, e o que as pessoas portadoras de Diabetes Mellitus Tipo II necessitam para aderirem ao tratamento de forma efetiva. Este estudo também pretende investigar a associação entre adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus Tipo II e variáveis sociodemográficas, e verificar quais são os motivadores e as objeções que limitam a adesão ao tratamento do ponto de vista do paciente.

Ampliar o conhecimento da pessoa portadora de Diabetes Mellitus Tipo II sobre a doença e suas consequências pode, provavelmente e supostamente, aumentar a aderência ao tratamento e gerar um maior impacto sobre a sua saúde do que qualquer melhoria nos tratamentos médicos disponibilizados.

Takayanagui e Guimarães (2002) apontam que o profissional de saúde se torna fundamental no processo de adesão ao tratamento, uma vez que se apresenta como um agente facilitador e mobilizador desse processo. Isso ocorre por meio da conscientização sobre a necessidade de mudança de comportamento e desenvolvimento da capacidade e habilidade do sujeito para o autocuidado, o que envolve a adequação de seus conhecimentos e experiências à prática clínica e à realidade do paciente.

Paratanto, os profissionais de saúde precisam conhecer integral e profundamente o controle, prevenção e complicações da doença, tornando-se responsáveis por apresentar as condições necessárias e favoráveis para que o paciente adquira conhecimentos e conscientize-se sobre as mudanças comportamentais que precisam ser efetivas nos pacientes diabéticos para aderir ao tratamento.

Além disso, os autores apontam que o paciente entender a prática educativa e as interfaces estipuladas entre ele o profissional da saúde é um importante motivador para que haja o desenvolvimento de atitudes pessoais relacionadas à mudança do estilo de vida do diabético em tratamento (TAKAYANAGUI; GUIMARÃES, 2002).

Segundo Figueiredo (2005), a finalidade do tratamento é oferecer alívio para os sintomas, melhorando a qualidade de vida, prevenindo as complicações, reduzindo a mortalidade e tratando as doenças associadas. Para Smeltzer e Bare (2005), por sua vez, a finalidade terapêutica para o tratamento do DM é alcançar níveis sanguíneos normais de glicose, sem hipoglicemia e sem fomentar ruptura grave com a atividade e o estilo de vida comum do paciente.

Na ótica dos autores, o tratamento pode ser dividido em cinco componentes centrais: o tratamento nutricional, a atividade física, a monitoração, a terapia farmacológica e a educação. Costa e Almeida Neto (1992) explicam que o DM2

é uma doença cujo compromisso e participação do paciente durante o controle é essencial.

Assim, no tratamento do DM, os recursos medicamentosos são empregados, comumente, em segundo momento da terapêutica, perante a incapacidade de controlar os níveis glicêmicos por meio da prática de dieta e exercícios físicos – quando o sujeito assim tem possibilidade. O tratamento varia conforme as mudanças no estilo de vida e no estado físico e psíquico do paciente, assim como pelas evoluções dos métodos de tratamento.

Smeltzer e Bare (2005) explicam que o tratamento do DM paira sobre a avaliação constante e a mudança do plano por parte de profissionais da saúde, fazendo adequações diárias na terapia por meio da educação do paciente no controle de sua própria doença. Ainda que a equipe de saúde direcione o tratamento, será o paciente que controlará o regime terapêutico, que é inegavelmente complexo.

Dessa forma, os autores entendem que a educação do paciente e seus familiares é um elemento fundamental no tratamento do DM, sendo tão importante quanto todos os seus demais componentes. Além de um conjunto de sintomas clínicos ou desconfortos, o DM2 representa também uma mudança na estrutura sociocultural na qual o paciente está inserido, enquanto percebe e aceita a doença por seu lado; aspectos importantes que determinam a adesão ao tratamento proposto.

Adam e Herzelich (2001) comentam que o paciente tende a fomentar uma relação destrutiva com sua doença, especialmente se a patologia causa mudanças abruptas e interrupções em suas atividades normais, impossibilitando sua integração social de algum modo. Sobre isso, os autores comentam que o paciente “[...] se esforçará para lutar contra esta situação, chegando a negar a doença enquanto for possível” (p. 70).

Engel (2003) entende que a base estratégica do tratamento dos pacientes de DM2 se centraliza no controle dos fatores de risco para aterosclerose, isto é, o tratamento agressivo da hipertensão arterial, tratando também a obesidade e a dislipidemia. Assim como estimular a interrupção do vício em tabaco – caso exista – e deixar de lado o sedentarismo. Os principais estudos demonstram que tais medidas são essenciais para reduzir a morbimortalidade nesses indivíduos.

Figueiredo (2005) comenta que o tratamento para o DM pode ou não contar com o auxílio de medicamentos. Quando se opta por incluir o tratamento medicamentoso para DM2, geralmente inserem-se os hipoglicemiantes orais, caso a dieta não seja o bastante para controlar a doença. Sendo que no DM2, quando esse não é controlado, é necessário fazer também a administração de insulina.

Viggiano (2003) comenta que o tratamento parte desde a educação do paciente acerca de sua doença, até a adoção de medidas para assegurar o estilo de vida saudável, incluindo a interrupção do tabagismo, o aumento da atividade física, a melhoria dos hábitos alimentares adequados e, caso seja necessário, complementar essa reeducação dos hábitos de vida com o uso de medicamentos.

Para o autor, o paciente com DM2 que não teve a insulina indicada como parte do tratamento e que também não alcançou níveis desejáveis de controle glicêmico deve fazer uso de medicamentos oral. A preferência pelo tipo de medicamentos deve considerar o nível glicêmico e a hemoglobina glicosada do paciente, sendo que a ação anti-hiperglicemiante do medicamento, bem como peso, idade, doenças associadas e potenciais interações medicamentosas, reações adversas e contraindicações devem ser avaliadas.

Em estudos realizados sobre a adesão de pacientes com DM2 ao tratamento medicamentoso demonstram que as taxas de não adesão a estes variam entre 13% a 86,3%. Tal variação pode se relacionar a distintas metodologias que são empregadas para a mensuração da não adesão por parte dos estudos.

Na pesquisa empreendida por Araújo et al. (2011), por exemplo, existe o reforço dessa premissa quando os autores apresentam resultados distintos por meio da aplicação de três diferentes metodologias para a mensuração da não adesão dentro de uma mesma amostra de estudo. Dentre as diversas estratégias de mensuração da adesão, não existe consenso sobre qual seria o método mais confiável, já que todos são munidos de limitações.

Isso, conforme Lerman (2005), se dá porque a adesão medicamentosa é um evento mais dinâmico, cujos pacientes não possuem comportamentos iguais no cotidiano. A não adesão ao tratamento farmacológico torna-se um dos problemas potencialmente mais graves para a prestação dos cuidados no DM, especialmente em pacientes portadores do tipo 2.

Pollack et al. (2010) comentam que, ainda que haja a recomendação de um programa de gestão de doença, que inclui intervenções no estilo de vida, a prescrição de agentes antidiabéticos orais passou a ser tradicionalmente considerada uma das principais bases do tratamento de DM2.

Araújo et al. (2011) comentam que, quando o paciente não segue corretamente a rotina medicamentosa com os antidiabéticos, acaba por não alcançar os benefícios fisiológicos que são esperados, deteriorando a relação entre paciente e profissional da saúde e elevando também os custos médicos, por conta de possíveis complicações micro e macro vasculares, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência renal, retinopatias, amputações e óbitos.

Sabaté (2003) explica que a adesão à terapia de longo prazo para doenças crônicas como o DM em países desenvolvidos é de 50%, enquanto em países em desenvolvimento as taxas são mais baixas. A baixa adesão às terapias de longo prazo passa a comprometer de maneira severa a efetividade do tratamento, tornando-se uma questão crítica para a saúde da população, tanto no que tange à qualidade de vida quanto à economia.

Unni e Farris (2011), por sua vez, explicam que as razões para a não adesão dos pacientes são diversas, sendo que ao tratar da adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes DM2 existe a necessidade contínua de identificar as prováveis barreiras

que impedem a adesão entre os pacientes na prática clínica.

De modo geral, como comenta Clark (2004), comportamentos de não adesão podem não ser intencionais, ocorrendo quando as intenções do sujeito em tomar os medicamentos, passam por frustrações causadas por esquecimento, incapacidade de seguir instruções do tratamento por conta do entendimento equivocado ou de problemas e limitações físicas. Também existem razões que envolvem práticas intencionais, denominada de não adesão inteligente, em que o paciente simplesmente decide não seguir o tratamento, podendo resultar a decisão de um pensamento totalmente racional.

Fengmin et al. (2013) explicam que, na procura por razões que fazem com que os pacientes DM2 não tenham adesão ao tratamento medicamentoso, o esquecimento, a inconveniência da rotina, custos e entendimento do paciente sobre seu estado de saúde aparecem como principais. Sendo que o maior motivo da não adesão a esse tipo de tratamento foi o esquecimento.

Já o trabalho de Hamilton (2003) aponta também o esquecimento como uma das principais causas de não adesão ao tratamento farmacológico, fazendo com que essa também seja a justificativa para a não adesão em outros tipos de tratamentos, como do vírus HIV, epilepsia, transplantes que precisam de regime imunossupressor e hipertensão.

Walker et al. (2006) comentam que as razões para a não adesão de pacientes ao tratamento medicamentoso demanda de investigações enquanto estratégia para intervenções de maior efetividade, uma vez que o esquecimento é direcionado como a causa central da não adesão em diversos tipos de terapias.

Os autores comentam que a inconveniência na conciliação da prática farmacológica na rotina foi apontada como uma razão para a não adesão por parte de pacientes que fazem uso de antidiabéticos orais e de insulina, sendo que a razão é ainda maior tratando-se de pacientes insulínod dependentes.

Entre as justificativas para essa inconveniência, os pacientes apontam a rotina exaustiva do dia a dia de trabalho, o uso de transporte público e o tempo fora de casa que é excessivo. Situações que fazem com que o paciente termine por negligenciar o tratamento medicamentoso.

Silva et al. (2006) informam que pacientes DM devem fazer a incorporação em sua rotina de um plano de ação comportamental mais complexo, envolvendo cuidados diários durante toda a sua vida. Tais ações envolvem mudanças no estilo de vida, monitoramento dos níveis glicêmicos e adesão a uma terapia farmacológica.

Pollack et al. (2010) entendem que a complexidade da terapia para pacientes DM2 pode ser influenciada por diversos elementos, incluindo o volume de medicamentos necessários (“poli farmácia”, como são denominados os regimes farmacológicos com muitos medicamentos), a frequência da administração e a forma como é feita.

Salvador (2012) entendem que outra barreira para a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes DM2 se relaciona aos custos dos medicamentos.

Estes, que se encontram relacionados ao regime terapêutico que é prescrito e cujo acesso é restrito somente à terapia, tendem a comprometer de maneira direta a adesão farmacológica ao tratamento.

Dall et al. (2003) apontam que as despesas com complicações crônicas que são atreladas ao DM representam elevados custos para os orçamentos com saúde pública dos países. Sendo que o custo aplicado nas políticas de acesso aos medicamentos não se equipara aos gastos com complicações e com as consequências que pacientes com DM2 enfrentam por conta da não adesão ao tratamento medicamentoso justificando a falta de condição devido ao alto custo dos medicamentos.

Considerando os potenciais prejuízos que podem ser causados pela não adesão ao tratamento, Jarvis et al. (2010) reforçam a necessidade de fomentar um processo educacional junto aos pacientes diabéticos, cuja melhoria do controle glicêmico e a prevenção do controle de complicações agudas e crônicas se relacionam a um tratamento de maior eficácia, suporte para auto-gestão e acompanhamento regular.

Pereira et al. (2012) apontam que fomentar o conhecimento necessário sobre o DM ao paciente é elementar para gerar o sentimento de autocuidado e culminar em benefícios potenciais para o tratamento, incluindo o senso de melhoria da qualidade de vida. De forma que desenvolver e implementar atividades educativas em relação à importância da adesão ao tratamento pode ser fundamental para a melhoria da saúde em pacientes com DM2.

Vilas-Boas et al. (2013) explicam que para atingir uma boa adesão ao tratamento de uma doença, é necessário fazer um reconhecimento sobre as causas da baixa adesão, intervindo em tais determinantes. Os indivíduos que sofrem com doenças crônicas, como o DM2, tendem a ser assintomáticos, o que os torna propensos à não adesão, por conta da noção de que o medicamento não é necessário.

Os autores entendem ainda que a complexidade do regime de medicamentos, além do volume de medicamentos a ser consumido em alguns casos, bem como a frequência das doses são alguns elementos que podem também determinar, de maneira negativa, a adesão ao tratamento. Sendo assim, os autores apontam que entre outros fatores que figuram nesse bojo de baixa adesão ao tratamento medicamentoso de DM2 estão: ser portador da doença há mais de cinco anos, utilizar insulina como tratamento medicamentoso e mau controle glicêmico.

Uma das formas mais efetivas de intervenção em todos esses fatores mencionados, conforme Vilas-Boas et al. (2014), será por meio da educação em saúde no Programa Estratégia de Saúde da Família, que deve focar aspectos múltiplos do DM2 e fazer com que seus portadores e toda a população compreendam a doença, sentindo-se estimulados a fazer mudanças em seu comportamento visando a prevenção da doença e também seus agravos, nos sujeitos já portadores.

Também apontam que é importante que a população em geral saiba que o DM2, junto com a hipertensão arterial sistêmica, é um fator de risco para o surgimento

de doenças associadas, como as cerebrovasculares e as doenças cardíacas isquêmicas. Sendo que, em caso de tratamento não adequado ou não tratamento, pode causar ainda complicações vasculares, renais e cardíacas, que reduzem de maneira significativa a qualidade de vida do sujeito.

Vilas-Boas et al. (2014) apontam ainda que os diabéticos precisam ser conscientizados sobre os tratamentos adequados para o DM2 e que eles são capazes de reduzir ou retardar o surgimento de tais complicações. Porém, quando se iniciam tais tratamentos, estes permanecem de maneira vitalícia aos pacientes, que devem aderir a ele a fim de não causar prejuízos a sua qualidade de vida.

Ainda de acordo com os autores, com a adoção de um estilo de vida saudável, agregando a prática regular de atividades físicas e a ingestão da dieta equilibrada, tende-se a alcançar resultados duas vezes mais efetivos do que o tratamento farmacológico no controle do DM2. Contudo, em visões tanto do paciente quanto do profissional de saúde, o tratamento da doença é complexo e difícil de ser realizado, o que mistifica as práticas e dificulta o controle da doença.

Costa et al. (2011) corroboram com essa visão, e apontam que mudanças nos hábitos de vida associados à dieta alimentar, realização de atividades físicas regulares, monitorização glicêmica, utilização diária de medicamentos e insulina são premissas básicas da terapia. Sendo que o aumento da realização de atividades físicas e a frequência, bem como a adoção de hábitos alimentares saudáveis não são somente um problema individual, mas coletivo, social, que demanda estratégias e ações voltadas à população, considerando elementos culturais que esta pratica.

Ainda conforme os autores, é preciso que seja empreendida uma transformação no modo de pensamento da população, e especialmente na visão dos profissionais de saúde ao longo desse processo. Para que isso aconteça, é necessário promover processos de participação que estimulem o sujeito e o capacitem para decidir de maneira assertiva perante seus problemas. Partindo da formação do pensamento crítico, se apresenta então uma perspectiva de melhoria do quadro de saúde no país.

Isso porque, conforme Costa et al. (2011), quando isso acontece, são propostas estratégias a partir da promoção da saúde; o que envolve a participação da população, governo, instituições públicas e privadas. Enquanto a extrapolação da saúde além da prática clínica envolve condições de vida que são fomentadas pelas relações sociais, que consistem em um importante componente na compreensão do processo de saúde-doença, bem como para conseguir efetuar a prevenção primária, secundária e terciária em saúde.

2.2 Diabetes Mellitus: generalidades

O Diabetes Mellitus (DM) pode ser compreendido como um agrupamento heterogêneo de distúrbios de ordem metabólica, que possui como ponto comum os níveis glicêmicos mais elevados e crônicos, com distúrbios de metabolismo de carboidratos, lipídeos e proteínas, que ocorrem por conta da falta de insulina e/ou

da capacidade da insulina no exercício de seus efeitos. No longo prazo, o DM pode acarretar sérias consequências, como a falência e disfunção de órgãos, sobretudo rins, nervos, olhos e coração (CARVALHO et al., 2011).

Na contemporaneidade, o DM é encarado como epidemia global, sendo um desafio importante para as redes de atenção à saúde em todo o mundo. Elementos como envelhecimento da população, urbanização crescente e a adoção de estilos de vida sedentários e com dietas irregulares, além da obesidade e aumento da sobrevida em pacientes são os principais responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do DM (CESSE, 2009).

A pessoa portadora de Diabetes Mellitus Tipo II apresenta uma série de sintomas, que geram desconfortos e limitações nas atividades rotineiras, tais como:

- polidipsia (sede em demasia);
- poliúria (aumento do volume urinário);
- polifagia (fome excessiva), emagrecimento, fraqueza, turvação e diminuição da acuidade visual.

Além dos fatores apontados anteriormente, a falta de tratamento com a consequente evolução da patologia pode acarretar complicações agudas (cetoacidose diabética¹, estado hiperosmolar hiperglicêmico², hipoglicemia³, acidose láctica⁴) e crônicas, tais como as microvasculares (retinopatia⁵, nefropatia⁶, neuropatia⁷) e macrovasculares (amputações, disfunção sexual, doenças cardiovasculares, vasculares periféricas e cerebrovasculares) (TOSCANO, 2004).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), entre o Tipo I e o Tipo II, foi identificado ainda o Diabetes Latente Autoimune do Adulto (LADA). Algumas pessoas que são diagnosticadas com o Tipo II desenvolvem um processo autoimune e acabam perdendo células beta do pâncreas. Há também o diabetes gestacional, uma condição temporária que acontece durante a gravidez. Ela afeta entre 2 e 4% de todas as gestantes e implica risco aumentado do desenvolvimento posterior de diabetes para a mãe e o bebê.

O Diabetes Mellitus Tipo II parece envolver interações complexas entre fatores ambientais e genéticos, é uma doença crônica na qual o corpo não produz insulina ou não consegue empregar adequadamente a insulina que produz. Possivelmente, a doença se desenvolve quando um indivíduo geneticamente susceptível adota

1 É uma condição grave que pode resultar em coma ou até mesmo a morte.

2 É uma complicação do diabetes em que o elevado nível de açúcar no sangue causa coma e, com frequência, morte.

3 Diminuição da quantidade normal de glicose no sangue.

4 É uma condição causada pelo acúmulo de ácido láctico no corpo. Isso leva à acidificação do sangue (acidose).

5 É uma complicação que ocorre quando o excesso de glicose no sangue danifica os vasos sanguíneos dentro da retina.

6 É um termo médico largamente empregado para denotar a doença ou o dano do rim.

7 É um distúrbio nervoso causado pelo diabetes. A perda de sensibilidade nos pés *significa* que feridas ou lesões podem não ser notadas.

um estilo de vida “diabetogênico”, ou seja, com ingestão calórica excessiva, sedentarismo, obesidade, tabagismo, entre outros. O efeito do diabetes não controlada é a hiperglicemia, que é o aumento de glicose no sangue, sendo essa uma das principais causas de mortalidade, de insuficiência renal, de amputação de membros inferiores, de cegueira e de doença cardiovascular.

Em diversos países o DM prevalece e se eleva entre a população em níveis alarmantes, sendo que o incremento da obesidade ainda aponta para maiores índices. Em países em desenvolvimento existe uma tendência para o aumento da frequência da doença em todas as faixas de idade, sobretudo em jovens, que são mais suscetíveis às consequências mais negativas sobre a qualidade de vida, além da carga da doença sobre os sistemas de saúde pública (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

Segundo Deliberato (2002), a primeira relação ao diabetes foi feita no ano de 250 d.C., por parte de Aretaeus da Capadócia, que cunhou relatório sobre indivíduos que foram afetados por um quadro de derretimento da carne em urina. Ao passo que, em um salto histórico, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) complementa que em 2005 foi anunciado que uma a cada vinte mortes que ocorrem no mundo podem ser atreladas à presença do diabetes (OPAS, 2005 apud KATZER, 2007).

Por ocasião do Dia Mundial da Saúde em 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em conjunto com a Organização Pan-Americana de Saúde, divulgou informações referentes à situação mundial do diabetes (OPAS/OMS sobre o Dia Mundial da Saúde 2016):

- Em 2014, a prevalência global de diabetes foi estimada em 9% entre os adultos acima de 18 anos.
- Em 2012, cerca de 1,5 milhões de mortes foram causadas diretamente pelo diabetes.
- Mais de 80% das mortes por diabetes ocorrem em países de baixa e média renda.
- A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que o diabetes seja a sétima causa de morte em 2030.

Nesse contexto, o autor prossegue dizendo que são estimadas 8,7 mil mortes ao dia, seis mortes por minuto e ao menos uma de dez mortes em adultos com idade entre 35 e 64 anos podem ser atribuídas ao diabetes. Mathias e Jorge (2004) completam apontando que, em estudo epidemiológico realizado no Brasil, constataram que nove capitais brasileiras possuem prevalência no quatro de população diabética, sendo que a doença afeta 7,6% da população urbana entre 30 e 69 anos nessas cidades.

Paiva et al. (2006). por sua vez, explicam que, nas últimas décadas, a população brasileira acima de 60 anos teve índices elevados mais do que a população mais jovem em relação à doença, sendo que o envelhecimento populacional tende a um

risco aumentado para doenças cardiovasculares que se agravam na presença da DM.

Engel et al. (2003, p. 13) explicam que a “[...] prevalência do DM2 em nosso meio é de 8% entre adultos maiores de 30 anos, sendo de 17% entre os idosos maiores de 60 anos. Esta prevalência é semelhante à estatística americana e europeia”. Sendo assim, os autores prosseguem afirmando que o DM foi a terceira causa de morte em mulheres e a nona entre homens nos últimos anos.

Dessa forma, o DM representa 4,6% das cinco primeiras causas de mortes entre mulheres e 28,6% das principais causas de mortes envolvendo indivíduos acima de 60 anos de idade. Entre os norte-americanos, de acordo com Nieman (1999), o DM é a principal causa de insuficiência renal e cegueira em indivíduos adultos, bem como uma das principais causas de amputações dos pododáctilos, pés e pernas.

Ainda segundo o autor, aproximadamente dois terços dos indivíduos norte-americanos com DM apresentam quadros que vão de leves a severos de lesão de nervos, desencadeando a redução de sensibilidade das mãos e pés, retardamento do esvaziamento gástrico⁸ e síndrome do túnel do carpo⁹. Deliberato (2002, p. 86) complementa o histórico sobre a DM explicando que:

Os sinais e sintomas do Diabetes mellitus são poliúria diurna e noturna, polipsia, boca seca, polifagia, mialgia, fadiga constante, fraqueza generalizada, turbamento da visão, emagrecimento acelerado e prurido corporal. O diagnóstico é determinado pelos exames laboratoriais. A glicose sanguínea em jejum superior a 110 mg/dl é sugestiva, enquanto níveis superiores a 126 mg/dl confirmam o diagnóstico. O exame de urina com glicosúria também é determinante para o diagnóstico definitivo. A presença de anticorpos antiinsulínicos mostra que há comprometimento do pâncreas.

Segundo Smeltzer e Bare (2005), a principal meta do tratamento do DM paira sobre a normalização da atividade da insulina e dos níveis sanguíneos da glicose no sentido de reduzir o desenvolvimento das complicações vasculares e neuropáticas. Nieman (1999) complementa dizendo que qualquer tipo de tratamento para DM busca o alcance de que o corpo humano consiga realizar naturalmente suas funções normais, isto é, manter um equilíbrio entre a glicose e insulina.

McLellan et al. (2007) expõem que a alimentação tende a aumentar a glicemia do organismo, ao passo que a insulina e a prática de atividades físicas fazem com que ela seja reduzida. Dessa forma, é necessário alinhar esses fatores para que o nível de glicose seja mantido dentro de uma faixa adequada.

Portero e Cattalini (2005) entendem que doenças crônicas e não transmissíveis de implicações nutricionais, tal como o DM, representam, por conta de sua elevada prevalência, um problema grave de saúde pública tanto no Brasil quanto no mundo. A evolução e aumento progressivo dessas doenças, no Brasil, demanda uma revisão

8 Na medicina, o *esvaziamento gástrico* é um processo natural que consiste na eliminação do conteúdo do estômago.

9 Est síndrome é causada pela compressão do nervo mediano que passa por um canal estreito no punho chamado de Túnel do Carpo.

de práticas nos serviços de saúde pública, por meio da implementação de ações de saúde que envolvam possíveis estratégias de prevenção, redução de riscos e controle de tais doenças.

McLellan et al. (2007) apontam que a educação em saúde, como uma medida de prevenção ou retardo do surgimento ou avanço do DM, é um instrumento fundamental na minimização dos custos com serviços de saúde. Ao passo que as intervenções que enfocam elementos múltiplos de distúrbios metabólicos, inclusa tolerância à glicose, hipertensão arterial, obesidade e aumento do colesterol, podem contribuir para a prevenção inicial do DM. Nesta pesquisa, o ponto central paira sobre o Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), isto é, o diabetes não insulino dependente.

O Diabetes Mellitus se apresenta na contemporaneidade como um importante e crescente problema de saúde pública no mundo. Assim, Franco (2006) explica que a prevalência de diabetes, especialmente do tipo II, encontra-se em rápido e acentuado crescimento, atribuindo-se de aspectos de epidemia em diversos países.

Para o autor, alguns dos aspectos de contribuem para o aumento da incidência dessa doença são: prevalência de obesidade e sedentarismo, crescimento e envelhecimento populacional, maior urbanização, elevação da expectativa de vida do paciente com ocorrência de Diabetes Mellitus (FRANCO, 2006).

Segundo Deliberato (2002), o DM2 é mais comum em adultos acima dos 40 anos de idade, especialmente quando se encontram acima do peso. Crianças e adolescentes com quadros de obesidade também podem desenvolver esse tipo de diabetes. O autor comenta que o diabetes tipo II é o mais comum da doença, mais prevalente do que o tipo I.

Costuma ser denominado de diabetes independente de insulina, já que o pâncreas, em casos do tipo I, produz pouca ou nenhuma insulina. Assim, a incidência do DM2 na contemporaneidade alcança dimensões epidêmicas, o que envolve um custo econômico elevado, bem como o prejuízo social que pode causar para a população.

Sendo assim, Deliberato (2002) explica que a atenção dispensada envolve níveis diversos de prevenção da doença, que seriam as prevenções primária, secundária e terciária. Na prevenção terciária, que consiste no momento em que as complicações já são presentes no indivíduo, não há muito o que se fazer para evitar os custos da doença – também é nessa etapa que o DM2 envolve mais investimentos.

Na prevenção secundária, que é aquela que ocorre no momento em que a doença já está instalada no indivíduo, o principal objetivo é proporcionar o diagnóstico e o tratamento de forma precoce, evitando assim, complicações e sequelas, permanentes ou temporárias, causadas pela doença. Segundo Deliberato (2002), existem debates que pairam sobre os resultados mais grandiosos da prevenção secundária, demonstrando a importância do tratamento apropriado do paciente nesse momento, sem que se alcance o nível das complicações.

Enquanto a promoção da prevenção primária, que faz-se presente no momento

em que a doença ainda não está instalada no indivíduo, se dá por medidas de ordem geral, como moradia adequada, educação em todos os níveis, alimentação, lazer e esportes. Como também através de medidas específicas, como imunização, higiene pessoal e do ambiente, proteção contra acidentes e aconselhamento genético. A prevenção primária, portanto, tem como objetivo principal evitar o surgimento de alguma doença, e se encontra no interesse prioritário das diretrizes de tratamento da doença, tendo o objetivo de impedir que o surgimento do DM2 ocorra.

Sobre o DM2, o autor complementa que “acomete pessoas com mais de 40 anos, frequentemente obesas, a taxa de insulina pode ser normal ou mesmo aumentada, porém ela não está ativa (deficiência), é rara a presença de anticorpos anti-insulina e há presença de hipoglicemia” (DELIBERATO, 2002, p. 85).

Malaman (2006) explica que o DM2 surge comumente após os 40 anos de idade e possui importante carga hereditária, com frequência sendo atrelado à obesidade e sedentarismo. Nesse tipo da doença, a insulina pode se encontrar em estado até aumentado, porém, seu funcionamento não é adequado, denominando-se de resistência à insulina.

Assunção et al. (2002) explicam que o DM2 se classifica no grupo de doenças crônicas não transmissíveis e, na contemporaneidade, apresenta-se como um problema grave de saúde pública no Brasil. Por conta dos altos níveis epidêmicos que alcança, compromete a qualidade de vida e sobrevida dos pacientes, envolvendo elevados custos para o controle metabólico e para o tratamento das possíveis complicações oriundas da doença.

Os autores completam que “o diabetes é uma doença com critérios diagnósticos bem definidos, porém, com manejo complexo, uma vez que sua abordagem além da terapêutica medicamentosa envolve uma séria mudança nos hábitos de vida” (ASSUNÇÃO et al., 2002, [s.p.]).

Na perspectiva de Nieman (1999), os sintomas do DM2 podem envolver qualquer ou todos os sintomas do DM1, como: micção excessiva e frequente, fome insaciável, sede intensa, perda de peso inexplicável, visão borrada, náuseas, vômitos, fraqueza, tontura, irritabilidade e fadiga extrema, mas frequentemente tendem a ser negligenciados, uma vez que sua manifestação ocorre de maneira gradual e menos pronunciada.

O autor explica que, entre outros sintomas, pode ocorrer o formigamento ou amortecimento das pernas, pés ou mãos, infecções frequentes ou recorrentes da pele, gengiva ou bexiga, além de cortes ou escoriações que apresentam cicatrização lenta. O início do DM2 tende a ocorrer após os 30 anos de idade e aumentar de maneira regular ao avanço dos anos.

Sartorelli e Franco (2003) explicam que as evidências apontadas sobre mudanças de estilo de vida, com enfoque na alimentação e na prática de exercícios físicos relacionados ao aumento da expectativa de vida dos brasileiros, são vistos na contemporaneidade como um dos principais fatores de aumento da prevalência do

DM2 que é observado no país.

Dessa forma, é importante que se faça a prevenção primária da obesidade e do diabetes no país; uma ação educacional que é enfatizada por diversos epidemiologistas. O DM2 tende a ser responsável por 80% a 90% dos casos registrados da doença. Sendo que o início da patologia surge após os 40 anos de idade, tornando-se mais comum entre os 50 e 60 anos, evoluindo de maneira gradativa.

Sherwin (2000) explica que precisamente a causa do DM2 não é reconhecida, todavia, ao passo que o sujeito avança em idade, ou ganha peso, mais propensão se encontra a desenvolver diabetes, já que nessas situações o pâncreas pode não ter funcionamento adequado, ou então as células podem se tornar incapazes de utilizar a insulina que é produzida pelo órgão.

Guyton e Hall (2006) explicam que a hereditariedade é um fato importante, uma vez que o DM2 é causado pela redução da sensibilidade dos tecidos-alvo ao efeito metabólico da insulina, que é descrita como resistência à insulina. Figueiredo (2005) complementa que o DM2 é originado de um importante componente genético, que é evidenciado dentro de um padrão familiar, acontecendo de maneira mais frequente em adultos acima de 40 anos e com quadro de obesidade.

Smeltzer e Bare (2005) entendem que os dois principais problemas atrelados à insulina no DM2 envolvem a resistência à insulina e a secreção de insulina que é comprometida. A resistência paira sobre a redução da sensibilidade tecidual à insulina, de forma que o mecanismo exato que leva a isso é a secreção prejudicada pela insulina em casos de DM2, cuja causa é desconhecida, embora existam crenças de que fatores genéticos desempenham algum papel nesse fenômeno.

Portero e Cattalini (2005) apontam que os pacientes com DM2 frequentemente são assintomáticos – independente de sua taxa glicêmica –, relatam falta de atividade física, vida sedentária e hábitos alimentares desregrados; tais elementos que evoluem para complicações crônicas próprias da doença.

Dentre as razões de tal comportamento por parte dos pacientes DM2, os autores atribuem justamente a falta de sintomas e distúrbios de maneira geral, além da dificuldade dos indivíduos em receber e aceitar informações específicas acerca da doença, bem como de ações sobre sua prevenção ou, no mínimo, formas de retardo no surgimento das complicações.

Os impactos do diabetes como um problema de ordem pública ocorrem não apenas por conta de seu quadro clínico, que se associa intrinsecamente à hiperglicemia, mas especialmente levando em consideração suas consequências, as complicações de ordem crônico-vasculares e neurológicas que são observadas por meio de alterações em distintos órgãos e sistemas, traduzindo-se em uma piora acentuada do quadro geral e qualidade de vida do indivíduo diabético (LERARIO, 1998).

O autor explica que no decorrer de uma digestão normal o corpo humano tende

a converter açúcares, amido e demais alimentos em açúcar simples, denominado de glicose, que passa a ser conduzido pelo sangue até as células, introduzido no interior pela insulina, convertendo então a glicose em energia de utilização imediata ou para armazenamento do organismo (LERARIO, 1998).

Porém, quando o indivíduo apresenta quadro de Diabetes Mellitus, o processo é interrompido, de modo que a glicose passa a se acumular no sangue causando um quadro hiperglicêmico. Assim, o excesso de glicose no sangue e sua carência no interior da célula é o que causa todos os sintomas do diabetes (CALI, 2005).

Quando se trata de sua fisiopatologia, o DM2 se apresenta como uma doença metabólica que alta complexidade por conta da redução da secreção do pâncreas quanto à insulina, além da redução da ação desta ou ainda da resistência a ela em órgãos de periferia, o que culmina na hiperglicemia e glicotoxicidade que é a diminuição da tolerância a glicose (FORD et al., 2001).

Lopes et al. (2012) explicam que a homeostasia¹⁰ normal da glicose se encontra regulada intensamente por três principais processos inter-relacionados, são eles: produção de glicose no fígado, captação e utilização por tecidos periféricos, especialmente músculos esqueléticos, e as ações da insulina e hormônios contrarreguladores, como o glucagon.

No DM-2, essa homeostasia é rompida e, como efeito final, tem-se a hiperglicemia. Esse tipo de DM é caracterizado pela resistência a ação da insulina e disfunção das células β pancreáticas. A resistência, em questão, refere-se à perda da sensibilidade dos tecidos à insulina, o que torna menos efetiva a estimulação para captação da glicose. Já a disfunção das células β se manifesta pela secreção inadequada de insulina diante a resistência à mesma e a hiperglicemia (LOPES et al., 2012, p. 72).

Lopes et al. (2012) ainda explicam que, na maior parte dos casos de resistência à insulina, que é um evento primário, seguem-se níveis variados de disfunção das células β , que são células endócrinas do pâncreas. Elas são responsáveis por sintetizar e secretar o hormônio insulina, que regula os níveis de glicose no sangue.

Os autores então apresentam que tais eventos podem ser desencadeados por alguns fatores específicos, como: predisposição genética, obesidade, sedentarismo e envelhecimento, que podem influenciar ou na reserva funcional das células beta, ou então na sensibilidade tecidual à insulina, ou ainda em ambos os fatores.

Sendo assim, torna-se complexo determinar, em cada paciente, qual é a participação de componentes de resistência e deficiência à insulina. Todavia, em grande parte dos casos, ambas as condições são existentes em proporções distintas para pacientes diferentes.

2.3 Diagnóstico e fatores de risco

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), um simples exame de

¹⁰ É a condição de relativa estabilidade da qual o organismo necessita para realizar suas funções adequadamente.

sangue pode revelar se o indivíduo tem diabetes. Com uma gota de sangue e três minutos de espera, já é possível saber se há alguma alteração na taxa de glicemia. Caso a alteração seja considerável, será necessária a realização de outros exames, mais aprofundados.

Para ter certeza do resultado e assim começar o tratamento, o médico deve solicitar o teste oral de tolerância à glicose, mais conhecido como Curva Glicêmica. O exame é feito em diversas etapas, em que são coletadas amostras de sangue em um tempo determinado, geralmente de 30 em 30 minutos. Nos intervalos, o paciente deve ingerir um xarope de glicose.

Gross et al. (2002) explicam que, na década de 1990, a American Diabetes Association (ADA) determinou que os critérios para o diagnóstico tivessem como fundamento, sobretudo, a mensuração da glicose plasmática de jejum. Sendo que, anteriormente, o principal critério era embasado nas determinações da Organização Mundial da Saúde, determinados como glicose plasmática de jejum maior ou igual a 140mg/dl e/ou glicose plasmática duas horas após sobrecarga oral de 75g de glicose maior ou igual a 200mg/dl.

Todavia, não existia uma relação entre os valores e somente 25% dos pacientes com glicose plasmática de 2h \geq 200mg/dl no Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) demonstravam glicose plasmática de jejum \geq 140mg/dl. De modo que o valor da glicose plasmática 2h no TOTG \geq 200mg/dl foi determinado por conta de sua relação com o desenvolvimento das complicações microvasculares particulares do DM.

Lopes et al. (2012) explicam que o diagnóstico deve ser feito na apresentação de alguns sintomas, que podem ser divididos em:

- Sintomas clássicos (poliúria, polidipsia e perda de peso) associados a uma glicemia ao acaso igual ou superior a 200 mg/dl. A glicemia ao acaso é definida como aquela realizada em qualquer horário, independente do tempo decorrido em relação à última refeição;
- Glicemia igual ou superior a 126 mg/dl em jejum. Define-se jejum como ausência de ingestão calórica por pelo menos 8h;
- Glicemia, duas horas após sobrecarga oral de glicose, igual ou superior a 200 mg/dl.

Sobre os fatores de risco, Ortiz e Zanetti (2001) explicam que a idade pode ser um deles, uma vez que a incidência e prevalência da DM2 tende a aumentar com a progressão da faixa etária, especialmente em indivíduos acima de 40 anos de idade. Na pesquisa realizada pelos autores, houve uma maioria de entrevistados que apresenta índice de massa corporal (IMC) normal, que são portadores de DM, ao passo que em segundo lugar ficam os indivíduos com sobrepeso e, com um índice muito abaixo de ambos, os indivíduos obesos, colocando em xeque a perpétua alegação de que a DM2 se relaciona, sobretudo, à obesidade.

Os autores ainda apresentam a hereditariedade como fator de risco, visto que mais da metade de sua amostra de pesquisa que é portadora de DM2 relata casos familiares e, desses, mais de 20% apresentam casos de DM2 em familiares de primeiro grau. Sobre esse aspecto relativo à hereditariedade, de acordo com Ortiz e Zanetti (2001, p. 61) :

Sabemos que familiares de primeiro grau de diabéticos tipo 2 apresentam de duas a seis vezes mais chance de vir a desenvolver diabetes do que controles sem história familiar. Também no diabetes tipo 2 o componente genético é forte, o que é demonstrado pela possibilidade cinco a dez vezes maior de um paciente com história familiar desenvolver a doença em relação à população geral, havendo concordância de 90% em gêmeos univitelinos.

Os autores ainda expõem como práticas que podem ser consideradas como aumento de risco para o desenvolvimento de DM o consumo excessivo de álcool e tabaco. Assim, diferente da pesquisa de Ortiz e Zanetti (2001), a pesquisa de Carolino et al. (2008) possuem uma prevalência de pacientes com sobrepeso e obesidade, confirmando a questão de que esse é um dos principais fatores de risco, e demonstrando que também é altamente variável conforme a população estudada.

Em conformidade com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), os fatores de risco a serem considerados são os seguintes:

- Tem diagnóstico de pré-diabetes - diminuição da tolerância à glicose ou glicose de jejum alterada;
- Tem pressão alta;
- Tem colesterol alto ou alterações na taxa de triglicérides no sangue;
- Está acima do peso, principalmente se a gordura estiver concentrada em volta da cintura;
- Tem um pai ou irmão com diabetes;
- Tem alguma outra condição de saúde que pode estar associada ao diabetes, como a doença renal crônica;
- Teve bebê com peso superior a quatro quilos ou teve diabetes gestacional;
- Tem síndrome de ovários policísticos;
- Teve diagnóstico de alguns distúrbios psiquiátricos, como esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar;
- Tem apneia do sono;
- Recebeu prescrição de medicamentos da classe dos glicocorticoides.

2.4 Complicações do Diabetes

Sartorelli e Franco (2003) explicam que o fato de o diabetes se relacionar às mais

elevadas taxas de hospitalização, a necessidades maiores de cuidados médicos, maior incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações não traumáticas de membros inferiores, é possível prever sua capacidade de representação de um risco para os sistemas de saúde dos países latino-americanos, sendo esses a maioria de países com dificuldades grandiosas no controle das doenças infecciosas.

Orchard (1997) explica que há muitos anos é sabido que os pacientes diabéticos possuem mais risco de desenvolver e até mesmo falecer por conta de doenças cardiovasculares. Diversos dos estudos grandiosos realizados em relação às prospecções da doença demonstram que pacientes diabéticos possuem riscos elevados de desenvolver cardiopatia coronariana¹¹ e também doenças vasculares encefálicas e vasculopatias dos membros inferiores¹². Sendo que a doença vascular periférica é frequente em diabéticos, além de ser a causa de quase 50% das amputações por doença vascular.

Hiatt (2000) aponta que, ainda que o diabetes se associe a uma ampla gama de desordens de mecanismo patogênico diferentes, a resistência insulínica é um dos fatores que se encontram presentes mais comumente na maior parte das comorbidades graves. Um exemplo disso é a obesidade, hipertensão arterial e doença vascular – arterial ou venosa.

O autor explica também que a história natural da doença se encontra comumente atrelada a diversas sequelas micro e macrovasculares, que podem causar, como consequência, cegueira, insuficiência renal, amputação de extremidades e aterosclerose, que pode resultar em um infarto agudo do miocárdio.

Conforme Ramos (1999), estudos com pacientes diabéticos apontam um aumento de triglicérides, aumento nos níveis de colesterol LDL e redução nos níveis de colesterol HDL. Sobre esses estudos, Smeltzer e Bare (2005, p. 1220) complementam afirmando que:

Para a maioria dos pacientes (aproximadamente 75%), o DM2 é detectado por acaso (p. ex. quando os exames laboratoriais rotineiros ou exames oftalmoscópicos são realizados). Uma consequência do diabetes não detectado é que complicações do diabetes a longo prazo (p. ex. doença ocular, neuropatia periférica, doença vascular periférica) podem ter se desenvolvido antes que o diagnóstico real do diabetes fosse feito.

Os autores prosseguem dizendo que, como a resistência à insulina se relaciona à obesidade, o tratamento inicial do DM2 é a perda de peso. O exercício é fundamental também a fim de estimular a eficácia da insulina. Enquanto os agentes hipoglicemiantes podem ser incluídos quando a dieta e exercícios não apresentam

11 São doenças geralmente causadas por um acúmulo de colesterol nas artérias coronárias que irrigam o músculo do coração.

12 Refere-se à doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), uma definição clínica mais específica que denota o comprometimento aterosclerótico e/ou tromboembólico da aorta e seus ramos, particularmente as artérias dos membros inferiores.

êxito por si só no controle dos níveis sanguíneos de glicose.

Em relação às doses máximas de uma categoria única de agentes orais e quando estas falham na redução dos níveis de glicose aos níveis adequados, Smeltzer e Bare (2005) explicam que outros agentes orais podem ser incluídos. A insulina pode ser atrelada à terapia como um agente oral ou os pacientes podem ser orientados a mudar para a terapia total com insulina.

O autor também aponta que os receptores funcionarão como uma espécie de bloqueio nas células e a insulina se torna a chave para derrubar essas barreiras e fazer com que o açúcar entre. No caso do DM2, os receptores tornam-se mais resistentes aos efeitos da insulina. Tal resistência à ação insulínica torna-se mais acentuada e precoce quando há excesso de peso – 80% dos diabéticos são obesos (SMELTZER; BARE, 2005). Ao passo que a resistência celular aumenta por conta da ociosidade e reduz com a aplicação de atividades físicas.

Rossi e Pace (2003) explicam que a retinopatia, que é a alteração do fundo do olho, e que é uma das mais graves complicações do diabetes, pode causar cegueira; ao passo que a prevenção dessa doença se dá pela detecção precoce e pelo controle glicêmico. A retinopatia diabética acontece em quase 100% dos diabéticos do tipo I após duas décadas, mesmo tratados com terapias convencionais. Ao passo que o índice cai para 60% a 80% dos pacientes DM2 após esse mesmo período. No DMI a retinopatia começa a surgir após cinco anos de doença, sendo que nos diabéticos tipo II, a retinopatia geralmente já é presente no diagnóstico da doença. A estimativa, conforme Engel et al. (2003), é de que os pacientes DM2 apresentem essa complicação entre cinco a oito anos após o início da hiperglicemia.

Engel et al. (2003) explicam ainda que a nefropatia diabética¹³ e o comprometimento renal resultante da DM ocorrem no nível glomérulo¹⁴, sendo que a glomerulopatia diabética se torna um contribuinte importante para a morbimortalidade, que é a incidência das doenças ou óbitos em uma população, nesse caso, entre pacientes diabéticos. Já entre os pacientes do tipo II, a incidência dessa complicação paira sobre os 20%.

Castro e Knackfuss (2004) explicam que outra das complicações do DM é o pé diabético, que é a denominação popularmente dada aos transtornos tróficos que acontecem na pele e estrutura osteoarticular do pé dos pacientes diabéticos. O quadro pode evoluir para a ulceração, infecção e gangrena. Aproximadamente 15% dos diabéticos desenvolvem a ulceração em alguma etapa da evolução da doença, configurando uma das complicações crônicas que possuem maior potencial incapacitante e elevados índices de morbimortalidade.

Silveira et al. (2006) explicam que os principais impactos deletérios do diagnóstico do DM dentro da morbidade cardiovascular foram considerados cientificamente a partir

13 Alteração nos vasos sanguíneos dos rins, que leva à perda de proteína por meio da urina. Nessa complicação, o órgão pode reduzir sua função lentamente, porém, de forma progressiva, até a paralisção total.

14 Enovelamento de pequenos vasos sanguíneos ou de filetes nervosos.

de 1998, quando foi comprovado por meio de publicação científica que alegava que sua presença colocava em risco o paciente na ocorrência de evento coronariano isquêmico similar ao de sujeitos não diabéticos reconhecidamente coronariopatas.

Silveira et al. (2006) ainda apontam um estudo em que já se chamava a atenção sobre o fato da DM dobrar o risco de desenvolvimento de doença cardiovascular nos homens, enquanto triplica nas mulheres. Sendo que aproximadamente 13% dos pacientes DM acima de 65 anos apresentam ocorrência prévia de AVC. Ao passo que a doença arterial periférica passou a afetar mais de 10 milhões nos Estados Unidos, de modo que alguns estudos foram realizados e demonstraram que o DM e o tabagismo são os principais fatores de risco para a Doença Arterial Periférica (DAP), elevando o risco de duas a quatro vezes.

O DM do tipo 2 sabidamente associa-se a vários fatores de risco cardiovasculares, incluindo hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade, resistência à insulina, microalbuminúria e anormalidades nos lipídios e lipoproteínas plasmáticas, caracteristicamente elevação de triglicérides e redução de colesterol na lipoproteína de alta densidade (colesterol HDL). A associação desses fatores de risco tem sido denominada síndrome metabólica ou síndrome X. A relação entre hiperglicemia e doença cardiovascular pode ser atribuída à prevalência elevada desses fatores de risco nos pacientes com a síndrome metabólica ou a um antecedente comum a todos esses fatores (SILVEIRA et al., 2006, p. 530).

Os autores ainda afirmam que a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a hipercolesterolemia, que é o aumento da concentração de colesterol no sangue, e o tabagismo são, de maneira independente, preditivos para a mortalidade por doença cardiovascular; sendo que a presença de ao menos um dos fatores de risco apresenta impactos ainda mais elevados sobre a mortalidade de indivíduos diabéticos do que nos não diabéticos.

Pasqualotto et al. (2012) explica que nos últimos anos o DM2 contribui para o aumento da mortalidade por conta do elevado risco de complicações agudas e crônicas. De modo que, dentre as complicações agudas, as mais graves são: hipoglicemia, cetoacidose diabética e coma hiperosmolar. Ao passo que dentre as complicações crônicas, os autores expõem as alterações na microcirculação, – originando retinopatia e nefropatia –, e na microcirculação, podendo alcançar à cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica, além de outras neuropatias.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), as complicações do diabetes são divididas em dois grandes grupos, micro e macrovasculares. As complicações microvasculares são aquelas que causam danos aos pequenos vasos sanguíneos, como as que acometem os olhos, rins e nervos. Já as macrovasculares incluem as doenças cardíacas e o fluxo insuficiente de sangue para as extremidades do corpo, principalmente pernas. Os tipos de complicações microvasculares existentes são exatamente:

a) Retinopatia diabética: pode acontecer em ambos os tipos de diabetes (um

e dois) e normalmente é causada pela elevação permanente da taxa glicêmica. Por causa dessa complicação, todos os pacientes com o tipo dois da doença e também aqueles com o tipo um que convivem com o sintoma por mais de cinco anos devem fazer o exame de fundo de olho (fundoscopia) todos os anos. O objetivo é identificar possíveis alterações nos vasos da retina o quanto antes. Afinal, essa é uma das causas do glaucoma e da catarata.

b) Nefropatia diabética: é a principal causa de insuficiência renal crônica e hemodiálise no Brasil, e está associada a lesões nos pequenos vasos sanguíneos em decorrência da elevação crônica dos níveis de glicose no sangue. Ela é diagnosticada pelos níveis de proteína presentes na urina do paciente, e, portanto, é recomendado que se faça o teste uma vez por ano. Nas fases iniciais, ela pode ser diagnosticada pelo aumento dos níveis de albumina na urina.

c) Neuropatia diabética: é uma complicação frequente que se manifesta de diversas formas, dependendo da fibra nervosa que foi afetada. Normalmente os sintomas são redução da sensibilidade ou sensação de formigamento em mãos e pés. Com essa falta de sensibilidade, uma lesão nessa região pode passar despercebida, gerando uma infecção que é complicada por outros fatores comuns, como circulação comprometida e um sistema imune enfraquecido.

Os tipos de complicações macrovasculares são:

a) Aterosclerose: é uma condição em que ocorre o acúmulo de placas de gordura e outras substâncias nas paredes das artérias, o que restringe o fluxo sanguíneo e pode levar a graves complicações de saúde, inclusive, à grande maioria das complicações macrovasculares do diabetes.

b) Doença arterial periférica: é uma condição que estreita e endurece os vasos sanguíneos das pernas e pés, levando à redução do fluxo sanguíneo e possíveis lesões nos nervos e outros tecidos do corpo.

c) Doença carotídea: é a obstrução das artérias carótidas, que pode ocasionar a interrupção do fluxo de sangue para o cérebro, ocasionando um acidente vascular encefálico (isquemia cerebral).

d) Doença arterial coronariana: normalmente se manifesta através de episódios de angina ou infarto agudo do miocárdio. É a principal causa de morte em pacientes diabéticos, pois o infarto pode acontecer sem a conhecida dor no peito (neuropatia). Por essa razão é importante que os pacientes sejam avaliados regularmente por endocrinologista e cardiologista e que realizem os exames solicitados.

Pacientes com diabetes também ficam mais suscetíveis a uma infinidade de outras doenças, que podem ser agravadas por essa condição, incluindo infecções de pele.

Dados brasileiros de 2011 mostram que as taxas de mortalidade por DM (por 100 mil habitantes) são de 33,7 para a população geral, 27,2 nos homens e 32,9 nas mulheres, com acentuado aumento com o progredir da idade, que varia de 0,50 para a faixa etária de 0 a 29 anos a 223,8 para a de 60 anos ou mais, ou seja, um

gradiente de 448 vezes. Na maioria dos países desenvolvidos, verifica-se que o DM figura entre a quarta e a oitava posição entre as principais causas básicas de óbito. Estudos brasileiros sobre mortalidade por DM, na análise das causas múltiplas de morte, ou seja, quando se menciona DM na declaração de óbito, mostram que a taxa de mortalidade por essa enfermidade aumenta até 6,4 vezes (DATASUS, 2016).

No caso do diabetes gestacional, quando não controlado, mãe e bebê podem ter diversas complicações, como desenvolver diabetes tipo dois, crescimento exagerado do bebê na placenta, hipoglicemia durante a gestação, pré-eclâmpsia e até a morte.

2.5 Possíveis formas de intervenção no DM2

O principal tratamento aos portadores de DM2 consiste em dieta, medicação e prática constante de atividades físicas. Assim, nota-se que o exercício físico é um elemento essencial, uma vez que possui capacidade de captação da glicose por parte do músculo e a sensibilidade à insulina, podendo então controlar o DM por um período de até 72 horas da prática inicial (CALI, 2005).

O exercício aeróbico é um dos principais para a prática de portadores de DM, isso porque este tipo de exercício demanda uma exigência intensa e predominante de oxigênio, propiciando a queima oxidativa de substâncias energéticas que incluem carboidratos, gorduras e proteínas. De modo que a medida de utilização desses substratos torna-se dependente da intensidade de exercícios praticados, combinando então ingestão balanceada de nutrientes aos exercícios (SASAKI; SANTOS, 2006).

Diversos são os benefícios da prática de atividade física em pacientes que possuem Diabetes Mellitus. Os estudos mais recentes demonstram a importância de programas de exercício a longo prazo, a fim de prevenir e também de tratar tal anormalidade metabólica e suas complicações. Tanto que os principais efeitos metabólicos positivos em sujeitos diabéticos, que são ativos fisicamente, possuem melhora no controle glicêmico, prevenção de doenças cardiovasculares, perda de peso e melhoria ainda na hiperlipidemia (ADA, 2004).

Assim, o exercício ainda diminui a hiperinsulinemia, melhorando a sensibilidade da insulina e ainda a hipertensão arterial e o perfil lipídico, auxiliando também para que o paciente perca peso e aumente a captação muscular da glicose, além de promover uma sensação de bem-estar físico e psíquico (ARAÚJO et al., 2000).

Para os pacientes portadores de DM, os potenciais efeitos possíveis com o exercício físico podem ser substanciais, de acordo com pesquisas recentes realizadas que demonstram a importância da realização de programas de atividades físicas de longo prazo para o tratamento e prevenção do distúrbio metabólico em questão e suas complicações associadas. De modo que é possível ainda ressaltar alguns dos efeitos no metabolismo que são específicos com os exercícios, como: controle da glicemia, prevenção de doenças cardiovasculares, hiperlipidemia, hipertensão e obesidade (DENGEL; REYNOLDS, 2006; MCDARLE et al., 2011).

Nesse sentido, é possível sustentar que exercícios moderados poderiam

otimizar a hemoglobina glicosilada e a secreção de insulina, de modo que tais efeitos poderiam acontecer de maneira independente na manutenção ou não da massa corporal. O que sugere que tais efeitos benéficos não seriam necessariamente relatados para o treinamento, contudo, poderiam contribuir de maneira importante no complemento do efeito do aumento da sensibilidade à insulina após cada sessão de exercícios (CREPALDI et al., 2005).

Os diabéticos de modo geral podem realizar os mesmos tipos de exercícios físicos que os indivíduos não portadores do distúrbio, sendo que o treinamento físico deve ocorrer entre cinco a sete dias na semana. Contudo, por conta de uma alta variabilidade individual no estado de controle e também nas respostas ofertadas pelo paciente durante o exercício, é essencial que o programa de condicionamento físico para os portadores de DM seja prescrito de maneira individual, com a possibilidade de adquirir de maneira saudável e segura a prática das atividades físicas (BENETTI, 1996).

Sendo assim, prescrever de maneira adequada um programa de exercícios físicos passa por determinada sequência, que consiste primeiramente no tipo de atividade que será recomendada, seguida pela individualidade biológica, adaptação do paciente, intensidade dos exercícios, duração e frequência das sessões de atividades físicas, motivação para o comparecimento regular e, finalmente, uma reavaliação periódica (BALKE, 1978).

Aos indivíduos DMID (Diabetes Mellitus Insulinodependente), o treinamento físico deve ser realizado todos os dias, uma vez que tem capacidade de auxiliar na manutenção do padrão dieta-insulina regular, que pode ser entre 20 e 30 minutos, com o monitoramento dos níveis de glicemia antes e após os exercícios. Assim, a maior frequência de treinamento – de moderada intensidade e baixo impacto – ainda contribui na manutenção ou perda de peso e no tratamento da diabetes (POLLOCK; WILMORE, 1993).

A prática de exercícios físicos moderados pode auxiliar a melhoria da hemoglobina, além de outros efeitos que ocorrem de maneira independente da manutenção ou não da massa corporal. O que, por sua vez, sugere que tais efeitos benéficos não seriam necessariamente relatados para o treinamento, mas que demonstram um complemento importante para a melhoria do quadro geral de saúde do paciente DM (DEVLIN; RUDERMAN, 1995).

Ferreira e Ferreira (2009) explicam que as transições demográficas, nutricionais e epidemiológicas que foram identificadas ao longo do século XX passaram a doutrinar um perfil de alto risco para a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, que demandam altos custos sociais e causam impactos tamanhos na morbimortalidade da população, impondo ônus crescente e cada vez mais preocupante para a saúde pública.

As autoras explicam ainda que a DM, como um dos principais exemplos desse cenário, apresenta-se como uma epidemia global, o que representa um desafio

importante para os sistemas de saúde em todo o mundo. Sendo que a DM prevalece por conta do crescimento e envelhecimento da população, urbanização, prevalência da obesidade, sedentarismo e maior sobrevivência dos pacientes diabéticos.

Em áreas urbanas a prevalência da obesidade é predominante nas classes sociais menos favorecidas (MONTEIRO et al., 2000), e as taxas entre mulheres de maiores extratos econômicos mostraram uma redução na última década (MONTEIRO et al., 2001), apontando um maior impacto do excesso de peso entre as classes sociais mais baixas. Em muitos países, a prevalência da obesidade ou sobrepeso tem se elevado vertiginosamente. A Organização Mundial da Saúde, em seu relatório de 1997, alerta sobre a epidemia global de obesidade (WHO, 1997), e sobre a necessidade de prevenção primária do excesso de peso. O aumento abrupto da prevalência da obesidade observado em países do continente americano nas últimas décadas tem sido atribuído a alterações do consumo alimentar – maior densidade energética, alto consumo de carboidratos refinados, gorduras saturadas, ácidos graxos trans, colesterol, bebidas alcoólicas e alimentos tipo *fast-food* e redução do gasto energético –; avanços tecnológicos no trabalho; uso de veículo automotor, escadas rolantes e elevadores; aumento do tempo gasto em atividades sedentárias (televisão, vídeo-games, computadores e similares); assim como fatores socioculturais – valorização do excesso de peso como sinônimo de saúde e prosperidade (PEÑA; BACALLAO, 2001). A obesidade tem sido apontada como um dos principais fatores de risco para o diabetes tipo 2. Estima-se que entre 80 e 90% dos indivíduos acometidos por essa doença são obesos e o risco está diretamente associado ao aumento do índice de massa corporal.

As mudanças observadas no consumo alimentar no Brasil, com especial destaque para o aumento da densidade energética, maior consumo de carnes, leite e derivados ricos em gorduras, e redução do consumo de cereais (MONTEIRO et al., 1995), frutas, verduras e legumes (MONTEIRO et al., 2000) constituem importantes fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes, independentemente do índice de massa corporal (GITTELSOHN et al., 1998).

A redução do consumo de frutas, verduras e legumes, observada por Monteiro et al. (2000), pode favorecer o aumento da prevalência das doenças crônicas no Brasil, visto que o consumo desses alimentos tem sido apontado como um fator protetor para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares arterioscleróticas (JOSHIPURA et al., 2001; WOLK et al., 1999) e outras doenças crônicas.

Estudos recentes sobre padrões alimentares têm demonstrado que o consumo habitual da chamada dieta ocidental, caracterizada por uma alta ingestão de carnes vermelhas, produtos lácteos integrais, bebidas adoçadas, açúcares e sobremesas, está diretamente relacionado ao risco de desenvolver obesidade, doenças cardiovasculares (FUNG et al., 2001) e diabetes (GITTELSOHN et al., 1998). Em contrapartida, um padrão alimentar mais saudável, rico em frutas, verduras, legumes e peixes, associado ao consumo aumentado de frituras e embutidos, demonstrou

ser um fator protetor para o desenvolvimento de tolerância à glicose diminuída e da síndrome metabólica.

As evidências apontadas sobre as alterações no estilo de vida, com ênfase na alimentação e prática de atividades físicas, associadas ao aumento da expectativa de vida dos brasileiros são apontados atualmente como os principais fatores responsáveis pelo aumento da prevalência do diabetes tipo 2 observado no país. Portanto, a importância da prevenção primária de obesidade e diabetes no Brasil tem sido enfatizada por diversos epidemiologistas.

Os resultados do *Diabetes Prevention Program* demonstraram uma redução de 58% da incidência dos casos de diabetes por meio do estímulo à dieta saudável e prática de atividades físicas, sendo essa medida significativamente mais efetiva do que o uso da metformina, medicamento oral usado na prevenção primária do diabetes tipo 2 (DIABETES PREVENTION PROGRAM GROUP, 2002). Tuomilehto et al. (2001) observaram que a perda de peso em torno de 3 a 4kg em quatro anos reduziu em 58% a incidência do diabetes em população de alto risco. O controle de alguns fatores de risco modificáveis, como o peso, consumo alimentar habitual, uso do tabaco e prática de atividades físicas mostrou possuir um potencial de redução de 88% no risco de desenvolver o diabetes em indivíduos com história familiar (HU et al., 2002).

Entretanto, diferenças sociais, econômicas e culturais podem influenciar os desfechos de programas de prevenção, sendo necessário testar sua eficácia em diferentes populações. No Brasil, estudos sobre o impacto de programas de prevenção primária de diabetes tipo 2 em população saudável ou de alto risco são escassos. Dados preliminares de um estudo de intervenção para a prevenção do diabetes em população adulta sugerem que esses programas são viáveis em unidades básicas de saúde (SARTORELLI et al., 2001), e promovem a melhoria da saúde na população. Há evidências de que mudanças de estilo de vida possam ocorrer com maior sucesso quanto mais precoce forem as intervenções, e não há controvérsias de que a adoção de uma alimentação saudável, rica em frutas, verduras, legumes, grãos integrais e pobre em gorduras saturadas, associada à prática frequente de atividades físicas, no mínimo trinta minutos ao dia, possam atuar benéficamente na qualidade de vida da população e na carga de doenças ao sistema de saúde pública.

OS TIPOS DE MEDICAMENTOS E OS INDICADOS EM DIABETES

Os diversos fabricantes no mercado farmacêutico posicionam-se ao longo da cadeia de valor consoante os diferentes tipos de medicamentos que comercializam com o seguinte posicionamento:

- Medicamentos inovadores ou de marca, que visam ser pioneiros em determinadas classes terapêuticas ou visam melhorar medicamentos e/ ou tratamentos existentes. Assim, as grandes farmacêuticas, que assumem um papel de investigação e desenvolvimento (I&D), assumem toda a cadeia de valor do medicamento, uma vez que são necessários recursos e grandes economias de escala para poder fazer face aos avultados investimentos;
- Medicamentos licenciados, medicamentos que entram no mercado através de parcerias entre empresas, tendo a empresa licenciada autorização para produzir, comercializar ou promover os medicamentos (co-marketing, co-produção e co-promoção);
- Medicamentos genéricos, medicamentos que têm a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas que os medicamentos originais que já não estão protegidos por patentes.

No Brasil, parte dos medicamentos comercializados e consumidos é fabricada por poucos laboratórios de empresas nacionais ou multinacionais, evidenciando, assim, a característica de uma indústria farmacêutica oligopolizada. Este oligopólio realiza, em nível internacional, elevados investimentos em pesquisa e desenvolvimento, e a concorrência se dá, sobretudo, pela diferenciação de produtos, e não pelos preços, a não ser no caso dos medicamentos genéricos ou pouco diferenciados (SANTOS, 2010). Os principais países inovadores no setor e que, conseqüentemente, detêm as maiores fatias do mercado, são os da chamada tríade (Estados Unidos, Europa e Japão).

De acordo com Pontes (2007, p. 128), os medicamentos têm características definidas na prática de saúde e são reconhecidos como meio eficaz para diagnosticar e/ou enfrentar doenças e promover a saúde, sendo seu uso consolidado pelo resultado histórico de seu emprego no tratamento de numerosas enfermidades. No entanto, a multiplicidade de produtos farmacêuticos disponíveis, a frequência de novas descobertas farmacológicas, as pressões exercidas pela indústria farmacêutica,

pela mídia e por pacientes tornam difícil aos profissionais de saúde manterem-se atualizados e procederem de forma prudente quanto à escolha do melhor tratamento. Tal processo traz implicações que oneram indivíduos, instituições e os serviços de saúde. A informação fidedigna e isenta sobre medicamentos e a educação de seus usuários faz parte das intervenções recomendadas pela OMS para a promoção do uso racional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), os antidiabéticos orais se constituem na primeira escolha para o tratamento do DM2 não-responsivo a medidas não farmacológicas isoladas, uma vez que promovem, com controle glicêmico estrito, redução na incidência de complicações, têm boa aceitação pelos pacientes e simplicidade de prescrição e administração. Portanto, na maioria dos casos de Diabetes Tipo II, o médico prescreve um agente antidiabético oral. Na indicação da medicação oral, os mecanismos de resistência à insulina, a falência progressiva da célula beta, que são responsáveis por sintetizar e secretar o hormônio insulina, que regula os níveis de glicose no sangue, os múltiplos transtornos metabólicos (disglicemia, dislipidemia e inflamação vascular) e as repercussões micro e macrovasculares que acompanham a história natural do DM2 também devem ser objetivos lembrados. Assim, o tratamento tem como meta a normoglicemia, que é a normalidade no nível de glicose no sangue, devendo dispor de boas estratégias para a sua manutenção a longo prazo.

Agentes antidiabéticos orais são substâncias que, quando ingeridas, têm a finalidade de baixar a glicemia e mantê-la normal (jejum < 100 mg/dl e pós-prandial¹⁵ < 140 mg/ dl). Sob esse conceito amplo, de acordo com o mecanismo de ação principal, os antidiabéticos orais podem ser separados em: aqueles que incrementam a secreção pancreática de insulina (sulfonilureias e glinidas); os que reduzem a velocidade de absorção de glicídios (inibidores das alfa-glicosidases); os que diminuem a produção hepática de glicose (biguanidas); e/ou os que aumentam a utilização periférica de glicose (glitazonas). Existem diversas opções de tratamento disponíveis para pessoas com diabetes tipo II e esses medicamentos atuam de forma diferente para baixar os níveis de glicemia:

Biguanidas: essencialmente, reduzem a quantidade de glicose produzida pelo fígado.

Inibidores de DPP-4 e GLP 1: induzem a diminuição da glicemia, aumentando a quantidade de insulina produzida no pâncreas e diminuindo a quantidade de açúcar produzido no fígado.

Insulina: um hormônio injetável que substitui a insulina normalmente produzida pelo organismo para ajudar a controlar os níveis de glicemia.

Inibidores da alfa-glucosidase: após as refeições, abrandam a decomposição e a absorção dos hidratos de carbono.

Sulfonilureias e meglitinidas: estimulam diretamente o pâncreas para liberar

15 Que vem após uma refeição. Ocorre após a refeição.

insulina.

Glitazonas: essencialmente, ajudam o organismo a utilizar a insulina e a transportar a glicose para o interior das células.

A classe de substância lançada recentemente compreende os inibidores do contra transporte sódio glicose 2 nos túbulos proximais dos rins. Esta nova classe de drogas reduz a glicemia via inibição da recaptação de glicose nos rins, promovendo glicosúria, que, no contexto da medicina, é a presença do excesso de glicose na urina. Dessa forma, pode controlar a glicemia independente da secreção e ação da insulina, com conseqüente menor risco de hipoglicemia, podendo favorecer a perda de peso. Essa classe é conhecida como inibidor de SGLT2.

A decisão sobre qual antidiabético oral utilizar é baseada em diversos aspectos, como contra-indicações, efeitos adversos, custo ou disponibilidade no sistema de saúde, influência no peso do paciente, familiaridade do médico com a droga e facilidade posológica.

A indicação da insulina no tratamento do DM2 reserva-se para diabéticos sintomáticos, com hiperglicemia severa, com cetonemia ou cetonúria, mesmo recém-diagnosticados, ou para diabéticos que não respondam ao tratamento com dieta, exercício e/ou hipoglicemiante oral, anti-hiperglicemiante ou sensibilizadores da ação de insulina.

3.1 Uso racional de medicamentos (URM)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, estando garantida na Constituição Federal de 1988, como um direito universal. A Constituição Federal instituiu, ainda, o Sistema Único de Saúde – SUS que, dentre vários princípios, propõe a execução de ações de assistência terapêutica integral e farmacêutica. (CONASS,2007)

O uso racional de medicamentos se define como um processo de prescrição apropriada e dispensação adequada com doses, intervalos e período de tratamento seguro e de qualidade, sendo fundamental o papel do profissional farmacêutico tanto na orientação como na dispensação para a comunidade.

A principal ferramenta terapêutica para a manutenção da saúde populacional ou de sua recuperação é o medicamento. Porém, o uso irracional e maciço destes pela sociedade vem contribuindo para o surgimento de vários efeitos adversos, com grande impacto sobre a saúde e custos gerados aos sistemas (FAUS, 2000; VIEIRA, 2007). Para Leite e Cordeiro (2008), promover o uso racional de medicamentos (URM) é um grande desafio na sociedade atual, visto que os profissionais precisam estar comprometidos em promover mudanças dos conceitos e das práticas distorcidas e tendenciosas que influenciam o uso de medicamentos na atualidade.

Considerada um elo-chave na promoção do URM, a escolha terapêutica adequada deve levar em consideração a busca de tratamentos simples, mais seguros e econômicos e que sejam eficazes para o usuário. Porém a escolha da terapêutica

pode sofrer diversas influências, como: publicidade, informações, brindes, estudos, podendo desviar o sentido dessa prática para uma prescrição preferencial por determinados medicamentos (FAUS, 2000; VIEIRA, 2007).

Quando não se influencia para o uso racional de medicamentos acaba ocorrendo a automedicação sem prescrição médica, que pode tanto mascarar como impedir o diagnóstico de uma doença grave, além do risco de interações medicamentosas e efeitos adversos. Essa questão tem feito com que o Conselho Federal de Farmácia – CFF defenda cada vez mais o uso racional de medicamentos sob orientação e acompanhamento do farmacêutico.

O consumo indiscriminado de medicamentos sem indicação de pessoas tecnicamente capacitadas constitui em um grave problema para a saúde pública por aumentar o risco de morbimortalidade causadas por não adesão ao tratamento, superdosagem, subdosagem e erros de medicação (FIORI, 2009, p. 7).

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), no Brasil, por meio da Unidade Técnica de Medicamentos e Tecnologias em Saúde, cumprindo a missão institucional de “orientar os esforços estratégicos de colaboração entre os Estados-Membros e outros parceiros, no sentido de promover a equidade na saúde, combater doenças, melhorar a qualidade de vida e elevar a expectativa de vida dos povos das Américas”, retoma a temática do Uso Racional de Medicamentos (URM) com o lançamento da série de fascículos *Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica*.

Com essa retomada, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) contribuem para o alcance de um dos requisitos do encontro que versou sobre as Metas para o Desenvolvimento do Milênio e Acesso à Saúde para Todos, as quais dizem respeito à difusão de informação confiável, relevante e útil a todos os profissionais que lidam com a saúde de indivíduos e comunidades. Segundo esse documento, a falta de acesso à informação permanece como barreira aos cuidados de saúde nos países em desenvolvimento. Por isso preconiza que a Organização Mundial da Saúde lidere um movimento de “Acesso Universal à Informação sobre Cuidados Essenciais à Saúde até 2015” ou “Informação à Saúde para Todos”.

Os maiores problemas relacionados ao uso irracional de medicamentos são as reações adversas, inefetividade terapêutica, desvios da qualidade do medicamento e erros de medicação. É preciso, pois, que haja identificação, avaliação e prevenção do correto uso da medicação, tendo como base a contribuição dos profissionais farmacêuticos para minimização de ocorrência de automedicação, auxiliando na segurança do paciente e redução dos gastos desnecessários para estabelecimentos de saúde pública (MASTROIANNI; VARALLO, 2013).

O uso irracional de medicamentos oferece risco de toxicidade ao organismo humano conforme as doses administradas, além da possibilidade de ocorrência de hipersensibilidade, incluindo alergias e desenvolvimento de resistência.

A automedicação está relacionada intrinsecamente ao grau de instrução e informação dos usuários, bem como a falta de acesso ao sistema de saúde, colocando-se a atenção farmacêutica como requisito básico para que os consumidores façam seu tratamento de modo correto.

Quando se considera irracionalidade, esta deve ser combatida com mais informações e educação para a saúde. Desse modo, considera-se importante oferecer educação continuada aos farmacêuticos e comunicação entre eles e os prescritores como estratégias de redução à exposição de usuários ao uso indiscriminado de medicamentos.

Em geral, as pessoas mantêm em sua residência uma ampla gama de medicamentos, criando a conhecida farmácia caseira, que favorece o risco de subdosagem acidental e perda de eficiência da medicação, seja por mau armazenamento ou por estar acima do prazo de vencimento (PEREIRA, 2015, p. 2).

Sobre a farmácia caseira, Silva et al. destacam:

Estoque de fármacos pode ser mais um fator de risco para a automedicação, uma vez que a farmácia domiciliar, frequentemente, depositada em ambientes e recipientes inadequados, propicia diversas possibilidades de consumo irracional e desperdício, incluindo a facilitação da automedicação não responsável, bem como o aumento do risco de exposições tóxicas não intencionais (principalmente, em crianças pequenas) e intencionais (SILVA et al., 2013, p. 28).

Os riscos de Reações Adversas a Medicamentos – RAM e intoxicações medicamentosas constituem uma das maiores causas de morbidade e mortalidade. A morbidade, além de obstruir a evolução clínica do paciente, representa um aumento considerável no número de mortes por ano e de hospitalizações, o que eleva os custos dos sistemas de saúde (ARRAIS, 2002, p. 1).

Conforme dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológica – SINITOX, no ano de 2003 foram registrados 82.716 (81,3%) casos de intoxicação humana, sendo a região Sudeste a que apresentou maior percentual do total de casos (44,1%); seguida da região Sul, com 28,7%; Nordeste (17,4%); Centro Oeste (8,1%) e Norte, com 1,7% (SINITOX, 2013).

Para a promoção do uso racional de medicamentos, políticas e estratégias têm sido racionadas, como, por exemplo, que se tenha uma abordagem multidisciplinar para coordenar o uso de medicamentos, além de uma autoridade regulatória nacional que desenvolva e implemente regulamentos para produtos farmacêuticos (BOLZAN, 2008, p. 20).

Dez anos após a criação do Sistema Único de saúde – SUS, foi criada, no Brasil, no ano de 1998, a primeira Política Nacional de Medicamentos – PNM, por meio da Portaria Ministerial n. 3.916 (Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro

de 1998. Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 1998), que estabeleceu como diretrizes a revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos – RENAME, a reorientação da Assistência Farmacêutica, a promoção do Uso Racional de Medicamentos e a organização das atividades de Vigilância Sanitária dos Medicamentos. Visava essa política a promoção do acesso da população aos medicamentos seguros, de qualidade e ao menor custo possível. (CNS, 2000)

Pode-se dizer que a RENAME representa uma medida primordial para que os critérios de efetividade e eficiência sejam incorporados aos medicamentos, fazendo com que os responsáveis aperfeiçoem a racionalização dos recursos a serem empregados no processo de seleção dos fármacos.

No ano de 2002 foi realizado o processo de revisão da RENAME, estimulando a elaboração de formulários e guias farmacêuticos e esquemas de tratamentos padronizados para algumas enfermidades, para que práticas ineficientes no SUS fossem evitadas (MOTA; FERNANDES; COELHO, 2003, p. 184).

Cita-se também a contribuição da Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT, que estimula a implementação de treinamento em farmacoterapia, tendo como base as deficiências do currículo de graduação, como a ausência de um treinamento farmacoterápico racional que vincule as diretrizes clínicas com as relações de medicamentos essenciais (MOTA; FERNANDES; COELHO, 2003, p. 177).

Por sua vez, o Conselho Federal de Farmácia estabeleceu, em sua Resolução n. 539, de 22 de outubro de 2010, art. 2º, que cabe ao farmacêutico a fiscalização de processos e métodos farmacêuticos ou de natureza farmacêutica por meio de supervisão direta, não se submetendo à delegação. O anexo I da referida Resolução diz que compete ao farmacêutico o desenvolvimento de estratégias de informação permanente com a sociedade, criando canais de comunicação com a sociedade com vistas à criação de uma consciência sanitária (CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE MINAS GERAIS, 2011, p. 15).

Destaca-se que não foi possível obter informações atualizadas do SINITOX, tendo em vista que o seu sítio eletrônico encontra-se constantemente fora do ar, implicando na ausência de dados entre os anos de 2009 e 2014.

O uso racional de medicamentos foi visto neste capítulo como um risco à saúde humana, sendo constatado, a partir de dados oficiais, o impacto nos índices de morbimortalidade no Brasil, verificando-se que o profissional farmacêutico pode contribuir para a redução desses índices com a conscientização da população. No capítulo a seguir descreve-se o papel do farmacêutico nas farmácias comerciais.

4.1 A prescrição médica, normas e procedimentos

A experiência do paciente no momento do atendimento em um serviço de saúde tem sido fortemente relacionada com adesão ou não ao cuidado proposto pelo profissional de saúde (THOMPSON; MCCABE, 2012). Uma questão de extrema relevância envolvida nessa experiência se trata da relação e da comunicação estabelecida entre o médico e o paciente, as quais têm sido citadas e abordadas por revisões sistemáticas como fatores de real impacto nos resultados em saúde. De uma maneira geral, segundo Zolnierek e Dimatteo (2009, p. 826-34), uma boa relação pode contribuir de maneira favorável à adesão ao tratamento. Por outro lado, os mesmos autores apontaram que falhas ou problemas na relação médico-paciente resultaram em um risco 19% maior de não adesão ao tratamento.

A relação entre os profissionais de saúde e os pacientes abrange componentes de ordem emocional e instrutivo. No primeiro caso, estão envolvidas as ligações relacionadas à confiança, empatia, respeito, aceitação, entre outros. Já o componente instrutivo abarca as questões cognitivas, como coleta e compartilhamento de informações e orientações ao paciente (KELLEY et al., 2013). Com os elos emocionais e informacionais bem estabelecidos entre as duas partes ocorrerá maior clareza na explicação do(s) problema(s) que levou cada paciente a procurar ajuda nos serviços de saúde, e, conseqüentemente, maior clareza na identificação diagnóstica, na proposta terapêutica e acompanhamento do quadro evolutivo. Sendo assim, a forma de acesso e de recebimento dos pacientes nos serviços de saúde são extremamente importantes para o sucesso no diagnóstico e no tratamento das doenças quanto o conhecimento técnico-científico. A tensão gerada por dificuldades impostas aos pacientes para conseguirem obter o acesso aos serviços de saúde faz com que eles, em muitos casos, exteriorizem suas insatisfações por meio da agressividade no momento do atendimento. Uma reação parecida pode ocorrer com os profissionais de saúde quando estão sob pressão pelas precárias condições de trabalho e por jornadas exaustivas. Caso ocorra a quebra na relação de respeito e confiabilidade entre as partes, há dificuldades no diagnóstico correto, bem como na definição de um plano terapêutico, principalmente quando há necessidade de um seguimento no tratamento. Estabelecida a ligação afetiva, o conhecimento técnico dos profissionais define outro vínculo, o da confiança e respeito. Estabelecidos os vínculos necessários

para uma relação positiva, a chance de sucesso no diagnóstico e tratamento das doenças dos pacientes aumenta consideravelmente. Ocorrerá maior clareza na exposição do(s) problema(s) que levou o paciente a procurar ajuda nos serviços de saúde e, conseqüentemente, maior clareza na identificação diagnóstica, no tratamento e na proposta terapêutica, assim como no acompanhamento da evolução da doença. Sabe-se que boa parte (40%) dos pacientes que procuram os serviços de saúde na atenção básica não necessita de medicamento algum, por não apresentar evidências objetivas de doenças orgânicas ou psíquicas (PEDROSO; OLIVEIRA, 2007). Paradoxalmente, 80% dos pacientes que são atendidos na atenção primária à saúde saem das consultas médicas com uma prescrição medicamentosa (DUNCAN et al., 2004, p. 1577). Essas informações são fundamentais e decisivas para que uma prescrição seja elaborada de modo a promover o uso racional dos medicamentos, de tal que a primeira pergunta que o prescritor deve responder no momento de elaborar a prescrição é: esse paciente realmente precisa de medicamento(s)?

Ao prestar atendimento, o objetivo principal do profissional da saúde é o de atingir o melhor resultado para o paciente que, na melhor das hipóteses, seria a cura da doença. Para se chegar a um resultado final satisfatório, o profissional deve passar por algumas etapas básicas, conforme propõe a Organização Mundial da Saúde (OMS) por meio do Programa de Ação de Medicamentos Essenciais, sendo que três delas são fundamentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 1998, p.124):

- Entendimento do problema do paciente para definição do diagnóstico;
- Seleção de um tratamento de eficácia e segurança comprovadas, dentre as várias alternativas existentes ou padronizadas no serviço, levando em consideração a gravidade da patologia, seu prognóstico, as chances de cura ou controle e a qualidade de vida do paciente;
- Elaboração cuidadosa pelo profissional de um plano terapêutico (prescrição) e comunicação de forma clara dessas informações ao paciente ou ao cuidador ou aos profissionais da saúde (enfermeiros, farmacêuticos, ou outros) no caso de administração da medicação no serviço de saúde ou *homecare*.

Decorrido um tempo, determinado pelas condições clínicas de cada paciente, os resultados do tratamento devem ser avaliados, verificando se os efeitos desejados foram alcançados. Se o problema foi resolvido (houve cura), o tratamento poderá ser interrompido. Se o problema está evoluindo bem (está controlado), o tratamento deve ser mantido até o momento adequado para suspensão. Caso a evolução não esteja conforme o esperado, deve-se reavaliar o diagnóstico e os medicamentos prescritos. Deve-se entender que uma boa prática na assistência a todos os pacientes é o fornecimento de orientações verbais suficientes e esclarecedoras e, em seguida, o registro das indicações terapêuticas por escrito em uma linguagem simples. As orientações englobam informações sobre dietas, atividades físicas, ergonômicas,

sexuais, uso de álcool e outras drogas, ou seja, orientações sobre como obter e manter a saúde. Neste contexto, uma receita vai além da definição contida na Portaria nº344/1998/SVS/MS, que estabelece que “uma receita compreende a prescrição escrita de medicamento, contendo orientação de uso para o paciente, efetuada por profissional legalmente habilitado, quer seja de formulação magistral ou de produto industrializado”.

A receita compreende, em verdade, a prescrição escrita de um plano terapêutico, medicamentoso ou não, com objetivo de orientar o paciente ou seu cuidador, após o encerramento da consulta e o paciente não estar em um contato próximo do prescritor (saída do consultório e retorno a sua casa).

O uso racional de medicamentos é uma das principais medidas de segurança do paciente que são amplamente discutidas no Brasil. Neste debate têm destaque as ações voltadas para prevenir e minimizar os erros associados ao uso de medicamentos, e em especial os potencialmente perigosos ou de alta vigilância. (SMEULERS et al., 2015). O uso de medicamentos, propriamente ditos, envolve em torno de cinco etapas, sendo todas passíveis de erros:

- prescrição;
- verificação;
- preparação/dispensação;
- administração;
- monitoramento.

A prescrição representa o primeiro passo desse processo, e corresponde a grandes desafios, principalmente em relação à seleção da medicação e à representação e comunicação para o paciente. Estudo aponta que, apesar de todos os cuidados, uma em cada cinco prescrições em idosos está inapropriada. Para esse grupo de pacientes também é importante se considerar a racionalização terapêutica com o objetivo de se evitar o alto risco de eventos adversos pela interação medicamentosa e a possível confusão de horários dos diversos medicamentos (OPONDO et al., 2012). Gurwitz et al. indicam que, aproximadamente, 95% das reações adversas a medicamentos são previsíveis e em torno de 28% podem ser preveníveis (GURWITZ et al., 2003, p. 1107-1116).

As medidas de segurança no uso de medicamentos devem envolver todas as pessoas que participam desse processo complexo, como os prescritores, dispensadores, administradores dos medicamentos e os pacientes e/ou seus cuidadores. Os principais pontos a serem observados como medidas de segurança são:

- Padronização dos processos de trabalho nos serviços de saúde com atribuições de competências e responsabilidades;

- Identificação correta dos pacientes, com nome completo, data de nascimento, leito ou nome da mãe, quando necessário;
- Divulgação entre profissionais das fontes e do acesso às informações sobre os medicamentos. É necessário não confiar apenas na memória, visto que, atualmente, existem sistemas informatizados nos programas de prescrição eletrônica que auxiliam com informações sobre a apresentação do medicamento, concentrações, doses para as diversas faixas etárias, efeitos colaterais e interações medicamentosas. Há também disponíveis aplicativos para celulares ou tablets com a mesma finalidade;
- Implantação da dupla checagem (quando dois profissionais fazem a análise da prescrição) para reduzir o risco de erros após a prescrição;
- Utilização de equipamentos ou dispositivos que ajudam a criar barreiras no processo de preparação e administração de medicamento, como exemplo, o equipamento de nutrição enteral que não conecta em cateter intravenoso;
- Monitoramento contínuo de todos os processos padronizados nos serviços de saúde para avaliar e identificar os riscos relacionados a eles. Alcançar a prescrição segura é um desafio muito grande para os cuidados de saúde, e, em função disso, as medidas de segurança para minimizar os erros organizacionais e humanos devem ser implantadas e revisadas continuamente nos serviços de saúde.

4.2 A prescrição médica e as formas de efetivação e registro

A proposta terapêutica tem como destino final o paciente. Mas é necessário considerar que a prescrição do plano terapêutico pode ser entregue ao corpo de enfermagem, quando o paciente se encontra hospitalizado ou em observação, ou a um cuidador, no caso de pacientes que não apresentam condições de autocuidado. Para evitar erros na dispensação e administração dos medicamentos, é importante a explicação do plano terapêutico, por parte do prescritor, para o corpo técnico e para o paciente ou seu cuidador. O entendimento de todos os itens elencados na receita contribuirá para o sucesso ou não do tratamento preconizado. A prescrição pode ser feita à mão, impressa ou virtual. Quando realizada à mão, o custo financeiro é mínimo, mas um dos principais problemas é a incapacidade de entendimento da grafia e a abreviatura de palavras, que possibilita erros no uso dos medicamentos. Para prescrição de medicamentos que são prescritos frequentemente, esta pode ser digitada no computador e impressa em impressoras ou em gráficas. Pode-se também utilizar carimbos com dados dos medicamentos, entretanto, prescrições impressas em gráficas e carimbos não são adotadas usualmente, devido ao custo, a logística de fornecimento e manutenção dos carimbos e impressos. Uma vez que esses formulários não suprimem a necessidade do cálculo das doses em situações

específicas (ex.: insuficiência renal, insuficiência hepática e crianças), permanece a necessidade e cuidado dos prescritores em individualizar as doses nas prescrições de cada paciente, segundo Cardoso (2013, p. 39-45). Embora seja alto o custo para implantação e manutenção, a utilização de sistemas informatizados (estimado em 50 mil dólares por médico em uma clínica ambulatorial e de 100 milhões de dólares em um hospital de ensino) tem demonstrado grande utilidade na redução de erros, podendo contribuir para aumentar a qualidade e segurança no uso de medicamentos (GAGNON et al., 2014). A seguir estão algumas vantagens de um sistema informatizado de prescrição eletrônica sobre o sistema de prescrição manual:

- Mais legíveis, o que melhora a identificação do paciente e dos medicamentos;
- Podem ser enviadas por meio eletrônico, proporcionando maior rapidez de chegada à farmácia e consequente liberação;
- Capacidade de reduzir o risco de confusão entre medicamentos com nomes parecidos;
- Facilidade de integração a sistemas de registros médicos e de suporte à decisão clínica;
- Menor risco de erros causados pelos procedimentos complexos usados em farmácias e identificação mais fácil do prescritor;
- Aptos a serem ligados a sistemas de notificação de reações adversas a medicamentos;
- Capacidade de minimizar erros de especificação, como os zeros complementares ou os sistemas de pesos e medidas;
- Disponibilidade para imediata análise de dados, incluindo relatórios de pós-marketing;
- Os sistemas são disponíveis e apropriados para treinamento e educação;
- Capacidade de gerar importante redução de custos;
- Possibilidade de ligação a algoritmos para enfatizar medicamentos custo-efetivos;
- Minimização de super e subprescrição por meio de alertas;
- Redução nas escolhas de medicamentos incorretos;
- Possibilidade de utilização de regras de segurança relacionadas ao uso de abreviaturas, siglas, símbolos e expressões de dose perigosas, quando se configura o software de prescrição, de modo que a utilização de abreviaturas não seja permitida.

4.3 Diretrizes da prescrição médica

Na prescrição devem constar, de forma objetiva, legível e dentro dos padrões definidos pelos órgãos reguladores, todas as orientações sobre o tratamento medicamentoso e/ou não medicamentoso a ser seguido pelo paciente. A prescrição realizada deve basear-se em conhecimentos sobre a doença e o paciente. Sobre a doença é preciso considerar a certeza do diagnóstico, quais as possíveis evoluções e suas implicações na vida do paciente e as possibilidades terapêuticas disponíveis de acordo com a realidade de cada paciente. Sobre o paciente é necessário entender a sua condição social e familiar e sua rede de apoio; conseqüentemente seu poder aquisitivo, que determinará a escolha do tratamento medicamentoso e do não medicamentoso; a crença religiosa que pode trazer aceitação, conforto e esperanças; a bagagem cultural com práticas terapêuticas tradicionais em relação às doenças e a capacidade cognitiva do paciente e seus familiares, que permitirá ou não o entendimento da doença e suas implicações.

No plano terapêutico é necessário que seja considerada a autonomia do paciente e sua capacidade de autocuidado; as possíveis comorbidades e medicamentos em uso com seus efeitos colaterais e interações medicamentosas; a idade precoce ou avançada do paciente, que pode determinar, por exemplo, a escolha da via, a apresentação da droga e as doses a serem prescritas para cada faixa etária; se a paciente está grávida ou amamentando é necessário avaliar o risco e o benefício de cada medicamento na formação do feto e em seu desenvolvimento e uso de outros medicamentos e suas possíveis interações. Todos esses itens podem agir positiva ou negativamente na adesão e no sucesso do tratamento prescrito.

Os profissionais legalmente habilitados também possuem suas crenças, atitudes, habilidades e comportamentos que podem influenciar nas escolhas dos tratamentos medicamentosos ou não, alopáticos, homeopáticos, fitoterápicos. Nesse contexto, a situação política, local ou nacional, determina o acesso a medicamentos e tecnologias diagnósticas e a disponibilidade do tratamento no sistema de saúde público ou privado, o que possibilita o acesso ou não ao tratamento prescrito (ANDERSON et al., 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária, uma receita possui um padrão estrutural que facilita o entendimento dos que a utilizarão. O primeiro item da prescrição é a identificação completa do paciente. Se o paciente está internado ou em observação, além do nome completo e por extenso, é necessário acrescentar a data de nascimento e a localização no serviço (leito, poltrona, andar, quarto ou enfermaria), pois evitará um dos erros frequentes nos serviços de saúde que é a troca de medicamentos entre pacientes internados ou em observação. No caso de medicamentos prescritos para uso domiciliar, de acordo com a RDC nº 44/2009 da Anvisa, só podem ser entregues ao paciente após a verificação por um farmacêutico dos seguintes itens obrigatórios:

- Legibilidade e ausência de rasuras e emendas;
- Identificação do usuário;
- Identificação do medicamento, concentração, dosagem, forma farmacêutica e quantidade;
- Modo de usar ou posologia;
- Duração do tratamento;
- Local e data da emissão;
- Assinatura e identificação do prescritor com o número de registro no respectivo conselho profissional.

Os medicamentos sujeitos à prescrição somente podem ser dispensados mediante apresentação da respectiva receita. Diferentemente dos chamados medicamentos isentos de prescrição (MIP), regidos pela RDC nº 138/2003 da Anvisa, que estabelece a lista de grupos e indicações terapêuticas passíveis de venda sem prescrição.

A prescrição é um instrumento legal e um meio de comunicação. Segundo Mastroianni (2009, p. 173-176), para que a prescrição tenha legitimidade, devem ser cumpridas as exigências legais para o efetivo tratamento medicamentoso do paciente. No caso de pacientes que irão receber os medicamentos prescritos no próprio serviço de saúde, a prescrição deve ser realizada em formulários padronizados na instituição, que podem ser em meio físico ou virtual quando são utilizadas as prescrições eletrônicas.

A prescrição de uma receita (medicamentosa), quer seja de formulação magistral ou de produto industrializado, é de atribuição de todo e qualquer profissional regularmente habilitado (médicos, farmacêuticos, enfermeiros, veterinários e odontólogos), observando-se as normas sanitárias vigentes e aquelas que versam sobre o Exercício Profissional.

A notificação de receita é personalizada e intransferível, e deve estar acompanhada da receita. Ao ser aviada em uma farmácia ou drogaria, a notificação de receita será retida por esse estabelecimento e a receita deverá ser devolvida ao paciente devidamente carimbada, como comprovante do aviamento ou da dispensação.

A prescrição é um dos mais importantes processos da Assistência Farmacêutica, visto que é a partir da prescrição que há a sugestão da farmacoterapia a ser utilizada pelo paciente. Uma boa prescrição médica não se resume apenas à ausência de erros, mas na necessidade do prescritor olhar o paciente de forma holística para realizar a prescrição, levando em conta não somente a situação clínica e os aspectos inerentes ao medicamento a ser prescrito, mas também condições sociais e cognitivas do paciente, dos pais e cuidadores que influenciarão na adesão

e uso adequado do tratamento prescrito. Os prescritores devem estar atentos às interações farmacológicas e fisiológicas nas diversas condições especiais, como crianças, idosos, gestantes, portadores de doenças crônicas e na ocorrência de interações medicamentosas (medicamento-medicamento; medicamento-alimento; medicamento-álcool e outras drogas). Os pesquisadores devem receber incentivos para a realização de estudos sobre doses ideais para crianças e adolescentes.

Bates et al. (1995), em um estudo de coorte prospectivo – um tipo de estudo em que o investigador observa e analisa a relação existente entre a presença de fatores de riscos ou características e o desenvolvimento de enfermidades, em grupos da população –, apresentaram os seguintes dados:

- 56% de erros, resultando em eventos adversos evitáveis, ocorrem durante a prescrição;
- 34% durante a administração;
- 6% durante a transcrição; e
- 4% durante a dispensação.

Atualmente ainda encontramos erros relacionados às diversas etapas da prescrição. A comunicação, ou a falta dela, pode ser apontada como um agente importante na incapacidade de prevenir ou acabar com os erros nas prescrições. O uso de software de prescrição eletrônica pode ajudar na redução de muitos dos erros em cada uma das etapas citadas por Bates et al. (1995, p. 29-34). Entretanto, outros erros podem estar associados a essa tecnologia, devendo ser avaliados em estudos de seguimento. A tecnologia da informação pode melhorar substancialmente a segurança dos pacientes através da estruturação de ações, captura de erros, relatórios de apoio e a decisão centrada no paciente, baseada em evidências, permitindo a personalização necessária da prescrição.

PESSOA COM DIABETES E NÃO DIABÉTICO

O termo “diabético” gera alguma polêmica quanto a sua aplicação, quando se refere as pessoas com diabetes. Para muitos, não passa de uma questão desimportante, de ordem pessoal. Entretanto, a discussão é antiga (BARONE, 2015). Além de debates a respeito, pesquisas já foram feitas e entidades internacionais têm divulgado seu posicionamento. Vejamos, então, qual a importância do assunto em pauta.

Recentemente, o repórter da área de saúde e bem-estar do U.S. News, Amir Khan, publicou artigo a esse respeito (KAHN, 2014). No subtítulo o autor já dá o alerta: “tire a palavra com D do seu vocabulário quando se referir a alguém com diabetes”. No artigo, discute-se também o fato de existir um estigma de culpa relacionado ao diabetes, que é reforçado ao se usar o termo “diabético”. A educadora em diabetes Evan Sisson afirma: “referir-se a alguém como ‘diabético’ implica que ele não é nada mais do que a disfunção, é como se o diabetes o definisse como pessoa” (KAHN, 2014). Ela alerta, também, que, ao usar o termo com uma criança, está se passando a ideia de que ela é diferente dos demais, o que fere sua autoestima.

Prof. Dr. Micheal Bergman concorda que o uso de alternativas como “pessoa com diabetes” ou “ele/ela/você tem diabetes”, mantém a pessoa, e não a doença, em primeiro lugar. Assim, ao perguntar sobre a disfunção, propõe que se use “você tem diabetes?”, no lugar de perguntar se a pessoa é “diabética” (KAHN, 2014).

Bergman revela que quando fala com seus pacientes, nunca os trata por “diabéticos”, o que “torna muito mais fácil estabelecer uma relação que nos coloca no mesmo patamar”, diz (KAHN, 2014). Da mesma forma, pessoas com outras disfunções não gostam ou não gostariam de ser abordadas com o uso de adjetivos ou substantivos como: “asmático”, “canceroso”, “epilético” ou “aidético”.

Apesar de “nem todos ligarem”, 40,7% admitem que se incomodam quando chamados de “diabéticos”. Adicionalmente, 25% das pessoas com diabetes tipo 1 no Brasil escondem a disfunção e 54,1% consideram o diabetes a pior coisa que aconteceu em suas vidas. Portanto, deve-se entender que a maioria prefere ser referida e reconhecida por outras de suas características (KAHN, 2014).

Levando tudo isso em consideração, as maiores entidades internacionais dedicadas ao diabetes, incluindo a American Diabetes Association (ADJ) e a

International Diabetes Federation (IDF), não admitem o uso em suas revistas científicas (*Diabetes Care, Diabetes, Diabetes Research and Clinical Practice*, entre outras) do substantivo “diabético” para se referir às pessoas com diabetes (BARONE, 2014).

Assim, percebe-se a necessidade de uma adequação de vocabulário que, além de permitir alinhamento com entidades internacionais, deixa a pessoa mais à vontade, sentindo-se respeitada, e quem sabe até em uma relação mais próxima com sua equipe de saúde e motivada a se dedicar mais ao tratamento.

5.1 Estilo de vida da pessoa com diabetes tipo II

Ao adoecer, o ser humano se vê frente a inúmeras mudanças biológicas, psicológicas e sociais, visto que seus hábitos de vida precisam ser modificados de acordo com a patologia a que é acometido.

O diabetes é uma doença que afeta grande parte da população mundial, causando, muitas vezes, incapacitações e até a morte (BRASIL, 2001).

Sabe-se ainda, que além da medicação adequada, faz-se necessário a realização de atividade física e uma dieta balanceada, além de um conhecimento, por parte dos pacientes, da patologia e dos meios necessários para evitar uma complicação. Assim, é importante ressaltar que promover a saúde significa fornecer às populações condições para que estas sejam capazes de melhorar sua saúde e exercer controle sobre ela (BRASIL, 2002).

Essas condições são adquiridas principalmente através da educação em saúde, que é fundamental para as intervenções preventivas, principalmente em relação às doenças crônicas. Essa patologia tem uma grande taxa de mortalidade e isso tem gerado um grave problema de saúde pública, na qual se fazem necessárias intervenções com programas educativos que contemplem as necessidades reais dessa população afetada, bem como a de seus familiares e profissionais envolvidos (BRASIL, 2001).

Diante dessa realidade, a atenção básica criou novas estratégias para intervenção em saúde, tentando dar mais eficácia aos resultados obtidos e melhor qualidade de vida para seus usuários.

O diabetes é considerado um problema de saúde pública devido a grandeza da pandemia que vem atingindo. Com ela, a qualidade de vida e a produtividade são comprometidas, além de existir várias doenças relacionadas. Em meio a tudo isso, há ainda um desgaste da estrutura familiar em virtude de questões psicológicas envolvidas e de diversos cuidados necessários ao portador, entre eles alimentação, higiene, atividade física e medicação (GEORG et al., 2005).

Pode-se detectar diversos fatores que influem na não adesão ao tratamento, como os biossociais, os hábitos de vida, as crenças adquiridas em relação à saúde, a doenças e ao tratamento, além de aspectos culturais.

Essa falta de adesão ao tratamento impede o alcance dos objetivos terapêuticos,

tornando-se frustrante, tanto para o profissional de saúde quanto para os indivíduos que possuem a doença. Os fatores psicossociais podem ser um ótimo recurso para se tentar realizar essa adesão.

Percebe-se que o sentimento de bem-estar está extremamente relacionado com a adesão ou não ao tratamento de qualquer tipo de doença. Isso mostra que é necessária ser realizada uma nova abordagem nesses casos, criando-se novas estratégias de intervenção.

Um dos recursos mais utilizados nessa nova proposta de intervenção em saúde são os grupos. Para falar-se sobre grupo, precisa-se primeiramente conhecer a concepção do que é grupo. Segundo Pichon-Riviéri (apud SIMÕES; STIPP, 2006), grupo é quando um conjunto de pessoas se reúne e interage em torno de uma tarefa que possui alguma finalidade. Estudiosos dividem os grupos em duas modalidades: operativo ou psicoterápico.

Os grupos psicoterápicos são facilitados por um profissional que tenha formação adequada para a realização de tal atividade. Nesse tipo de grupo se trabalha com sentimentos, ansiedades e questões pessoais, visando a promoção de *insights* e mudança de comportamento, não somente para aliviar ou curar a dor do indivíduo, mas também para obter resultados psicoterapêuticos.

Já o grupo operativo, para Saidon (apud SIMÕES; STIPP, 2006), tem como objetivo centrar-se em uma tarefa, que pode ser de aprendizagem, diagnóstico, tratamento, entre outras. O conceito de grupo operativo é muito abrangente; e na prática ele não é bem delimitado, confundindo-se e complementando-se um com o outro. Pode-se dizer que até os grupos psicoterápicos se encontram dentro dos grupos operativos.

Cada tipo de grupo deve ser realizado por um profissional capacitado, assim um profissional de enfermagem não pode realizar grupo psicoterápico, visto que sua formação não lhe dá subsídio para isso. Porém, se leva-se em consideração o significado literal de terapia, ela quer dizer cuidar e servir, e esse benefícios são percebidos através da diminuição da ansiedade e isso observa-se não apenas em grupos psicoterápicos, mas também em grupos operativos, que podem ser realizados por pessoas habilitadas para tal.

Pode-se encontrar nos grupos operativos diversas categorias, como: ensino-aprendizagem, com a intenção é aprender a aprender; institucionais, com o objetivo de aumentar a produção da empresa; comunitários, como os programas voltados para a saúde mental; terapêuticos, com os quais se visa a melhoria do indivíduo com algum tipo de patologia; autoajuda, que, segundo Barros (SIMÕES; STIPP, 2006), consiste em auxiliar os sujeitos a resolverem questões traumáticas de ordem aguda ou crônica. Zimmerman (SIMÕES; STIPP, 2006) cita como exemplo os grupos de adictos; sobrevivência social; problemas sexuais e conjugais; cuidados primários; entre outros.

Os objetivos desses grupos são: promover maior adesão ao tratamento; ampliar a consciência sobre sua patologia; desenvolver maior capacidade de assimilação das informações; estimular a solidariedade e favorecer que cada cliente possa atuar, na comunidade, de maneira informal, como um agente de saúde. (SIMÕES; STIPP, 2006, p. 142).

O tratamento medicamentoso é um fator extremamente importante para o tratamento do diabetes; porém, apenas esse tratamento não basta. É extremamente importante a mudança no estilo de vida, e para isso é preciso capacitar o portador para o autocuidado.

Um grupo destinado a portadores de doenças crônicas como o diabetes deve ter como objetivo a conscientização da importância dos hábitos saudáveis e dos cuidados necessários para se evitar e controlar as complicações. As informações abordadas devem estar de acordo com a necessidade e realidade do grupo, além de serem expostas de forma fácil e acessível que permita o fácil fluir e a aprendizagem das informações. Esta também deve ocorrer de forma interativa, com integração entre os profissionais facilitadores e também entre o grupo e a partir de suas questões e experiências de vida, para propiciar a reflexão e a crítica da sua realidade, para a qual um ótimo recurso é a troca de experiências.

Oliveira, Munari, Bachion, Santos e dos Santos (2009) relatam como foi realizado um grupo de diabéticos do qual participaram.

Nesses encontros se discutia a percepção de saúde, o significado de ser diabético; aspectos relacionados à doença (fatores de risco, complicações); aspectos relacionados ao tratamento (alimentação, atividades físicas, direitos, participação da família) entre outros, na perspectiva da promoção da saúde, da prevenção de agravos e complicações, favorecendo o aprendizado coletivo do autocuidado e responsabilidade sobre si (2009, p. 559).

Porém, os profissionais devem estar atentos para a qualidade das ações, pois não é suficiente apenas o repasse das informações, é essencial que o desenvolvimento das atividades sejam planejadas, pensadas, assertivas com a intenção de mudança de comportamento e melhoria da qualidade de vida. É preciso perceber o melhor modo de usar e motivar o potencial do grupo.

O compartilhar da vida, das experiências, dificuldades e vitórias enfrentadas no tratamento da doença por pessoas que vivem questões semelhantes ajuda e ensina de forma intensa e fortifica o compromisso para com o seu tratamento, além do vínculo estabelecido entre as pessoas.

No caso dos grupos de educação em saúde, esse planejamento inclui o enquadramento correto das atividades de acordo com os objetivos, a garantia de condições adequadas para seu funcionamento, o contrato estabelecido com a clientela e, sobretudo, a indicação de critérios de avaliação, que deve ocorrer segundo um processo contínuo que inclua: o grupo e a coordenação, de forma sistemática, que visa analisar a efetividade das práticas realizadas e a sua aplicabilidade no contexto de vida dos participantes. (OLIVEIRA; MUNARI; BACHION; SANTOS e DOS SANTOS, 2009, p. 559)

A avaliação do processo grupal é uma etapa importante para o funcionamento do grupo, pois permite perceber como está a sua evolução, se está sendo efetivo, os seus resultados e onde ele precisa ser modificado e melhorado. Essa avaliação fornece feedback ao coordenador sobre a efetividade do grupo.

Oliveira; Munari; Bachion; Santos e dos Santos (2009) trazem um exemplo de avaliação que checa a presença ou ausência de diversos fatores no grupo. Os fatores terapêuticos propostos no estudo são:

1. Instilação de esperança: fator caracterizado quando os participantes relatam experiências de melhora fundamentada na esperança de que outros participantes do grupo também melhoraram;

2. Universalidade: caracterizado quando as pessoas percebem que suas experiências de sofrimento não são únicas e são vividas também por outras pessoas, o que lhes confere um grande alívio;

3. Oferecimento de informações: o coordenador ou outros membros oferecem informações didáticas, aconselhamento ou orientações acerca de temas diversos;

4. Altruísmo: sensação de utilidade percebida pelos membros do grupo ao compartilhar problemas similares, oferecendo reassseguramento e sugestões uns aos outros;

5. Desenvolvimento de técnicas de socialização: melhora das habilidades sociais básicas a partir da convivência no grupo;

6. Comportamento imitativo: ocorre uma aprendizagem por substituição ao se avaliar a melhora referida por algum membro;

7. Coesão do grupo: refere-se à atração entre os membros, que oferece condições de aceitação e compreensão absolutamente necessárias para a eficácia do grupo como uma forma de intervenção;

8. Aprendizagem interpessoal: a interação ocorre sempre que um grupo se reúne e constitui um rico potencial para o aprendizado e mudança;

9. Catarse: fenômeno complexo relacionado à ventilação de emoções, ao compartilhamento dos sentimentos internos e à aceitação destes pelo grupo;

10. Reedição corretiva do grupo familiar: transferência para membros do grupo terapêutico de reações antes relacionadas com os familiares;

11. Fatores existenciais: caracterizados pela reflexão de questões existenciais, como o isolamento, a liberdade e a falta de significado, pressupostos da luta suprema do ser humano (2009, p. 560).

Os autores afirmam que os três últimos fatores são mais encontrados em grupos psicoterápicos. O que não impossibilita de também ocorrerem em grupos operativos.

IMPACTOS ECONÔMICOS E CUSTOS DOS TRATAMENTOS

A garantia de acesso aos medicamentos é parte essencial de toda política farmacêutica, bem como das políticas de saúde pública. A acessibilidade econômica aos medicamentos envolve preço dos produtos com consequente impacto na renda familiar e nos diferentes sistemas de saúde, sendo essa a maior dificuldade encontrada para a aquisição da farmacoterapia (OPAS, 2009).

Sob o ponto de vista econômico, estima-se que o custo da não aderência aos tratamentos gerem impactos financeiros expressivos às pessoas com diabetes e ao sistema público de saúde. Nos Estados Unidos da América, a não adesão aos tratamentos representa uma perda de 100 bilhões de dólares por ano e coloca a situação em nível de uma epidemia de graves consequências (O'CONNOR, 2006).

A adesão aos tratamentos tem sido objeto de discussões e estudos por parte significativa dos profissionais de saúde, sendo um dos grandes desafios do Século XXI, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo sondagens do setor, a baixa adesão aos tratamentos que incluem prescrição de medicamentos de uso contínuo gera custos alarmantes e crescentes, que representam 75% dos gastos evitáveis com saúde no mundo, estimados em US\$ 47 trilhões até 2030. O problema também gera perda de faturamento global para as farmacêuticas na ordem de US\$ 560 bilhões por ano.

Um estudo recentemente publicado no *American Journal of Preventive Medicine* apontou os seguintes custos de tratamento da Diabetes Mellitus Tipo II e as complicações diabéticas:

- Em homens diagnosticados com a Diabetes Mellitus Tipo II em idade entre 25-44 anos, 45-54 anos, 55-64 anos e 65 anos ou mais, ao longo da vida os custos médicos de tratamento do Diabetes Mellitus Tipo II e complicações diabéticas foram US\$ 124.700, US\$ 106.200, \$ 84.000, e US\$ 54.700, respectivamente.
- Nas mulheres, os custos foram US\$ 130.800, US\$ 110.400, US\$ 85.500 e US\$ 56.600, respectivamente. A média ponderada idade-sexo das despesas médicas ao longo da vida era US\$ 85.200, dos quais 53% foram devidos ao tratamento de complicações diabéticas.

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016),

os custos diretos com Diabetes Mellitus Tipo II, variam entre 2,5% e 15% do orçamento anual da saúde de um país, dependendo de sua prevalência e do grau de complexidade do tratamento disponível. Estimativas do custo direto apontam para a seguinte situação:

- No Brasil, os custos oscilam em torno de 3,9 bilhões de dólares americanos;
- Na Argentina, 0,8 bilhão de dólares para a Argentina;
- No México, 2 bilhões de dólares americanos.

Estimativas recentes dos custos do tratamento ambulatorial dos pacientes com diabetes pelo Sistema Único de Saúde brasileiro são da ordem de US\$ 2.108,00 por paciente, dos quais US\$ 1.335,00 são relativos a custos diretos (SBD, 2006). Podemos dizer que custos diretos são: as diárias hospitalares, os exames complementares, os medicamentos, as próteses e honorários médicos. Os custos não-médicos são algo como o transporte do paciente ao hospital e os honorários de contratação de um enfermeiro temporário.

A Federação Internacional de Diabetes estima que em 2010 os custos globais com a doença foram de US\$ 376,0 bilhões. Estudos de estimativa do custo anual associado à atenção aos portadores de diabetes nos Estados Unidos e na América Latina revelaram que os custos diretos e indiretos totalizaram US\$ 102,5 e US\$ 94,3 bilhões, respectivamente. Análises de custo do tratamento para o diabetes em países latino-americanos demonstraram a significativa carga econômica da doença para os sistemas de saúde e sociedade (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2017).

O *Estudo Brasileiro sobre os Custos do Diabetes (ESCUDI)*, conduzido no Brasil em 2007 pela Sociedade Brasileira de Diabetes, foi o primeiro estudo realizado no Brasil que avalia os custos do tratamento do DM2 em pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo avaliou o custo direto e indireto com o gasto do tratamento do diabetes em oito cidades de diferentes regiões e demonstrou um custo médio de R\$ 2.951,00 por paciente ao ano, sendo que 63% desses foram decorrentes dos custos diretos (medicamentos para diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares, dislipidemia, psiquiátricas e todas as outras necessárias para controlar as complicações do DM), exames, consultas com profissionais de saúde (médicos, nutricionistas, enfermeiras, fisioterapeutas, dentista, psicólogos), monitoramento da glicemia capilar (fitas de HGT), custos com atendimento em pronto-socorros; além dos custos diretos não-médicos, como alimentos *diet*, transporte do paciente a clínica de saúde, contrato temporário de um cuidador para os períodos de recuperação; e outros 37% por custos indiretos (absenteísmo com perda de produtividade, licenças médicas e aposentadorias precoces).

Ainda, segundo o ESCUDI, a maior parcela dos custos do tratamento ambulatorial do diabetes foi decorrente da aquisição de medicamentos (48,2% dos custos totais),

sendo que 25% dos pacientes estudados referiam comprar algum medicamento em farmácias particulares, o que comprometia aproximadamente 14% da renda familiar.

As projeções de aumento da esperança média de vida são conseqüentemente associadas condições médicas e regimes de medicação cada vez mais complexos. O tema da adesão à medicação, em particular nos casos de Diabetes Mellitus Tipo II, torna-se cada vez mais relevante, pois as estimativas da interrupção na sequência das prescrições médicas são, segundo a literatura, geralmente altas.

Desse modo, essa ruptura das prescrições e tratamentos médicos minimiza a probabilidade de potencial melhora na saúde dos indivíduos, aumenta a possibilidade de reações adversas ao tratamento e de sucessivos internamentos, o que reflete também uma elevação significativa de custos no sistema de saúde.

Segundo Dal Fabbro et al. (2013), muitos diabéticos são incapazes de continuar a trabalhar em decorrência de complicações crônicas, ou permanecem com alguma limitação no desempenho profissional. Estimar o custo social dessa perda de produtividade não é fácil. Entretanto, em algumas situações nas quais se têm feito esse cálculo, tais custos representam uma importante parcela dos gastos. Por exemplo, em 2012, as estimativas para os EUA dos custos diretos para o tratamento de DM foram de 176 bilhões de dólares em relação aos 69 bilhões de dólares para as despesas decorrentes da perda de produtividade.

Leite e Vasconcellos (2003), ao revisar essa temática, expõem que o alto custo do medicamento é um fator importante para não aderir ao tratamento. Os autores afirmam que o custo do medicamento deve ser levado em conta na decisão terapêutica, pois o paciente só terá condições de aderir ao tratamento se tiver acesso a ele.

Os custos por mês do tratamento de uma pessoa com diabetes, de acordo com o preços médios dos medicamentos, não disponíveis na Farmácia Popular (janeiro 2017), são:

Medicamentos injetáveis – média de R\$ 450,00.

Medicamentos orais – média de R\$ 110,00.

A doença demanda cuidados especiais e tratamento rigoroso, que muitas vezes envolve medicação oral ou mesmo a aplicação de insulina. Considerado uma epidemia, o quadro de diabetes no Brasil exige uma ação efetiva do Estado para evitar o agravamento do cenário.

Atualmente, o governo brasileiro disponibiliza, gratuitamente, remédios para o tratamento do diabetes para facilitar a vida dos pacientes. De acordo com a Lei Federal 11.347/06, os pacientes brasileiros com diabetes devem receber, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde (SUS), os medicamentos necessários para o tratamento, assim como os materiais exigidos para a sua aplicação e a monitoração da glicemia capilar. Para isso, é preciso estar inscrito em algum programa de educação especial em diabetes.

Na prática, funciona assim: a pessoa deve ir ao posto de saúde e se cadastrar

como paciente com diabetes do SUS ou do Hiperdia (Sistema de Informação em Hipertensão e Diabetes). No próprio posto, o paciente deve solicitar os medicamentos do tratamento, mediante a apresentação de receita do médico responsável. Se não for atendida, a pessoa pode recorrer à ouvidoria da Secretaria de Saúde do estado ou do município ou mesmo entrar com ação judicial para exigir o fornecimento gratuito dos remédios.

Outra opção de acesso gratuito aos medicamentos para diabetes (e também para hipertensão) é o programa Farmácia, para o qual devem ser apresentados documento de identidade, CPF e a receita médica com validade Popular, do Governo Federal. O programa atende todos os brasileiros, basta que a receita indique cada tipo de remédio, exigida para evitar a automedicação. A receita pode ser emitida tanto por médico do SUS como da rede privada.

COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR DE MEDICAMENTOS

Considerando que não exista uma definição universal de cliente e consumidor (SHETH; MITTAL; NEWMAN, 2001; KOTLER, 1996), neste estudo, optou-se por adotar o conceito respaldado por Clarke (2001), por entender que o consumidor diz respeito às pessoas que se encontram na ponta da cadeia produtiva e que fazem uso final dos produtos. Segundo o mesmo autor, os demais intermediários da cadeia configuram-se apenas clientes.

O comportamento do consumidor é definido como uma atividade em que os indivíduos se ocupam quando obtêm, consomem e dispõem de produtos e serviços (ENGEL; BLACKWELL; MINIARD, 2000). Entender a dinâmica do consumo faz com que se desenvolvam estratégias para influenciar os consumidores depois que compreendemos por que as pessoas compram certos produtos ou marcas. Nesse sentido, entende-se que o estudo do comportamento do consumidor nas plataformas digitais e a pesquisa por informação no segmento da moda é de suma importância para as empresas que buscam algo a mais em seus negócios, e o comunicólogo deve estar atento aos hábitos do público-alvo.

Solomon (2002) afirma que os profissionais de marketing reconhecem atualmente que o comportamento do consumidor é um processo contínuo, não apenas quando ocorre a troca, quando se entrega o dinheiro ou apresenta o cartão de crédito e recebe o produto ou serviço. Embora essa transação seja parte importante do processo, entender o consumidor vai além, é todo o processo de consumo, o que inclui as questões que o influenciam antes, durante e depois da compra.

Samara e Mosch (2005, p. 3) afirmam que:

O perfil, as características, as motivações e os interesses do consumidor sofrem todo tipo de influências. Desde os aspectos sociais, demográfico, cultural, psicológico e situacionais até importantes estímulos de marketing (produto, preço, praça e promoção) afetam e impulsionam as atitudes e as ações dos indivíduos em suas decisões de consumo.

Quanto ao comportamento do consumidor, diversos estudos vêm sendo desenvolvidos desde a década de 1950, com o intuito de se solidificar ainda mais esse campo (VIEIRA, 2002). Entre os vários trabalhos realizados nessa área, destacam-se os estudos de Nicosia (1966), Levy-Costa et al (2005) e Ajzen (1991). Segundo Fonseca e Rossi (1998), esse campo tem representado uma das áreas mais

complexas do marketing, daí a busca constante por seu maior entendimento por meio de pesquisas na área de marketing. Na opinião de Terzi (2001), o comportamento do consumidor e o comportamento humano são campos de estudos próximos, mas este envolve apenas uma porção da atividade humana voltada ao consumo.

Para Karsaklian (2008, p. 13), “ser consumidor é ser humano. Ser consumidor é alimentar-se, vestir-se, divertir-se [...] é viver”. De acordo com a mesma autora, o consumidor é apenas uma parte do ser humano, que é dotado ainda de personalidade, percepção, aprendizado e motivações.

Informações sobre medicamentos podem não fazer parte do interesse do consumidor até o momento em que a sua compra se torna necessária. Por outro lado, seguindo a legislação vigente no país, não é permitido à indústria farmacêutica fazer propaganda para os consumidores de produtos éticos, que são os medicamentos prescritos por médicos que, legalmente, não podem ser anunciados na mídia de massa, ficando a propaganda restrita apenas às publicações especializadas, ainda assim, direcionadas aos médicos através de propagandistas de laboratórios farmacêuticos. Se considerado que o consumidor empreende um processo de busca ao comprar o medicamento, ele pode ainda receber influência do farmacêutico ou balconista da farmácia, amigos, parentes, colegas de trabalho, entre outros, no momento da compra. Neste caso, pode-se inferir que esses pacientes receberam, então, a influência dos chamados grupos de referência.

Existe ainda, a influência da comunicação boca a boca, afinal, conforme sugerem Engel, Blackwell e Miniard (2000, p. 568), “quanto mais inovador o produto, mais provável que os consumidores sejam influenciados por um usuário existente do produto ou por alguém que eles considerem um perito no assunto”.

De acordo com uma pesquisa recente realizada pela Federação Brasileira das Redes Associativistas e Independentes de Farmácias (FEBRAFAR), que reúne 50 redes de farmácias independentes em 24 estados e também no Distrito Federal, com 1.287 consumidores de 28 cidades brasileiras, 57% dos entrevistados fazem rotineiramente pesquisa de preço de medicamentos e outros produtos farmacêuticos antes da compra. Um crescimento considerável em comparação com números de pesquisa similar feita em 2010, na qual apenas 11% tinham essa preocupação.

Contudo, ao confrontar os dados com uma segunda pesquisa, realizada com 321 entrevistas presenciais, no lado de fora das farmácias, com consumidores que haviam acabado de realizar a aquisição, os resultados foram bastante distintos. Quando questionados se pesquisaram em outras farmácias o preço do que acabaram de comprar, 81% dos consumidores afirmaram que não.

O mesmo estudo apontou os seguintes critérios na hora da escolha do local da compra de medicamentos:

- 94% analisa os preços dos produtos;
- 84% localização da farmácia;

- 80% atendimento;
- 49% estacionamento;
- 32% meios de pagamento;
- 21% aceitação de PBM (programa de desconto);
- 11 % entrega de produto em casa.

A pesquisa, portanto, apontou para a importância do preço na hora da compra em uma farmácia. Contudo, não são realizadas pesquisas frequentemente. Isso revela que outros fatores, como cartões de fidelização, localização e atendimento ainda são imprescindíveis na hora da decisão de compra.

Em outro estudo sobre o perfil do consumidor de medicamentos, com chancela do IBOPE Solutions e da Múltipla PHD Estudos Comportamentais, o POPAI Brasil, instituto especializado em estudo de *merchandising* no ponto de venda, elaborou uma pesquisa intitulada *O comportamento do consumidor em farmácias e drogarias*, com o intuito de conhecer os hábitos dos consumidores, detectar a relação das compras de medicamentos éticos, MIP's (de venda livre – isentos de prescrição) e consumo e, ainda, verificar o impacto que as ações e materiais de *merchandising* causam na decisão de compra.

O estudo foi realizado durante dois meses em 115 farmácias das capitais São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Recife e Salvador. Dessas, 40% eram grandes redes e 60% eram independentes. A pesquisa contou com uma análise quantitativa feita individualmente com os clientes, cerca de 1.720, o que deu uma média de 15 por estabelecimento, antes e após a visita à loja. Com as seguintes características:

- 65% dos frequentadores são mulheres;
- 83% pertencem as classes B e C;
- Os frequentadores desse canal tem em média 20 a 39 anos;
- 83% dos consumidores vão sozinhos aos estabelecimentos;
- Esse público frequentam farmácias independentes e o período de maior concentração de compra está no período da tarde (56%).

A ideia foi verificar, em primeiro momento, a frequência, o uso de prescrição médica, a intenção de compra e o valor médio gasto. Na segunda fase, após a passagem pelo *check-out*, a proposta foi levantar produtos e marcas comprados, valores gastos, percepção dos materiais promocionais e de *merchandising*, e os fatores que influenciam na decisão de compra.

Ao entrar na loja, as pessoas foram abordadas pelos pesquisadores quanto à intenção de compra. E o resultado não causou espanto: 58% das pessoas entraram na farmácia em busca de medicamentos. Do restante, 21% procuravam produtos de higiene pessoal. Outros 12% buscavam cosméticos. Dos demais, 2% entraram à procura de bebidas e 7% buscavam outros produtos, principalmente itens de

primeiros socorros e de telefonia.

Apesar de mais de metade das pessoas ir à farmácia em busca de medicamentos, pelo menos 33% delas entraram no ponto de venda com o intuito de comprar também artigos de higiene, beleza e cosméticos. A escolha do canal farma para a compra desses itens se dá, principalmente, devido à localização, conveniência e praticidade. No caso dos cosméticos, a compra na farmácia ainda é impulsionada por uma percepção de preço mais baixo. Aliás, a pesquisa apontou que o consumidor que entra na farmácia o faz já sabendo exatamente o que vai comprar e, inclusive, o quanto vai gastar.

Do total de entrevistados, 16% cancelaram a compra por ausência de produtos ou marcas e 7% compraram por impulso. As categorias campeãs de vendas por impulso são cremes dentais, sabonetes, lâminas de barbear, preservativos, esmaltes, barras de cereais e refrigerantes. Uma recomendação do POPAI é que as marcas de tais produtos sejam divulgadas sem referência a preços.

A pesquisa, no entanto, fez uma relação detalhada entre as compras pretendidas e realizadas. Dessa forma, o objetivo foi chegar a índices de consumidores que compraram conforme o planejado, cancelaram a compra, substituíram ou a fizeram por impulso. Para a categoria de higiene pessoal, por exemplo, 74% dos entrevistados compraram exatamente como o planejado; 4% substituíram o produto e 11% compraram por impulso.

A maior influência das compras por impulso na categoria de higiene pessoal vem da marca Colgate, responsável por 65% delas. O interessante desta categoria é observar, ainda, o percentual de pessoas que desistiram da compra (11%). Esse dado foi impulsionado, principalmente, pela marca de shampoos e condicionadores Seda. É uma questão de fidelidade: desses 11% que cancelaram, 56% o fizeram por não encontrar a marca da Unilever. Outros 23% não realizaram a compra por encontrar preços mais altos do que o esperado.

O estudo observou que a categoria de cosméticos perde muito com a falta de tinturas e colorações para cabelos nas gôndolas do canal farma: 27% das pessoas entrevistadas desistiram da compra. Esse é o maior índice de desistência entre todas as categorias inclusas no estudo. A grande responsável por isso foi a falta de marcas ou versões específicas de colorações.

No entanto, a categoria de bronzeadores também ajudou a incrementar esse índice elevado. A ausência deles, principalmente da marca Sundown, também levou os consumidores à desistência. Dos demais entrevistados, 56% fizeram uma compra igual ao que haviam previsto; 7% substituíram e 10% compraram por impulso itens da categoria de cosméticos. A pesquisa revelou ainda que 43% das pessoas que compraram essa categoria decidiram a marca apenas dentro do PDV.

Os medicamentos são responsáveis por um significativo número de pessoas que desistem de compras planejadas. Do total de pessoas que saiu da farmácia, 16% desistiu da compra devido à falta do medicamento que precisavam; 76% compraram

o mesmo que pensavam no momento em que entravam na loja; e 4% substituíram ou por indicação do farmacista ou por genéricos ou outros medicamentos similares de preços menores. Os demais 4% compraram medicamentos por impulso e, em quase 100% dos casos, um MIP.

Isso se explica pela característica cultural do brasileiro, que sempre tem uma “farmacinha” em casa. Pensando nisso, o canal farma deve refletir sobre novas formas de exposição, principalmente de medicamentos isentos de prescrição médica. A maioria dos entrevistados que entrou na loja com a intenção de comprar MIPs reclamou, na saída, da dificuldade em localizá-los. A exposição mal feita obrigou esses consumidores a pedir ajuda aos atendentes.

Ao contrário do que se imagina, materiais de *merchandising* não influenciam os consumidores de maneira tão significativa, visto que somente 30% dos entrevistados expostos a materiais de comunicação lembraram do estímulo ao sair da loja. Contudo, isso não quer dizer que a decisão de compra dos demais não tenha sido influenciada pela comunicação visual.

Em 99% dos estabelecimentos visitados, esse tipo de material estava presente e, em cada um deles, a média era de 7,9 expostos. No entanto, a pesquisa revelou que, apesar de não perceber, a maioria dos entrevistados interagiu com o *merchandising* de alguma forma. Foi constatado que o material que mais chama atenção do consumidor é o *display* de balcão, seguido por *banners*, folhetos e encartes informativos, que foram lidos por 59% dos consumidores.

Com relação a isso, o ideal é que o material seja simples, tenha destaque e contenha informações objetivas. Quanto a sua exposição, recomenda-se que seja posicionado na entrada, no balcão ou no caixa.

A grande maioria dos entrevistados (75%) afirmou que a escolha da marca do produto que procuravam já havia sido decidida no momento em que entraram no PDV. Interessante é observar que embora o tripé marca, preço e promoção tenha papel fundamental na decisão de compra, a relação com as marcas será mais ou menos importante em função do nível de apego ou grau de segurança relacionado ao produto.

Exatamente por isso que grande parte desses 75% pertencia, basicamente, a dois grupos: mães, que buscam produtos para bebês, e pessoas das classes mais baixas. Ambos os grupos se atentam pouco a preços e pensam, exclusivamente, em segurança. Esse público não pode errar na decisão de compra, e isso justifica a fidelidade ao produto/marca.

Atualmente, o canal farma desfruta de uma posição privilegiada frente aos consumidores dos artigos de higiene e beleza. A pesquisa revelou, ainda, que grande parte dos entrevistados sente que o canal farma mudou, e essa mudança diz respeito à ideia de que, hoje, esse canal apresenta preços compatíveis aos demais pontos de venda, como supermercados e perfumarias. Essa observação foi feita, principalmente, por mulheres pertencentes à classe C.

Além disso, a farmácia passa a ser vista como um espaço de saúde e bem-estar, atributos diretamente ligados à segurança e prazer, e é por isso que o consumidor estreita cada vez mais sua relação com o canal, valorizando seus diferenciais (variedade de mix, comodidade, informação, proximidade e segurança). A “nova farma”, por concentrar necessidades, confirma-se como o PDV predileto para quem busca solução em pouco tempo: segundo dados da pesquisa, cada consumidor fica, em média, cinco minutos dentro da loja.

A pesquisa revelou também que um dos pontos mais fortes das farmácias reside na questão do atendimento, que pode ser determinante no momento de se efetivar a compra. Informações e indicações de produtos, solução de dúvidas e auxílio na decisão de compra são muito valorizados.

Ao mesmo tempo, falta de esclarecimento e pressão por parte dos atendentes, tanto no que diz respeito a produtos e promoções, como em relação ao cerco ao cliente são vistos de forma extremamente negativa. Percebe-se claramente que o que o cliente da farmácia precisa é de atenção, presteza e agilidade no atendimento – ele quer apenas ser bem atendido, ter um atendimento personalizado.

Existe um interesse tanto da indústria farmacêutica de pesquisa quanto produtora dos medicamentos similares em promover a fidelização a suas marcas, ao buscar meios para que o paciente não troque a marca receitada pelo médico. Para a indústria produtora dos medicamentos genéricos, outro movimento recente observado é a tentativa de fidelização ao laboratório, dado que um mesmo princípio ativo genérico pode ser fabricado por mais de um laboratório, nacional ou transnacional, o que disponibiliza no ponto de venda duas ou mais apresentações de fármacos, oriundas de produtores diferentes. Não raro, estes laboratórios têm investido em marketing institucional direto ao consumidor e propaganda direta à classe médica. O médico exerce o papel de agente intermediador entre a indústria farmacêutica e o consumidor, dado o caráter multiplicador da receita (BARROS, 2004), pautado na característica de bem credencial do medicamento.

Em alguns casos, porém, percebe-se a influência do terceiro ator envolvido no processo, ou seja, a figura do farmacêutico ou o balconista como intermediador na compra de um medicamento. A presente afirmação é corroborada por Barros (1997, p. 20) nas linhas que seguem:

[...] os balconistas de farmácia continuam a desempenhar, no Brasil, e em muitos outros países, o papel de prescritores atuando, assim, de forma importante para favorecer o incremento do uso inadequado dos medicamentos, para o que contribui, igualmente, a persistência de todo um conjunto de determinantes que fazem a população optar pelos medicamentos como fonte de saúde e pela farmácia como substituto dos serviços de saúde e do médico (BARROS, 1997).

A observância de dispositivos legais – como o que estabelece a atuação do profissional farmacêutico nos estabelecimentos que despendam e comercializem medicamentos – existentes há tempos, certamente poderiam contribuir para

minimizar os malefícios decorrentes da forma como atuam as farmácias, postos de vendas da mercadoria medicamento.

Assim como nos modelos de Engel, Blackwell e Miniard (2000) e Sheth, Mittal e Newman (2001), a proposição aqui apresentada é composta por cinco etapas. Na primeira, o paciente ou consumidor procura o atendimento médico e tem uma receita expedita por este. Inicia-se então o processo de busca. Nesse processo, o consumidor pode:

- Comprar o medicamento como prescrito independente de pesquisa;
- Procurar pelo menor preço – pelo mesmo medicamento em farmácias diferentes, mantendo a prescrição médica;
- Procurar pelo menor preço – aceitando sugestão para troca do medicamento por outro (genérico ou similar), ou outra sugestão, como por exemplo, os medicamentos *mee-too* (são chamados de *mee-too* os medicamentos lançados com pequenas alterações em moléculas já existentes);
- Solicitar ajuda a pessoas que façam parte de seu grupo de influência – amigos, familiares ou farmacêutico/balconista caso julgue confiável;
- Pedir por um genérico na farmácia.

Sousa (2007) propõe um modelo decisório para a compra de medicamentos baseado nas cinco etapas propostas por Engel, Blackwell e Minard (2000) e Sheth, Mittal e Newman (2001). A primeira etapa é o reconhecimento de necessidades ou reconhecimento do problema, que é identificado pela autora como a fase em que o paciente procura atendimento médico, de maneira espontânea ou não. No caso da não espontaneidade, pode-se exemplificar casos de crianças ou idosos que são encaminhados para atendimento médico pelos familiares. A próxima etapa é a do atendimento, em que a prescrição do medicamento é realizada pelo médico. Em seguida, inicia-se o processo de busca pelo medicamento. Nessa fase, o paciente (consumidor) pode comprar o medicamento prescrito pelo médico ou pesquisar preços em diversas farmácias, procurar o menor preço buscando sugestões de genéricos ou similares, como também outros medicamentos considerados de marca.

Ele pode também solicitar ajuda de pessoas pertencentes ao seu grupo de influência (familiares e amigos), ou simplesmente solicitar um genérico no momento da compra. Nessa etapa, pode-se destacar a influência de terceiros, como o farmacêutico e o balconista, visto que o paciente não possui todas as informações que o possibilite avaliar o medicamento em relação à sua qualidade e eficácia antes do consumo (SOUSA, 2007).

Na etapa seguinte, as alternativas são avaliadas pelo paciente, baseadas nas informações adquiridas durante o processo de busca do medicamento. Ainda segundo Souza (2007), no caso de o paciente escolher adquirir o medicamento exato prescrito pelo médico, a fase da avaliação de alternativas deixa de existir,

havendo, assim, uma transição direta para a etapa de compra. No processo de compra do medicamento, o consumidor que possui como principal atributo o preço, optará pelo medicamento de menor preço. No caso de optar por seguir a prescrição médica, não aceitará mudanças na receita médica. E, por fim, no caso de a relação de fidelidade à prescrição não ser estabelecida, permitirá a troca do medicamento, seja por genéricos ou similares. Nessa etapa, o consumidor pode aceitar ou não sugestões de seu grupo de referência, do farmacêutico ou dos balconistas.

A última etapa é a experiência pós-compra, que será determinada pela melhora ou não do paciente, incorrendo em mudança em sua atitude em relação ao medicamento: aumenta a fidelidade ao medicamento, inicia comentários positivos a respeito do medicamento para seu grupo de referência, aumenta a fidelidade à terapia proposta e o médico continuará prescrevendo o medicamento.

Já o paciente que não melhora, retornará ou não ao médico prescritor, podendo, portanto, ocasionar perda do paciente. O paciente pode, ainda, continuar fiel ao médico, devido ao laço de confiança. Pode, também, haver questionamentos acerca da terapia proposta ou da formulação do medicamento (SOUSA, 2007).

Enfim, considerando a melhora ou não do paciente, podem ocorrer dois movimentos: o paciente que melhora aumenta a fidelidade ao medicamento, inicia comentários positivos a respeito do medicamento para seu grupo de referência, aumenta a fidelidade à terapia proposta e o médico continuará prescrevendo o medicamento. Já o paciente que não melhora, retornará ou não ao médico prescritor, podendo, portanto, ocasionar perda do paciente. O paciente pode, ainda, continuar fiel ao médico, devido ao laço de confiança.

O MARKETING APLICADO AO MERCADO FARMACÊUTICO

Atualmente o mercado farmacêutico é responsável por boa parte da economia brasileira, fazendo esse mercado merecedor de atenção, e pode-se dizer que as empresas desse ramo são conscientes dessa afirmativa.

A produção de medicamentos está fortemente legislada e constitui um setor econômico privado, com fins lucrativos. O mercado dos medicamentos é de fato um mercado muito especial. É altamente complexo, com uma enorme variedade de intervenientes, desde as empresas farmacêuticas, aos distribuidores, farmácias, médicos e outros técnicos de saúde, doentes, entidades prestadoras de cuidados de saúde (privadas e públicas) e seguradoras. Um mercado em que a inovação desempenha um papel importante (FERREIRA, 2008, p. 605-616).

De acordo com Ferreira (2008, p. 607), o mercado dos medicamentos é fortemente regulamentado pelos governos, que intervêm na aprovação dos medicamentos a serem registrados e comercializados em um dado país, na fixação de seu preço de venda ao público e, sempre que existe participação do Estado, na compra do medicamento, no percentual de coparticipação e na possibilidade de sua prescrição nos serviços de saúde públicos.

Tem-se, assim, que o mercado farmacêutico difere de outros mercados em muitos aspectos, o que explica a enorme intensidade de promoção que o caracteriza, especificamente:

- É fortemente regulado, sendo muito limitada a introdução de produtos no mercado;
- Não é um mercado homogêneo, encontra-se segmentado por classes terapêuticas ou por condições específicas;
- É um mercado de prescrição em que o médico assume um papel relevante;
- Envolve uma grande quantidade de informação assimétrica;
- Tem um número muito heterogêneo de intervenientes;
- A elasticidade procura/preço é mais baixa do que em outros mercados;
- O preço dos medicamentos não é suportado em sua totalidade direta e imediatamente pela grande maioria dos doentes, dado os regimes de participa-

ção.

Assim, o marketing é de grande importância, pois existe uma grande oferta de tratamentos para um mesmo fim. A concorrência nesse mercado é acirrada, tendo em vista a sua polarização, tanto na produção quanto na venda de medicamentos, ocasionando em uma constante necessidade de aperfeiçoar e inovar na produção de medicamentos, assim como em adequar os pontos de venda para conquistar e fidelizar clientes.

O marketing de relacionamento com os prescritores é a principal ferramenta utilizada. No contexto da eficácia dos programas de fidelização do formador de opinião, nesse caso, os médicos prescritores, Stone e Woodcok (1998) afirmam que não basta criar clubes, produzir revistas ou lançar cartões de crédito, é preciso mais, é preciso conhecer bem o cliente e com ele desenvolver um relacionamento mais íntimo e planejado. Cesar (2005) relata que, em relação à indústria farmacêutica, a adoção dos conceitos de marketing deve seguir conforme o segmento e as características mercadológicas do produto ou do segmento. Segundo ele, é necessário reconhecer nos agentes envolvidos qual o melhor parceiro para o investimento no relacionamento quanto ao produto específico, podendo ser o médico, a farmácia, ou o representante do laboratório.

Em se tratando de medicamentos éticos, a sua prescrição está nas mãos dos médicos. Assim, nesse âmbito, as indústrias farmacêuticas precisam se voltar para o público-alvo que, nesse caso, são os profissionais da medicina.

Medicamentos éticos são aqueles considerados como referência, pois são registrados no órgão federal responsável pela Vigilância Sanitária e comercializados no país, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente, por ocasião de registro.

Esses medicamentos fazem parte de um grupo de medicamentos que devem ser prescritos pelos médicos, incluindo os medicamentos de tarja vermelha ou preta; em cujo grupo se enquadra a maioria dos produtos farmacêuticos (BUENO; REZENDE; OLIVEIRA, 2004).

De acordo com Pizzol et al. (1998), as propagandas são utilizadas como mecanismos para tentar alterar o consumo padrão dos medicamentos, sendo voltados para os profissionais de medicina, para os farmacêuticos e para os consumidores finais.

São utilizados os mais diversos meios para a promoção dos medicamentos, como realização de congressos, visitas de propagandistas, anúncios em revistas, entre outros. Vale ressaltar que se deve ficar atento às informações passadas através das propagandas, após alcançar a prescrição médica, pois estas devem ser realizadas com total responsabilidade, levando em conta que toda e qualquer medicação envolve a saúde do ser humano.

O nome comercial do medicamento fica destacado em relação ao nome genérico

pelo tamanho das letras, cores e fundo gráfico. Contudo, a legislação determina que o nome genérico deva vir em destaque, situado acima do nome comercial. Porém, em grande parte das peças publicitárias, essas determinações não são respeitadas (PIZZOL et al., 1998).

Em linhas gerais, o principal objetivo das propagandas é convencer o médico que determinado medicamento é indispensável para seu paciente, assegurando através de recursos visuais e não visuais a eficiência e segurança do produto. Desse modo, elas têm em vista provocar o desejo das pessoas, pois, de acordo com Pizzol et al. (1998), as teorias do marketing dizem que nossos atos são impulsionados por desejos e, no caso em questão, o ato seria a prescrição médica.

Diante do exposto, ressalta-se que a propaganda de medicamentos deve atentar para a responsabilidade em sua divulgação e na qualidade em sua produção, pois seus resultados são eficazes. Sendo assim, o marketing farmacêutico possui dois lados: um atende a busca por alcançar um número maior de consumidores e, por outro, é responsabilizada por esse mesmo resultado, ainda mais em um nicho de produtos biológicos onde o risco de vida é muito alto.

Contudo, a base fundamental desse mercado está na inovação, buscando desenvolver novas fórmulas para sanar ou minimizar males causados à saúde do ser humano que ainda não possuam cura, ou mesmo trazer um medicamento de melhor qualidade ao mercado.

Levando em consideração o aumento da expectativa de vida, o trabalho com produtos para tratamentos crônicos é de suma relevância, pois a união desse cliente representa menores efeitos colaterais, um acréscimo nas oportunidades de resposta, confiança na empresa tanto quanto em seu médico; aumentando a parceria entre indústria e classe médica.

Contudo, o que se vê em algumas empresas farmacêuticas são estratégias antigas, como brindes, anúncios, entre outras ferramentas comunicacionais defasadas.

As ferramentas do marketing aplicadas ao mercado farmacêutico contemporâneo devem estar baseadas em informações toleradas por instituições, estudos, pesquisas ou revistas que possuam confiabilidade. Utilizar estratégias de marketing para fidelizar pacientes e médicos e, assim, aumentar os ganhos da empresa é objetivo de um planejamento de marketing. Dessa forma, gerar credibilidade junto aos clientes deve ser o tema central do trabalho dos profissionais desse setor.

No contexto global, o Brasil é o oitavo maior mercado de produtos farmacêuticos. É considerado um dos mercados mais atraentes da América Latina, dominando 38% do consumo na região e com um crescimento na demanda por remédios de 10% ao ano. Ainda assim, compõe o bloco de países emergentes em que o poder econômico dos consumidores potenciais não é igual ao dos residentes de países centrais. Nesse panorama, empresas que se proponham a penetrar no mercado precisam encontrar formas inovadoras de conquistá-lo. Um dos caminhos encontrados foi a fidelização

dos consumidores por meio de programas de descontos para clientes registrados, como o sistema de cartão de desconto.

8.1 Programas de adesão da indústria farmacêutica

Basicamente, marketing de relacionamento é uma parte da teoria de marketing que trata da relação entre as empresas e seus clientes, e os benefícios que essa relação trazem para os envolvidos.

Para Mackenna (2002, p. 101-105):

o marketing de relacionamento é imprescindível no desenvolvimento de liderança no mercado, à uma acelerada aceitação de novos produtos e serviços, fazendo assim com que o consumidor se torne fiel. Criar uma relação sólida e duradoura é tarefa árdua e de difícil manutenção.

Entretanto, afirma o autor, uma relação pessoal é a única forma de manter a fidelidade do cliente no mundo como o de hoje, em que este tem tantas opções, mesmo em segmentos limitados. Na medida em que as tecnologias avançam e se sobrepõem, fica mais difícil para uma empresa acompanhar todas as mudanças sozinha.

O resultado disso, segundo o autor, é que os esforços de colaboração estão proliferando. As empresas que antes eram tão independentes, hoje estão firmando cada vez mais alianças, até com ex-concorrentes.

Para Gordon (1999, p. 31-32), o marketing de relacionamento é o “processo contínuo de identificação e criação de novos valores com clientes individuais e o compartilhamento de seus benefícios durante uma vida toda de parceria”.

Isso exige uma contínua colaboração entre os fornecedores, rede de varejo e clientes selecionados, criando assim uma rede para se compartilhar valores mútuos através de independência e alinhamento organizacional. O que significa fazer com que o cliente externo venha para dentro da empresa, definindo ele mesmo seus próprios interesses. Novamente segundo Gordon (1999, p. 31-32), o marketing de relacionamento

procura criar novo valor para os clientes e compartilhar esse valor entre os produtos e o consumidor; Reconhece o papel fundamental que os clientes individuais têm, não apenas como compradores, mas na definição do valor que desejam. Anteriormente, esperava-se que as empresas identificassem e fornecessem esse valor a partir daquilo que elas consideravam como um produto. Com o marketing de relacionamento, entende-se que o cliente ajuda a empresa a fornecer o pacote de benefícios que ele valoriza. Assim, o valor é criado com os clientes e não por eles. Exige que uma empresa, como consequência de sua estratégia de marketing e de seu foco sobre o cliente, planeje e alinhe seus processos de negociação, suas políticas de comunicação, sua tecnologia e seu pessoal para manter o valor que o cliente individual deseja; É um esforço contínuo e colaborativo entre comprador e o vendedor. Desse modo, funciona em tempo real; Reconhece o valor dos clientes por seu período de vida de consumo e não como clientes ou organizações individuais, que devem ser abordados a cada ocasião de compra. Ao reconhecer o valor do período de vida, o marketing de relacionamento procura

unir progressivamente a empresa aos clientes; Procura construir uma cadeia de relacionamentos dentro da organização pra criar o valor desejado pelos clientes, assim como entre a organização e seus principais participantes, incluindo fornecedores, canais de distribuição intermediários e acionistas.

Bogmann (2000, p. 25) define o marketing de relacionamento como o uso de várias técnicas e processos de marketing, vendas comunicação e cuidado com o cliente para:

- a) identificar clientes de forma individualizada e nominal;
- b) criar um relacionamento entre a sua empresa e esses clientes – relacionamento que se prolongue por muitas transações;
- c) administrar esse relacionamento para o benefício dos seus clientes e de sua empresa.

Segundo pesquisas de Bogmann (2000, p. 26), sob a perspectiva do marketing, uma das melhores maneiras de definir um conceito ou técnica é fazê-lo em termos daquilo que se gostaria que seus clientes pensassem ou sentissem como resultado do uso daquele conceito. Sendo assim, visando os clientes, o marketing de relacionamento poderia ser descrito da seguinte forma:

Marketing de relacionamento é como a empresa que: - Achou o cliente; - Passou a conhecê-lo; - Mantém-se em contato com o cliente; - Tenta assegurar que o cliente obtenha aquilo que quer – não apenas em termos de produto, mas também em todos os aspectos do relacionamento cliente empresa; - Verifica se o cliente está obtendo o que foi prometido. Desde que naturalmente, isso também seja vantajoso para a empresa (BOGMANN, 2000, p. 26).

Kotler e Armstrong (1999, p. 397) trazem mais uma definição para marketing de relacionamento. Para esses autores,

Marketing de relacionamento significa criar, manter e acentuar sólidos relacionamentos com os clientes e outros públicos. Cada vez, o marketing vem transferindo o foco das transações individuais para a construção de relacionamentos que contêm valor e redes de ofertas de valor. O marketing de relacionamentos está mais voltado para o longo prazo. Sua meta é oferecer valor a longo prazo para o cliente, e a medida do sucesso é dar-lhes satisfação ao longo prazo. Para acontecer, é necessário, uma total sintonia entre os vários níveis da empresa com o departamento de marketing, necessitando criar bons níveis de relacionamentos nos campos econômico, técnico, jurídico e social, que resultam em alta lealdade do cliente.

Quando se aborda marketing de relacionamento e estratégias de fidelização de clientes, obrigatoriamente deve-se tratar de um assunto muito importante para esses dois conceitos: o cliente. Para isso é necessário entender o que ele significa para as organizações.

Marques (1997, p.16) defende que

o cliente é a pessoa que compra produtos das empresas para consumo próprio ou distribuição dos mesmos; O cliente é, sem dúvida, a pessoa mais importante

em qualquer tipo de negócio; O cliente não depende de nós, nós dependemos dele; O cliente não interrompe o nosso trabalho, ele é a razão do nosso trabalho; O cliente não significa apenas dinheiro no caixa. Ele é, antes de tudo, um ser humano e precisa ser tratado com respeito e consideração; Sem clientes, você fecharia as portas de sua empresa.

Para Bogmann (2000), o cliente externo é aquele que, sem fazer parte da organização, sofre o impacto dos produtos/serviços oferecidos. É ele quem paga por esses produtos ou serviços, mas não participa de seu processo de produção e realização. Dentro desse contexto, o cliente externo pode ser dividido em subgrupos com outro tipo de classificação, como a que foi dada por Motta (2000, p. 220):

- O cliente poupador: esse cliente quer maximizar o valor obtido por seu gasto de tempo, esforço e dinheiro;
- O cliente ético: esse cliente sente uma obrigação moral de apoiar empresas socialmente responsáveis;
- O cliente personalizado: esse cliente quer gratificação interpessoal, como reconhecimento e conversação, em sua experiência de serviço;
- O cliente conveniente: esse cliente não tem interesse em ir buscar o serviço; conveniência é o segredo para atraí-lo. Clientes convenientes frequentemente se dispõem a pagar mais por serviços personalizados ou sem transtornos; por exemplo, supermercados com entrega em domicílio pode encantar esses consumidores.

Alguns autores não gostam de classificar os clientes, pois para eles isso rotula ou discrimina as pessoas e elas passam a ser vistas como se fossem apenas aquele tipo específico. No entanto, outros acreditam que ao se fazer alguns tipos de classificação estão fornecendo sua contribuição didática para facilitar o relacionamento e a qualidade da comunicação e do atendimento à satisfação do cliente.

Baseado, nessa segunda hipótese, existe uma forma de classificar alguns tipos de clientes e a melhor forma de relacionamento com eles (MOTTA, 2000, p. 221-222):

- Emotivo: são pessoas muito sensíveis, carentes emocionalmente, sentimentais, que tentam envolver e tomar muito tempo de quem está atendendo. Esse tipo de cliente espera um relacionamento afetivo, espera empatia por parte da organização, quer ser chamado pelo nome e quer ter certeza de que o sentimento foi compreendido junto com a garantia da solução para seu problema.

- Racional: tem forte argumentação e critérios muito racionais, dados da realidade, objetividade. Apresentam fatos, detalhes. Para lidar com os clientes racionais é preciso conhecer todos os detalhes sobre suas necessidades. Ter agilidade e raciocínio rápido, e evitar termos sem objetividade, como “eu acho”, ou, “eu acredito”, ou ainda, “é possível que”, entre outras expressões. Argumentações

com esse tipo de cliente devem ser claras, objetivas, concretas e rápidas; mas ao mesmo tempo a informação deve ser a mais detalhada possível para não deixar sombra de dúvida e passar o máximo de conhecimento e credibilidade.

- Falador: fala demais e acaba se perdendo nos assuntos, é prolixo e vai tentar obter o máximo da atenção e do tempo de quem atende. Ao lidar com esse tipo de cliente, deve-se ao máximo evitar entrar em suas “viagens”. Contudo, deve-se dar cortesia e atenção, administrando, porém, o tempo e os argumentos com ele. Para isso é preciso fazer perguntas fechadas, que exijam respostas curtas; desse modo a atenção do cliente é desviada possibilitando a quem atende retomar o controle da relação e encaminhar a solução com objetividade, atenção e cortesia entre outros atributos.

- Calado: são aquelas pessoas introvertidas, com dificuldades de comunicação e expressão verbal, com medo de se expor, apenas resmungam e falam monossílabos. Com esse tipo de cliente deve-se fazer perguntas abertas, que obrigam a uma resposta e a expor seu ponto de vista, sempre que possível dando *feedbacks* positivos, olhares de atenção e aprovação, passando sempre segurança para que ele se sinta encorajado e fortalecido na sua argumentação.

- Inovador: para ele o atendente tem obrigação de entender tudo e até mesmo fornecer informações sobre assuntos que nada têm a ver com atendimento prestado, esperando assim encontrar uma fonte de novidades. Para atender o cliente inovador, deve-se focar no assunto dominado, sobre o produto ou serviço oferecido, deixando claro que pode oferecer muitas informações preciosas sobre a área dominada, mas que outras pessoas poderão dar informações sobre as novidades de que ele precisa, sempre usando simpatia e cortesia.

- Formal: são pessoas muito presas a formalidades, etiqueta, com fortes preconceitos morais. Com essas pessoas é preciso ter atenção com linguagem, tom de voz, velocidade da voz, elegância ao falar e na gesticulação; deve-se escolher as palavras que estão dentro do interesse do cliente, com objetividade.

Bogmann (2000, p. 37) apresenta outra tipologia de cliente externo, denominada escala da fidelidade:

- *Prospects*: pessoas que podem estar interessadas em comprar de você;
- *Shoppers*: pessoas que visitaram seu negócio pelo menos uma vez;
- Clientes eventuais: pessoas que adquiriram um ou mais produtos ou serviços de seu negócio;
- Clientes regulares: pessoas que adquirem regularmente seus produtos e serviços;
- Defensores: pessoas que elogiam a qualidade de seu negócio a quem quiser ouvir.

Naturalmente, o cliente externo é aquele que sempre vem à mente quando

se fala de negócio. Por muito tempo ele foi o único tipo de cliente citado em livros de negócio. Mas na medida em que a qualidade dos serviços foi ganhando importância, foi-se dando mais credibilidade ao estudo do conceito de clientes com mais profundidade. Assim, há outros tipos de cliente que merecem atenção dentro do contexto do estudo da fidelização.

O cliente interno é especialmente importante para a empresa, pois, é ele que, fazendo ou deixando de fazer algo, satisfaz/supera ou não a expectativa do cliente externo. Ele é a pessoa que trabalha em nossa empresa e influencia o processo produtivo e de fornecimento de serviços.

Toda organização, de qualquer tamanho, tem quase sempre uma corrente de clientes internos. O cliente interno não troca dinheiro, mas trabalho, informação, apoio e cooperação. O bom entendimento do conceito de cliente interno pode ser muito útil à organização. Ele pode garantir um clima organizacional melhor, maior produtividade, mais união dentro da equipe, maior satisfação do cliente externo e até atrair os clientes da concorrência.

Bogmann (2000) entende que o comprometimento com o funcionário é uma grande ferramenta para alavancar a satisfação do cliente externo e melhorar a qualidade de todos os setores da organização. Dessa forma, segundo Bogmann (2000), torna-se necessário motivar os funcionários para executarem melhor suas tarefas por meio de marketing interno, através da delegação de poderes, do treinamento e do trabalho em equipe.

A ideia é orientar os funcionários para usarem sua criatividade, energia e talento a fim de contribuir com o sucesso da equipe. Isso faz com que o funcionário se sinta melhor consigo mesmo e com o ambiente de trabalho, fornecendo também à equipe uma sensação de posse, despertando nos funcionários maior orgulho pelo trabalho.

O marketing interno é um conjunto de ações administrativas que ajudam os funcionários de uma organização a compreenderem e aceitarem seus respectivos papéis na implementação da estratégia de marketing na empresa.

Um bom programa de marketing interno mostra aos funcionários o quanto seu trabalho é importante para a estratégia de marketing e para a promoção da satisfação do cliente.

Os programas de fidelização ou adesão, como designado no segmento farmacêutico, englobam as técnicas destinadas a conservar e atrair os melhores clientes, de modo a aumentar a sua fidelização à empresa. Conforme os autores estudados para esta dissertação explicam, como Vavra (1993), Rodrigues (2004), Furlong (1994), Kotler (2006), McDonald (2001) entre outros, vários estudos já demonstraram que recrutar novos clientes é, em média, cinco vezes mais caro do que conservar os existentes e encorajá-los a consumir mais. Aumentar a fidelização exige detectar as principais causas de insatisfação dos consumidores, nomeadamente as razões que os levaram a recusar um produto ou serviço ou a preferir o de um rival. Em seguida, cabe às empresas corrigir esses pontos e melhorar a qualidade oferecida

aos clientes em todas as áreas. A meta final é criar uma organização totalmente orientada para o cliente (*customer-driven company*). Manter um cliente antigo é uma questão mais de planejamento e postura do que propriamente de custos. Muitas vezes, mais do que o preço ou a qualidade do produto (“qualidade intrínseca”), é a qualidade do atendimento que vai fazer com que o cliente decida pela compra, volte à empresa, torne-se fiel e transforme-se em um dos mais eficientes “vendedores” de seu produto ou serviço, através do relato de sua experiência positiva para amigos, parentes e outros consumidores.

Cada vez mais acirrado por conta da concorrência dos genéricos, o mercado de medicamentos brasileiro está em “guerra”. As principais farmacêuticas, sobretudo as multinacionais, estão aprimorando seus programas de fidelização de pacientes como forma de manter as marcas de seus principais produtos em evidência e não perder espaço para as versões genéricas e similares de seus próprios produtos.

A estratégia de grandes laboratórios é fidelizar as marcas de seus produtos. Aderir ao tratamento pode ser vantajoso para o consumidor. A adesão aos programas de fidelidade geralmente é feita pelo site das empresas ou por um telefone 0800, identificados nos próprios produtos. O usuário se inscreve por telefone ou e-mail e passa a fazer parte do programa dos laboratórios que disponibilizam esse tipo de produto. Dependendo do medicamento, os descontos chegam até 70%, o que equivale em alguns casos aos preços das versões genéricas (Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo – SINDUSFARMA)

Programas cartão desconto de adesão e continuidade do tratamento, principalmente no caso de pacientes crônicos, oferecidos pelos grandes laboratórios, promovem descontos de 50%, e em alguns casos de 75% no preço de vários medicamentos quando o paciente está com a receita, cadastra-se para comprar mais barato, a farmácia credenciada vende o remédio e faz as recomendações necessárias para o bom uso do fármaco.

Basicamente, em todos os programas, o paciente deve estar de posse da receita que o médico lhe deu durante a consulta, depois ele realiza um cadastro no site ou via telefone do laboratório fabricante do medicamento que será usado no tratamento. Aprovado, recebe um número que lhe concede o direito de adquirir o remédio com o desconto na farmácia credenciada. Há apenas algumas variações de um programa para outro.

Um dos pioneiros dos programas de adesão, o *Vale Mais Saúde* (VMS), da empresa Novartis, existe desde 2004, e atualmente tem mais de três milhões de pessoas cadastradas, conta com mais de 65 mil médicos que participam do programa e mais de 23 mil pontos de vendas associados; com 40 produtos cadastrados. O *Vale Mais Saúde* é um programa de adesão ao tratamento, criado especificamente para pacientes com doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e asma. O *Vale Mais Saúde*, da Novartis, tem uma página própria com diversas informações sobre o programa. A iniciativa é descrita como um programa de “adesão ao tratamento [...]”

fator importante para o gerenciamento de doenças crônicas”. A plataforma contém informações sobre tais doenças e um serviço simples de contato com a empresa, pelo botão “Fale Conosco”. Além do caráter informativo, é no website que pacientes, profissionais de saúde e farmácias realizam seu cadastro e acessam a página especial para membros. O programa pode ser usado por qualquer pessoa que tenha recebido uma prescrição de um produto Novartis participante. Para participar, o paciente deverá possuir prescrição de um dos medicamentos participantes e deverá ter em mãos:

- Receita Médica (nome do médico, CRM e dados da prescrição legíveis);
- Endereço completo com CEP;
- Data de nascimento;
- Número do seu CPF.

A pessoa pode se cadastrar: no site, ou ligar para a central de atendimento 0800. Após a conclusão do cadastro, já é possível ter acesso aos benefícios, apresentando, no ato da compra, a receita médica, juntamente com o folheto explicativo, em uma das farmácias credenciadas. No máximo em quarenta e cinco dias após a primeira compra com o folheto explicativo será encaminhado o cartão definitivo ao endereço informado no momento do cadastro.

Além da Novartis, outras empresas possuem programas e páginas de relacionamento exclusivos para os programas de descontos, como o “Cuidados pela Vida”, da Aché; “HealthCare”, da Bayer; “Conexão saúde”, da Sanofi-Aventis; “Vida Mais”, da Mantecorp; “Faz Bem”, da AstraZeneca; e o “Mais Pfizer”, da Pfizer; entre outros.

Nos site ou nas centrais telefônicas de relacionamento os clientes podem encontrar os produtos sobre os quais são oferecidos os descontos, que são aplicados sobre o preço máximo ao consumidor na compra do medicamento. Os produtos oferecidos variam de acordo com cada laboratório.

Para receber o benefício, assim como no programa da Novartis, é preciso se cadastrar diretamente no laboratório responsável pelo medicamento. As informações podem ser obtidas por meio de telefone de atendimento ao consumidor apresentada nas embalagens dos produtos ou pela página da empresa na Internet.

8.2 Análise e discussão dos resultados

Visando o alcance dos resultados deste estudo, empreendeu-se uma pesquisa de campo, cujos resultados são apresentados neste momento. Vale apontar que a amostra de pesquisa envolveu uma população limitada, contando com quatorze participantes. Portanto, os resultados apresentados aqui não podem ser considerados genéricos e nem devem refletir o cenário para além do campo de pesquisa estudado, uma vez que as limitações deste estudo não permitem considerar seus resultados válidos para uma população mais ampla, sendo necessário aprofundar esse campo de estudo em uma oportunidade futura.

Na abordagem inicial solicitou-se que os entrevistados discorressem sobre o seu entendimento do diabetes e como esses portadores da doença sentem-se vistos socialmente, permitindo respostas livres e espontâneas. Dentre as respostas dos entrevistados, alguns relatos se destacaram, como:

“A pessoa com diabetes é solitária, e pouco compreendida” (Pessoa 7).

“Para a família, a pessoa com diabetes é vista como sensível e frágil demais” (Pessoa 2).

“Não existe informação sobre diabetes, por essa razão o preconceito é grande, o desconhecimento muitas vezes é da própria pessoa com diabetes” (Pessoa 10).

“Diabetes está relacionado com o consumo excessivo de açúcar, portanto a pessoa com diabetes abusou do açúcar e sofre consequências desse consumo” (Pessoa 4).

“Muitos vão se tornar pessoas diabéticas, porque não têm conhecimento sobre a doença, e nem sobre prevenção... para o público não há uma comunicação sobre como evitar e nem sobre a necessidade de mudanças de hábitos” (Pessoa 13).

“Atividades sociais são limitadas para as pessoas com diabetes, muitas vezes não participo de festas e outros eventos, por não querer ficar me justificando ou explicando minha condição, isso é desgastante e desconfortável” (Pessoa 8).

“O preço dos medicamentos e os valores do plano de saúde são muito altos, não há dinheiro que chegue, e os alimentos mais saudáveis são caros, o preço para se cuidar é elevado” (Pessoa 6).

Nos relatos das pessoas 3 e 9, as percepções são semelhantes, de que a pessoa com diabetes tem uma qualidade de vida limitada, uma vez que a oferta de alimentos e produtos mais adequados à saúde possui uma oferta restrita e com custo mais elevado. Sobre o tratamento, um dos entrevistados relata que:

“Tomar a medicação constantemente e seguir uma dieta é uma tarefa muito difícil, organizar a vida para que os medicamentos sejam tomados na hora certa é quase impossível, principalmente para pessoas que como eu tomo mais de um remédio por dia, não há dinheiro para tantas contas” (Pessoa 2).

Na percepção de outro entrevistado, as dificuldades são:

“Quando o remédio acaba, às vezes, fico de um a três dias sem tomar, parece simples, mas quando você depende dos outros para comprar o remédio, é um tormento [...] gostaria que os remédios já tivessem seis meses de tratamento na caixinha, seria muito mais fácil para quem toma o mesmo remédio todos os dias [...]. Acho que não têm interesse que as embalagens sejam com mais comprimidos, mas seria mais prático [...] as pessoas que têm que tomar remédios para a vida toda não têm escolha, tenho carteirinha da farmácia, do laboratório e tento ter o máximo de descontos possíveis” (Pessoa 6).

Questionados sobre os programas de descontos dos laboratórios farmacêuticos, dez pessoas declaram participar desses programas:

“Acho muito bom poder comprar com desconto, tenho cartãozinho de dois remédios que eu tomo [...] gasto quase a metade se não tivesse” (Pessoa 4).

“Compro sempre na mesma farmácia e tenho o programa do laboratório, isso me ajuda, demorei um pouco para me registrar, mas agora uso em todas as

compras, já tentei pegar o remédio no posto, mas a fila é grande e uma amiga que pega comenta que às vezes tem falta no posto, por enquanto não preciso, mas se apertar não tenho problema nenhum em correr atrás, um dos remédios que eu tomo é da farmácia popular, bem baratinho” (Pessoa 3).

Em outro discurso sobre suas percepções do tratamento, outro paciente relata:

“O médico me alertou que eu tenho que tomar os remédios, mesmo quando não sinto mal-estar, porque o tratamento só dá resultado com a sequência no tratamento, mesmo assim, sabendo disso, algumas vezes deixo de tomar os remédios, sabe como é essa correria do dia a dia” (Pessoa 7).

Os relatos das Pessoas 2, 6 e 7 consoam ao apontar que a continuidade no tratamento e a adesão plena, são comprometidas por dificuldades econômicas, falta de acesso e pela rotina e falta de tempo, muito embora essas limitações tenham sido apresentadas, os depoimentos das Pessoas 1, 8 e 10 mostraram que a pessoa com diabetes deve assumir a responsabilidade pelo tratamento medicamentoso e pela mudança de hábitos. Especialmente na percepção da Pessoa 10, que diz que:

“Não é possível colocar a própria vida e os cuidados com a saúde na mão dos outros, tomar o medicamento é necessário e não uma questão de escolha, mas o preço dos medicamentos comprometem o orçamento familiar” (Pessoa 10).

Os comentários sobre o preço do tratamento, também foram citados pelas Pessoas 1 e 4.

“São vários remédios, tenho hipertensão e problemas respiratórios, além de diabetes [...] não é fácil entrar na farmácia e passar pelo caixa, todo mês a mesma coisa [...]” (Pessoa 1).

“Meu remédio não faz parte da farmácia popular e não tem no posto [...] Pago mais de cem reais pelo medicamento para diabetes, mas tenho me sentido bem [...] tomei outro que está na farmácia popular, mas não me sentia bem, sentia um desconforto grande e a glicemia continuava alta, hoje pago por outro remédio, mas tenho resultado, é uma pena que seja tão caro [...] Saía de casa preocupado já pensando onde encontraria um banheiro [...]” (Pessoa 4).

Com referência ao esquema posológico e aos efeitos colaterais, parte significativa dos entrevistados admite que já fez interrupção no tratamento em razão dos eventos adversos, como: flatulência, tonturas, enjoo, indisposição, diarreia e aumento de peso.

Esses fatores, em alguns casos, motivaram inclusive a mudança de médico; fato citado pelas Pessoas 2, 5 e 9. Tal como demonstra o relato:

“O remédio me dava cólicas e diarreia [...] Saía de casa preocupado já pensando onde encontraria um banheiro [...] Conversei com o médico e ele disse que era só no começo, e que depois iria melhorar, não melhorou e eu procurei outro médico” (Pessoa 2).

Sintomas semelhantes foram apontados por outro paciente entrevistado, que

comenta:

“[...] tive dores de cabeça frequentes e muita tontura [...] Não conseguia me concentrar e suava em demasia. [...] Insisti no tratamento, até o meu limite, procurei o médico e ele mudou os remédios, pensei seriamente em abandonar o tratamento, hoje estou bem adaptado” (Pessoa 5).

Finalmente, outras pessoas também falaram sobre sua relação com esses sintomas advindos do tratamento:

“No início do tratamento ganhei muito peso – o remédio me fazia engordar [...] O que era para ser um tratamento virou um tormento”. Consultei a bula e pesquisei na internet, e vi que o remédio dava aumento de peso, fiquei muito aborrecido. Acabei mudando de médico, mas antes disso fiquei uns três meses sem tomar nada, atualmente estou bem com os medicamentos que tomo e consegui perder peso [...] (Pessoa 9).

“Tive cólicas terríveis, junto com um quadro de diarreia, tomava o remédio com receio do resultado, mantive o tratamento por algum tempo, voltei ao médico e comentei o caso, ele trocou a medicação e mudou minha dieta, antes desse ajuste, tomava o remédio da seguinte forma: dois comprimidos duas vezes ao dia, mas quando não me sentia bem tomava apenas uma vez ao dia [...]” (Pessoa 1).

No decorrer das entrevistas surgiram depoimentos que apontavam a relação entre as pessoas entrevistadas e os médicos. Alguns depoimentos expressam que o médico é o responsável pelo direcionamento e manejo do tratamento, sendo que oito dos entrevistados, mais da metade, apontam estarem satisfeitos com o atendimento e a atenção recebida atualmente por parte de seus médicos, relatam que sentem-se bem assistidos e afirmam que confiam nesses profissionais. Essas afirmações estão em congruência com a declaração de adesão e manutenção do tratamento por parte desses entrevistados. Dentre eles, o relato de um dos pacientes ratifica essa percepção:

“Meu médico é muito atencioso, tenho o celular dele [...] ele me alertou para a importância dos cuidados com o diabetes, sei que tenho que cuidar da alimentação, dos remédios, da atividade física e acompanhar minha glicemia, já passei por alguns médicos, mas esse para mim é o melhor, sempre me escuta e é interessado em acompanhar meu tratamento [...]” (Pessoa 3).

“O médico não faz milagres, e o meu é bem claro quanto a isso, nós temos a responsabilidade em conjunto, porém tomar as medicações, acompanhar a glicemia, a dieta e os exercícios são atitudes da pessoa que tem que se conscientizar sobre o que pode e não deve fazer. Em conversas com as pessoas sinto que muitos querem passar para os médicos todos os problemas, talvez seja mais cômodo [...]” (Pessoa 7).

Por outro lado, os depoimentos das Pessoas 2 e 9 demonstraram a existência de dificuldades em relação aos médicos e ao acesso a esses profissionais. Um dos relatos aponta que:

“A gente não consegue marcar uma consulta. Mesmo tendo convênio parece que os médicos não têm interesse em atender, já se for particular é outra história”

(Pessoa 2).

Outro dos pacientes entrevistados também aponta esse tipo de dificuldade:

“[...] Quem tem diabetes sabe que muitos médicos estão sempre com pressa, não podem ouvir as pessoas porque estão com as agendas lotadas, a saúde no Brasil é muito complicada, faltam médicos e sobram pacientes, no posto tive por um período uma médica muito atenciosa que era muito capacitada, mas ela saiu, me disseram que chegou a ser agredida por uma pessoa e deixou de atender na rede pública, uma pena” (Pessoa 9).

Os depoimentos das Pessoas 2 e 9 evidenciam que a relação médico-paciente é o fator decisivo para a adesão ao tratamento medicamentoso nos casos de diabetes. De forma que tais depoimentos corroboram com as percepções apresentadas nos estudos relacionados ao longo do levantamento bibliográfico, que apresentam basicamente as mesmas razões e dificuldades em aderir ao tratamento, pairando as causas centrais sobre o custo, tempo e relação médico-paciente.

Um fato que foi relatado por dois entrevistados diz respeito à apresentação dos medicamentos. Esse foi um item citado pelas Pessoas 5 e 13: mencionaram que os medicamentos que usam têm 28 comprimidos, e essa é uma questão que dificulta o tratamento no mês. Nesses casos, os dois entrevistados necessitam de outros medicamentos, para hipertensão e dislipidemia, e afirmam que esses medicamentos têm caixas com 30 comprimidos, não havendo, na opinião deles, razão para um medicamento oferecer 28 dias de tratamento apenas.

“[...] Não entendo porque uma caixa de 28 comprimidos, já deixei de tomar o medicamento em algumas ocasiões por esquecimento, já reclamei para o laboratório, mas nenhuma providência foi tomada” (Pessoa 5).

“A medicação que tomo atualmente é o que existe de mais moderno para o tratamento do diabetes, mas a caixa não tem 30 comprimidos, o mês não acaba e já é preciso comprar outra caixa, acho isso incômodo, tomo outros medicamentos e todos com 30 comprimidos, não deveria ser esse o padrão?” (Pessoa 13).

A pessoa portadora do diabetes apresenta um risco para doenças no cérebro e cardiovasculares aumentado em relação ao restante da população e, por isso, deve trabalhar para diminuir esse risco. Além do controle rigoroso da glicemia com a dieta, medicações e insulina (caso necessário), deve também fazer parte do dia a dia a prática de alguma atividade física. Ao serem questionados, algumas resistências foram relatadas sobre incorporação da atividade física em suas rotinas. Os principais relatos foram apresentados por duas pessoas. Vale ressaltar que essas mesmas percepções, estiveram presentes no discurso de cinco das quatorze pessoas pesquisadas.

“[...] Não tenho tempo nem disposição, uso transporte público todos os dias e o tempo que eu poderia estar em uma academia estou dentro do ônibus e metrô, sei que é muito importante fazer exercícios, mas consigo apenas nos finais de semana” (Pessoa 5).

“[...] Faço atividade física por um tempo, depois paro e posteriormente retomo. Essa é a rotina, principalmente no inverno é mais complicado. Meus familiares sempre falam e repetem que eu preciso fazer ginástica, e que isso vai me fazer bem, sei da importância, mas você sabe como é” (Pessoa 8).

Nove entrevistados sobre o tema atividades físicas mencionaram que têm o hábito de se exercitar e que fazem atividades pelo menos três vezes por semana, sendo que quatro frequentam academias e cinco praticam exercícios físicos em parques, praças e em outros espaços públicos. Três pessoas citaram que, após o diagnóstico de DM2, exercitar-se passou a ser uma atividade rotineira e que hoje sentem que se não fizerem atividades físicas se sentiriam mal.

“[...] Vou à academia com frequência, faço musculação e natação, isso faz bem para o meu corpo e para minha mente, não consigo me imaginar sem me exercitar, recentemente contratei um profissional que me auxilia nas atividades, e está sendo muito bom, minha médica sempre me pergunta como estão os exercícios, ela não passa uma consulta sem perguntar a respeito” (Pessoa 7).

Na sociedade, a comida não é apenas uma fonte de nutrição, mas tem papéis que estão relacionados com os aspectos sociais, religiosos e econômicos. Para Helman (2003), o alimento é uma parte essencial do modo como a sociedade se organiza e vê o mundo.

As crenças e as práticas relacionadas à dieta são notoriamente difíceis de serem mudadas, mesmo quando interferem com a nutrição adequada. Muitos nutricionistas, enfermeiros e médicos bem-intencionados descobriram esse fato lidando com culturas diferentes das suas (HELMAN, 2003).

Quanto ao planejamento alimentar, a adoção de uma dieta balanceada tem por objetivo manter as condições energéticas necessárias ao organismo para manter o peso ideal, O acompanhamento nutricional deve ser feito por profissional preparado, mas algumas dicas são importantes para o paciente portador de DM2 (FIGUEIREDO, 2005). De acordo com Sartorelli e Franco (2003), a obesidade tem sido apontada como um dos principais fatores de risco para o DM2. Estima-se que entre 80 e 90% dos indivíduos acometidos por esta doença são obesos e o risco está diretamente associado ao aumento do índice de massa corporal. Nesse sentido, o questionamento sobre a alimentação, mostrou que oito dos quatorze entrevistados seguem uma dieta restritiva e têm acompanhamento de nutricionistas, os outros seis entrevistados não seguem nenhuma dieta específica.

“[...] A pessoa tem que entender o que pode e o que não pode, não é o fim do mundo, basta selecionar e escolher o que vai comer, ninguém precisa sofrer, existem receitas saudáveis e saborosas, ao meu ver é possível ter o prazer de se alimentar com sabedoria” (Pessoa 1).

Os resultados do estudo prático empreendido nessa pesquisa, consoa com os dados apresentados por Roos et al. (2015), que apontam, em relação ao

conhecimento dos pacientes sobre a doença e seu significado, que os pacientes tendem a ter problemas na compreensão do que é o DM2, um desconhecimento que pode também ser atrelado à faixa etária.

De acordo os mesmos autores, conforme a idade avança, é possível observar também mudanças em relação às representações da doença, bem como mudanças de comportamento e emocionais, que são causadas por experiências de vida. Concomitantemente, existem alterações biológicas intrínsecas e inerentes à idade. Em seu estudo, especificamente, os autores apontam que a maior parte dos participantes foi classificada como idosos.

Roos et al. (2015) apontam que existem ainda fatores individuais que podem interferir no nível de conhecimento sobre o DM2, tais como: motivação, ansiedade, confiança no tratamento e capacidade ou incapacidade de conduzir terapias – ainda que não sejam identificadas correlações entre renda e escolaridade em comparação ao conhecimento do paciente sobre sua doença.

Avaliar tais questões se justifica por conta de que o acesso à informação e conhecimento sobre o próprio prognóstico culminam na capacidade do sujeito em empreender ações de autocuidado, que é refletido de forma direta na qualidade de vida. Os autores aplicam um questionário sobre as atividades de autocuidado dos sujeitos com diabetes, sendo que na primeira parte, constatam que quando

[...] aspectos gerais da alimentação são abordados, é possível visualizar divergência entre as respostas fornecidas pelos participantes. O conceito de “alimentação saudável”, por ser muito abrangente, pode ser interpretado de diversas maneiras. Muitos dos entrevistados relataram ser difícil seguir e manter uma alimentação adequada para o diabetes. As principais queixas foram relacionadas com a restrição dos carboidratos simples e alimentos gordurosos, e à falta de tempo para realizar uma dieta fracionada. Estudos produzidos com pacientes diabéticos em seguimento ambulatorial e que tiveram como base o mesmo instrumento de avaliação também descrevem baixa adesão às recomendações nutricionais (ROOS et al., 2015, p. 339).

Os autores comentam então que o procedimento de automonitorização glicêmica é uma forma eficaz para que o paciente alcance um controle metabólico e entenda o que pode causar variação glicêmica. Portanto, esse tipo de autocuidado serve como ferramenta educacional, já que uma transgressão ou supressão às recomendações alimentares pode ser resultante em uma hiper ou hipoglicemia.

Roos et al. (2015) apontam que, porém, mesmo com a importância dessa prática, diversos são os motivos para que os pacientes não sigam essas orientações, tais como a inconveniência do método e o custo elevado. O risco de hipoglicemia, ou seja, baixa concentração de glicose no sangue, e o aumento de peso são os mais relevantes, o que faz com que a adesão ao tratamento, incluindo a mudança do estilo de vida e o aumento da frequência na monitorização glicêmica, possam contribuir para reduzir esses riscos.

O auto monitoramento implica também a visualização e a participação ativa do paciente no tratamento. Assim, este poderá fazer os ajustes necessários, com o intuito de manter um controle metabólico adequado e reduzir a probabilidade de complicações. [...] A atividade de autocuidado que apresentou maior média de dias de adesão neste estudo foi o seguimento da terapia medicamentosa. Assim como nos resultados aqui obtidos, demais autores descrevem maior adesão ao uso de fármacos e menor adesão às outras atividades (ROOS et al., 2015, p. 342-343).

Os autores corroboram com a percepção adquirida após a apresentação dos dados empíricos desse estudo, de que as publicações no âmbito acadêmico-científico sugerem que a adesão ao tratamento medicamentoso, muitas vezes, apresenta mais adeptos do que as outras terapias, por ser mais simples de ser cumprido. Porém, nota-se que mesmo esse tipo de adesão é complicada e possui barreiras, como custos do tratamento, esquecimento, entre outros. Ao passo que mudança de comportamentos de risco, como sedentarismo e práticas alimentares impróprias, por exemplo, tendem a ser a parcela mais complexa e que menos envolve adeptos, uma vez que demanda a incorporação de novos hábitos de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É válido ressaltar que este estudo foi realizado com poucos participantes e, portanto, os dados aqui obtidos têm sua generalização limitada. Isso quer dizer que há a necessidade de que se façam novos estudos com amostras maiores, a fim de que se avaliem as contingências presentes para a ocorrência dos comportamentos de adesão ao tratamento.

Os resultados obtidos nesta pesquisa sobre adesão das pessoas com Diabetes Tipo II ao tratamento medicamentoso permitiram as seguintes conclusões:

Oito dos quatorze entrevistados admitiram em algum momento, não utilizarem o medicamento prescrito da forma correta, ou seja, espaçando as tomadas ou ingerindo o medicamento em desacordo com o preconizado e até mesmo suspendendo o tratamento por alguns períodos.

Os fatores que são apontados como limitantes, por parte dos pesquisados, e que estiveram presentes nas entrevistas foram: o custo elevado dos medicamentos; o acesso para adquirir o medicamento; a distância da residência até uma farmácia; os efeitos colaterais indesejáveis; a rotina e a falta de tempo; o término de uma caixa e a recompra – esse último fato foi citado por sete dos entrevistados, sendo que o período de recompra varia de uma semana a um mês.

Nove pessoas citam que o aconselhamento dos médicos e o acompanhamento dos familiares são os fatores decisivos na adesão e manutenção do tratamento medicamentoso. Ainda segundo os entrevistados, a atenção ao tratamento, o controle glicêmico e a mudança para hábitos saudáveis possibilitam que as pessoas com Diabetes Tipo II tenham um padrão de vida normal. Já para cinco entrevistados, a pessoa com diabetes deve ser responsável pelo tratamento e assumir as consequências sobre os seus atos.

Ainda, os resultados obtidos nesta pesquisa permitem concluir que, entre as pessoas com Diabetes Tipo II classificadas como não aderentes ao tratamento, prevaleceram:

- Os homens;
- Os mais jovens;
- Os que possuíam ensino médio completo;

- Os casados;
- Os de melhor classe econômica.

Essas foram as características comuns entre os pesquisados que admitem não seguirem o tratamento de acordo com a determinação médica.

A associação entre a não adesão aos antidiabéticos orais e a situação profissional não foi significativa. Os indivíduos que possuíam emprego formal foram os pacientes que apresentaram maiores índices de não adesão farmacológica.

Neste estudo foi possível compreender melhor o universo das pessoas com Diabetes Tipo II e suas relações com os tratamentos medicamentosos. Na análise dos dados encontramos três fatores de relevância quanto à adesão:

- 1- O conhecimento e a informação sobre o diabetes e sobre a importância da adesão ao tratamento, assim como a mudança de estilo de vida são fatores decisivos para a manutenção na qualidade de vida;
- 2- Os profissionais de saúde que lidam com as pessoas com diabetes têm um papel primordial na adesão e manutenção do tratamento e no acompanhamento dos resultados. São necessários esforços para aperfeiçoarem as formas de tratamento e autocuidado, considerando os aspectos culturais e individuais de indivíduos. Os profissionais de saúde, particularmente os médicos, pelo que aponta a pesquisa, nem sempre têm correspondido às expectativas de envolvimento. Percebe-se que o desejo das pessoas com diabetes é de diálogo e de que sejam criadas possibilidades para que possam efetuar suas escolhas;
- 3- O julgamento da sociedade com relação às pessoas com diabetes parece ser o fator mais crítico apontado pelos participantes da pesquisa. Há muito desconhecimento sobre o diabetes; existem muitos mitos e tabus em torno da doença. Em alguns casos existem um isolamento social, em face de eventos que envolvem alimentos e bebidas, e que para a pessoa com diabetes se tornam fatores limitantes para um convívio social pleno.

De uma forma geral, não parecem existir diferenças significativas entre as pessoas com distintas características demográficas, como sexo e estado civil, quanto à adesão ao tratamento, nem uma correlação significativa entre esta e a idade e escolaridade do indivíduo. Além disso, foi possível perceber no estudo que não há uma linearidade na maneira de viver com o Diabetes Tipo II. Esse é um processo que vai sendo construído atrelado aos outros conhecimentos do viver cotidiano e, portanto, tomando a forma que o estilo de vida e o meio social em que a pessoa está inserida determinam.

Este estudo junto às pessoas com Diabetes Tipo II permitiu fazer algumas ilações sobre o tema adesão ao tratamento. Os entrevistados, evidenciam crenças que denotam limitações e não foram mencionadas percepções relativas a benefícios percebidos devido a uma plena adesão ao tratamento. O que pode ser uma

determinante para a baixa adesão é o fato de o medicamento estar diretamente relacionado à doença e, nesse sentido, os atributos das medicações não são percebidos, pois não fica clara a relação de custo e benefício e da efetividade no tratamento; o que talvez seja um limitador para a adesão efetiva ao tratamento.

Aderir ao tratamento envolve uma série de comportamentos distintos dos hábitos que estão enraizados há muito tempo. No aspecto comportamental, então, antes de categorizar o paciente como aderente ou não, é necessário avaliar um contexto maior, em que os comportamentos de autocuidado acontecem ou não. Em linha com os resultados teóricos e também empíricos encontrados ao longo dessa pesquisa, foi possível notar que a adesão ao tratamento é, em linhas gerais, inferior às recomendações propostas. Principalmente no que se refere aos itens alimentação e exercícios físicos.

Entre os fatores associados à baixa adesão ao tratamento, existe uma possibilidade de classificá-los em três principais categorias: características do tratamento, comportamentos do paciente, e fatores sociais. Sendo assim, ao reunir as justificativas em estudos teóricos e nos achados práticos sobre a não adesão, os elementos que se adaptam nessas categorias podem ser vistos como na tabela a seguir (Tabela 1):

Características do tratamento	Comportamentos do paciente	Fatores sociais
Longa duração; Alta complexidade; Alta frequência de cuidados/dia; Cuidados diferentes; Tempo dispendido com os cuidados; Necessidades de mudança de estilo de vida e hábitos; Interferência em atividades cotidiano-sociais relacionadas a comer e beber; Efeitos colaterais; Riscos associados; e, Custo financeiro do tratamento.	Ausência de habilidades necessárias ao autocuidado; Baixa motivação para o tratamento; Crenças equivocadas sobre a doença e o tratamento; Dificuldade em adaptar-se emocionalmente à doença (sentimentos de negação, medo, culpa tristeza, vergonha); Ausência de sintomas.	Dificuldade na relação entre profissional de saúde e paciente; Falta de apoio familiar; Falta de apoio fora do seio familiar; Limitação das atividades sociais em razão da inadequação da alimentação e dos produtos oferecidos em festas, reuniões e eventos; Preconceito e rejeição:

Tabela 1 – Aspectos considerados para não adesão

Fonte: Desenvolvida pelo pesquisador, 2017.

Considerando tais achados, ratifica-se que o Diabetes Mellitus Tipo II é uma doença de natureza crônica, cujo controle necessita de uma série de comportamentos e atitudes específicas para a adesão plena ao tratamento; questão que se torna um obstáculo para a efetividade do tratamento.

Ao receberem o diagnóstico, as pessoas com diabetes, necessariamente, precisam fazer mudanças importantes em seu estilo de vida e hábitos alimentares,

possivelmente incluindo comportamentos e práticas mais difíceis de alcançar. Desse modo, é possível depreender que o tratamento do DM2 contrasta com atividades sociais relacionadas ao comer e beber.

O custo financeiro também é um ponto a considerar, uma vez que uma alimentação mais saudável e medicamentos de controle glicêmico apresentam um custo relevante. Também é pertinente considerar o tempo que deve ser investido com o autocuidado.

Santos et al. (2011) defendem que a família, quando bem orientada, pode constituir uma unidade de suporte às ações de cuidado no cotidiano da pessoa com diabetes, tais como estímulo à realização de atividades físicas, motivação para seguimento do plano alimentar, incentivo no ajuste da terapêutica medicamentosa quando da realização da monitorização da glicemia capilar no domicílio, desenvolvimento de habilidades para o manejo da insulina e cuidados com os pés, entre outras medidas.

De acordo com Valla (1999, p.15), o apoio familiar pode ser definido como uma dimensão do apoio social que, por sua vez, se refere às informações ou recursos materiais fornecidos por grupos (família, amigos, profissionais de saúde, entre outros), que trazem benefícios emocionais ou comportamentais para quem os recebe. É um processo recíproco e, portanto, proativo, no qual as duas partes se beneficiam com efeitos positivos, fortalecendo o sentido de controle sobre a própria vida tanto para quem oferece como para quem o recebe.

Ainda a respeito dos achados dessa pesquisa, foi possível notar que a aquisição de informações sobre a doença e sobre os tratamentos, assim como desenvolver habilidades específicas, como as que são envolvidas na automonitorização da glicemia, e a administração de situações fora da rotina, são requisitos necessários para o autocuidado.

Uma das questões que evidencia significativa relevância, em relação a não adesão, envolve as relações sociais, visto que em alguns casos a limitação da comunicação entre profissional de saúde e paciente é uma das principais causas responsáveis pela baixa adesão. Nos discursos dos entrevistados a percepção apresentada é que certos profissionais da saúde não utilizam uma comunicação mais clara e explicativa.

Ao analisar os resultados do grupo pesquisado as atitudes de autocuidado são influenciadas pelo conjunto de crenças e valores. Nota-se, também, a incerteza de algumas pessoas que participaram da pesquisa sobre o que é de fato o Diabetes Mellitus Tipo II.

O resultado das entrevistas possibilitou o agrupamento de pontos de vistas e percepções dos entrevistados sobre a adesão e manutenção do tratamento da Diabetes Tipo II, sendo dividido em dois grupos: (1) os que aderem e seguem o tratamento, e (2) os que não aderem e apresentam rupturas e descontinuidades. Alguns fatos mais relevantes estão apontados no quadro a seguir (Tabela 2):

Aderentes ao tratamento	Não aderentes ao tratamento
<p>Relatam apoio e incentivo familiar. Têm pessoas com diabetes como familiares. Praticam atividades físicas regulares. Expressam uma relação positiva com o médico que as acompanham. Apontam ter acesso facilitado ao médico, tanto pessoal como por telefone. Recebem apoio de outros profissionais de saúde (Nutricionistas, Psicólogos e/ou Profissionais de Educação Física). Informam-se sobre o diabetes e atualizam-se a respeito do tema. Participam de grupos de apoio ou associações. Estão bem adaptadas ao tratamento e não se referem a efeitos colaterais e nem eventos adversos. Realizam controle glicêmico frequente. São responsáveis pela compra dos medicamentos. Tomam os medicamentos prescritos invariavelmente no mesmo horário.</p>	<p>Não têm conhecimento sobre pessoas com diabetes na família. Apontam limitações para realizar atividades físicas. Mencionam falta de tempo e disposição para mudança de hábitos, mesmo tendo conhecimento da necessidade de mudar. Têm acesso limitado ao médico, contatos esporádicos nas consultas e afirmam já terem passado por vários médicos, com pouca interação com esses profissionais. Pouco se informam sobre o diabetes e suas consequências, e fazem referência a baixo interesse pelo tema. Apontam que os tratamentos apresentam efeitos colaterais e tiveram a necessidade de trocar de medicamentos e ajustamento de doses. Em alguns casos, mais de uma vez. Admitem a ruptura no tratamento como uma prática natural e sem maiores consequências.</p>

Tabela 2 – Aderentes e não aderentes

Fonte: Desenvolvida pelo pesquisador, 2017.

Considerando a importância da adesão ao tratamento medicamentoso para o controle do diabetes, é indispensável desenvolver estudos de longo prazo que permitam ter um maior entendimento das variáveis e das barreiras que comprometem os tratamentos, e os fatores que podem favorecer o processo de adesão e preservação do tratamento e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com Diabetes Tipo II.

- ADA – American Diabetes Association. Atualização: padrões e recomendações: patologias associadas. *Diabetes Clin*, 2004.
- ADAM, P.; HERZLICH, C. *Sociologia da Doença e da Medicina*. São Paulo: EDUSC, 2001.
- AJZEN, I. The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human decision Processes*, v. 50, p. 179-211, 1991.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Nutrition principles and recommendations in Diabetes - 2004. *Diabetes Care*, v. 27, supl. 1, S36-S46, 2004.
- ANDERSON A. S. et al. The impact of a body weight and physical activity intervention (BeWEL) initiated through a national colorectal cancer screening programme: randomized controlled trial. *BMI*, v. 348, p. 1823, 2014.
- ARAÚJO, L. M. B. et al. Tratamento do diabetes Mellitus do tipo 2: Novas opções. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 509-518, jun. 2000.
- ARAÚJO, M. F. M. D. et al. Cumprimento da terapia com antidiabéticos orais em usuários da atenção primária. *Texto & Contexto Enferm*, v. 20, n. 1, p. 135-143, 2011.
- ARRAIS, P. S. D. O uso irracional de medicamentos e a Farmacovigilância no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 18, p. 1478-1479, 2002.
- ASSMANN G, Guerra R, Fox G, Cullen P, Schulte H, Willett D, et al. Harmonizing the definition of the metabolic syndrome: comparison of the criteria of the adult treatment Panel III and the International Diabetes Federation in United States American and European Populations. *Am J Cardiol*. 2007;99(4):541-8.
- ASSUNÇÃO, M. C. F. et al. Avaliação do processo de atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 205-211, jan./fev. 2002.
- 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. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, dez. 2008.
- BALKE, B. Como Prescrever Exercícios. *Revista Brasileira de Educação Física e desportos*, v. 37, p. 21-34, 1978.
- BARONE, M. *Diabético, uma palavra a ser eliminada!*. 2015. Disponível em: <<http://tenhodiabetestipo1eagora.blogspot.com.br/2012/09/diabetico-uma-palavra-ser-eliminada.html>> Acesso em: 28 dez. 2016.

- BARONE, M. *Diabetes: conheça mais e viva melhor*. São Paulo: All Print Editora, 2014.
- BARROS, J. A. C. *Políticas Farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?* UNESCO. Brasília: 2004.
- BARROS, J. A. C. A atuação dos balconistas de farmácia: ajudando a promover uso racional de medicamentos. *J Bras Med*, v. 73, n. 2, p. 120-127, ago. 1997.
- BATES, D. W. et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. *JAMA*, v. 274, n. 1, p.29-34, 1995.
- BENETTI, M. Atividade Física e Diabetes Mellitus. *Revista Brasileira de Medicina Esportiva*, São Paulo, v. 2, p. 75-78, 1996.
- BOGMANN, I. M. *Marketing de relacionamento: estratégias de fidelização e suas aplicações financeiras*. São Paulo: Nobel, 2000.
- BRAGA, M. R. M. G. C. S. Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2. 2003. Dissertação (Mestrado). Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, São Paulo, 2003.
- BUENO, A. J. B.; REZENDE, D. C.; OLIVEIRA, L. H. de. Clientes médicos: um estudo de caso da indústria farmacêutica de produtos éticos. In: Congresso Brasileiro de Gestão do Conhecimento, 2004, São Paulo, SP. *Anais...* São Paulo, SP: KM Brasil, 2004.
- CALI, P. M. Educação em diabetes mellitus: avaliação e validação de resultados. In: Congresso Brasileiro de Diabetes, 2005, Salvador, BA. *Anais ...* Salvador, BA: 2005.
- CARDOSO, A. M. Implantação de prescrição eletrônica a fim de otimizar a dispensação de medicamentos. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde São Paulo*, v. 4, n. 4, p. 39-45, 2013.
- CAROLINO IDG, Fernandes CAM, Tasca RS, Marcon SS, Cuman RKN. Fatores de risco em pacientes com Diabetes mellitus tipo 2. *Rev latino-am enfermagem*. 2008; 16(2). Disponível em: . Acessado em: 05 de dezembro de 2016.
- CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa HIPERDIA no município de Teresina-PI. *Ciência e Saúde Coletiva para a Sociedade*, 2012; 17 (7):1885-92.
- CASTRO, C. L. N.; KNACKFUSS, I. G. Pé diabético. In: OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, A. *Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico e tratamento multidisciplinar*. São Paulo: Atheneu, 2004, p. 281-298.
- CESSE, E. A. P. et al. Tendência da mortalidade por diabetes melito no Brasil: 1950 a 2000. *Arq Bras Endocrinol Metab*, São Paulo, v. 53, n. 6, ago. 2009.
- CINTRA, F. A. et al. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, supl. 3, p. 3507-3515, 2010.
- CLARK, M. Adherence to treatment in patients with type 2 diabetes. *J Diabetes Nurs*, v. 8, n. 10, p. 386-391, 2004.
- CNS – Conselho Nacional de Saúde. *NOBRH-SUS, princípios e diretrizes*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- CONASS. *A Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS*. 2007. Disponível em: <<http://www.conass.org.br>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

- COSTA, A. A.; ALMEIDA NETO, J. S. *Manual de Diabetes: alimentação, medicamentos, exercícios*. São Paulo: Sarvier, 1992.
- COSTA, J. A. et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, mar. 2011.
- CREPALDI, S. et al. Diabetes mellitus e exercício físico. *Revista Digital*, Buenos Aires, v. 1, n. 88, set. 2005.
- DAL FABBRO et al., 2013 High prevalence of type 2 diabetes mellitus in Xavante Indians from Mato Grosso, Brazil.
- DALL, T. et al. Economic costs of diabetes in the US in 2002. *Diabetes care*, v. 26, n. 1, p. 917-932, 2003.
- DATASUS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 18 dez. 2016.
- DELIBERATO, P. C. P. *Fisioterapia preventiva: Fundamentos e aplicações*. São Paulo: Manole, 2002.
- DENGEL, D. R.; REYNOLDS, T. H. Diabetes. In: LEMURA, L. M.; DUVILLARD, S. P. (eds.). *Fisiologia do exercício clínico*. Aplicações e princípios fisiológicos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 270-278.
- DEVLIN, J. T.; RUDERMAN, N. Diabetes and exercise. In: DEVLIN, J. T.; RUDERMAN, N. *The health professional's guide to diabetes and exercise*. Alexandria VA: Am. Diabetes Association, 1995, p. 3-4.
- DIABETES PREVENTION PROGRAM GROUP. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine*, v. 346, p. 393-403, 2002.
- DIEHL, A. A. *Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas*. São Paulo: Prentice Hall, 2004.
- DUNCAN B.B.; STEVENS A.; SCHMIDT M. I. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2010 e tendências de 1991 a 2010. In: Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2011*. Brasília, DF: 2012, p. 95-103.
- DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- ENGEL, C. L. et al. *Diabetes mellitus*. Rio de Janeiro: Frattari, 2003.
- ENGEL, J. F.; BLACKWELL, R. D.; MINIARD, P. W. *Comportamento do Consumidor*. 8. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora S.A, 2000.
- FARIA, H. T. G. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 17, n. 1, p. 46-51, 2008.
- FAUS, M. J. Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social. *Ars Pharmaceutica*, v. 41, supl. 1, p. 137-143, 2000.
- FEBRAFAR – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS REDES ASSOCIATIVAS DE FARMÁCIAS. *Quem Somos*. Disponível em: <http://www.febrifar.com.br/index.php?cat_id=1>. Acesso em: 18 ago. 2016.

- FENGMIN, T. et al. Self-reported adherence in patients with epilepsy who missed their medications and reasons for nonadherence in China. *Epilepsy Behav*, v. 27, n. 1, p. 85-89, 2013.
- FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES. *Economic impact of Diabetes*. Disponível em: <<http://www.diabetesatlas.org/content/background-papers-pdf>> Acesso em: 18 fev. 2017.
- FERREIRA, C. L. A. R. A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema Hiperdia Arq. Brás. *Endocrinol. Metab*, v. 53, n. 1, 2009.
- FERREIRA, L. Saúde, medicamentos, marketing e médicos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, v. 24, p. 605-616, 2008.
- FIGUEIREDO, N. M. A. *Ensinando a cuidar em saúde pública*. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.
- FIORI, A. L. O uso racional de medicamentos: um desafio para a assistência farmacêutica. 2009. Dissertação (Especialização em MBA: Saúde Pública) – Universidade Castelo Branco e Instituto Qualittas de pós-graduação, Campinas, 2009.
- FONSECA, M.; ROSSI, C. O estudo do envolvimento com o produto em comportamento do consumidor: fundamentos teóricos e proposição de uma escala para aplicação no Brasil. In: *Anais do XXII Encontro da Associação Nacional de Pós-graduação em Administração – ENANPAD*, Foz do Iguaçu, 1998.
- FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.
- FORD, I. et al. Pravastatin and the development of diabetes mellitus: evidence for a protective treatment effect in the West of Scotland Coronary Prevention Study. *Circulation*, v. 103, p. 357-62, 2001.
- FRANCO, L. J. Um problema de saúde pública-epidemiologia. In: OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH A. *Diabetes mellitus – clínica e diagnóstico, tratamento multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006, p. 19-32.
- FRANZ, M. J. Terapia Nutricional para Diabetes Melito e Hipoglicemia de Origem Não Diabética. In: ESCOTT-STUMP, S.; MAHAN, L. K. *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. 11. ed. São Paulo: Ed. Roca, 2002, p. 756-798.
- FUNG, T. T. et al. Association between dietary patterns and plasma biomarkers of obesity and cardiovascular disease risk. *American Journal of Clinical Nutrition*, v. 73, p. 61-67, 2001.
- GAGNON, J. A.; VALEN E.; THYME, S. B.; HUANG, P.; AHKMETOVA, L.; PAULI, A. et al. Mutagênese Eficiente por Cas9 Inserção de Oligonucleótidos Mediada por Proteínas e Avaliação em Grande Escala de RNAs de Guia Único. *PLoS ONE*, v. 9, n. 5, 2014.
- GEORG, A. E. et al. Análise econômica de programa para rastreamento do diabetes mellitus no Brasil. *R. Saúde Públ.*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 452-460, jun. 2005.
- GIROTTO, E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S.; MATSUO, T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 18, p. 1763-1772, 2013.
- GITTELSOHN, J. et al. Specific patterns of food consumption and preparation are associated with diabetes and obesity in a native Canadian community. *Journal of Nutrition*, v. 128, p. 541-547, 1998.

- GORDON, I. *Marketing de relacionamento: estratégias, técnicas e tecnologias para conquistar clientes e mantê-los para sempre*. São Paulo: Futura, 1999.
- GROSS J. L. et al. Diabetes melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. *Arq Bras Endocrinol Metab*, v. 46, p. 16-26, 2002.
- GURWITZ J. H. et al. Incidence and Prevalence of Adverse Drug Events Among Older Persons in the Ambulatory Setting. *J Am Med Assoc*, v. 280, n. 9, p. 1107-1116, 2003.
- GUSMÃO, J. L.; MION J. R. D. Adesão ao tratamento: conceitos. *Rev Bras Hipertens*, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.
- GUYTON, A. C.; HALL, J. E. *Tratado de fisiologia médica*. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- HAGUETTE, T. M. F. *Metodologias qualitativas na Sociologia*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
- HAMILTON, G. A. Measuring adherence in a hypertension clinical trial. *European Eur J Cardiovasc Nurs*, v. 2, n. 3, p. 219-228, 2003.
- HAYNES, R. B.; SACKETT, D. L.; GIBSON, E. S.; TAYLOR, D. W.; ROBERTS, R. S.; JOHNSON, A. L. Patient compliance with antihypertensive regimens. *Patient Counselling and Health Education*, v. 1, p. 18-21, 1978.
- HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- HIATT, W. R. Doença arterial periférica aterosclerótica. In: GOLDMAN, L.; BENNETT, J. C. *Cecil tratado de medicina interna*. 21. ed. Philadelphia: WB Saunders, 2000, p. 396-401.
- HU, G. et al. Physical activity during leisure and commuting in Tianjin, China. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 80, n. 12, p. 933-938, dez. 2002.
- JARVIS, J. et al. How can structured self-management patient education improve outcomes in people with type 2 diabetes?. *Diabetes Obes. Metab.*, v. 12, n. 1, p. 12-19, 2010.
- JOSHIPURA, K. J. et al. The effect of fruit and vegetable intake on risk for coronary heart disease. *Annals of Internal Medicine*, v. 134, p. 1106-1114, 2001.
- KAHN, A. *Why "diabetic" is a dirty word?* U. S. News. 2014. Disponível em: <<http://health.usnews.com/health-news/health-wellness/articles/2014/12/10/why-diabetic-is-a-dirty-word>>. Acesso em: 18 dez. 2016.
- KARSAKLIAN, E. *Comportamento do consumidor*, -2. ed. – 3. reimpr. – São Paulo: Atlas, 2008.
- KATZER, J. I. Diabetes Mellitus tipo II e Atividade Física. *Revista Digital*. Buenos Aires, Argentina, a. 12, n. 113, out. 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>>. Acesso em: 20 nov. 2016.
- KELLEY, P.; LOCKLEY, S. W. Sincronizando a Educação para Adolescentes Saudáveis. Brain Development: Sleep and Circadian Rhythms. Trabalho apresentado na Reunião da American Educational Research Association, San Francisco, 2013.
- KOTLER, P. *Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- KOTLER, P.; ARMSTRONG, G. *Princípios de marketing*. 7. ed. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos S.A., 1999.

- KOTLER, P.; KELLER, K. L. *Administração de Marketing: A Bíblia do Marketing*. 12. ed. São Paulo: Prentice Hall Brasil, 2006.
- LAURENTI, R. Fatores de erros, na mensuração da mortalidade infantil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 9, n. 4, dez. 1975.
- LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v8n3/17457.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2016.
- LERÁRIO, A. C. Diabetes Mellitus: Aspectos Epidemiológicos. *Revista Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, v. 8, m. 5, 1998.
- LERMAN, L. Adherence to treatment: the key for avoiding long-term complications of diabetes. *Arch. Med. Res.*, v. 36, n. 3, p. 300-306, 2005.
- LOPES, V. P.; JÚNIOR, M. C. S.; JÚNIOR, A. F. S.; SANTANA, A. I. C. *Revista Eletrônica de Farmácia*, v. IX, n. 4, p. 69-90, 2012.
- MACKENNA, R. *Marketing de relacionamento: estratégias bem sucedidas para a era do cliente*. 3. reed. Rio de Janeiro: Campus, 2002.
- MALAMAN, L. B. O processo de adesão dos pacientes diabéticos aos grupos educativos como analisador das relações institucionais nas unidades básicas de saúde. 2006. Dissertação (Mestrado). Campinas/SP: Unicamp; Unesp, 2006.
- MASTROIANNI P. C; VARALLO, F. R. Impacto das intervenções educacionais na notificação de eventos adversos de drogas. *Int J Technol avaliar os cuidados de saúde*, v. 29, n. 4, p. 410-417, 2013.
- MASTROIANNI, P. C. et al. Contribuição do uso de medicamentos para a admissão hospitalar. *Braz. J. Pharm. Sci.*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 163-170, 2009.
- MATHIAS, T. A. F.; JORGE, M. H. P. M. Diabetes mellitus na população idosa em município da Região Sul do Brasil: um estudo da mortalidade e morbidade hospitalar. *Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabolismo*, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 505-512, ago. 2004.
- McARDLE, W. D. et al. *Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanbara Koogan, 2001.
- McLELLAN, K. C. P. et al. Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. *Revista Nutrição*, Campinas, v. 20, n. 5, p. 515-524, 2007.
- MONTEIRO, C. A. et al. The nutrition transition in Brazil. *Eur. J. Clin. Nutr.*, v. 49, p. 105-113, 1995.
- MONTEIRO, C. A.; FREITAS, I. C. M. Evolução de condicionantes socioeconômicas da saúde na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Pública*, v. 34, supl. 6, p. 8-12, 2000.
- MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. & POPKIN, B. M., 2001. Independent effects of income and education on the risk of obesity in Brazilian adult population. *Journal of Nutrition*, 131: 881-886.
- MOTA, D. M.; FERNANDES, M. E. P.; COELHO, H. L. L. Farmacoeconomia: um Instrumento de eficiência para a política de medicamentos do Brasil. *Acta Farm. Bonaerense*, Fortaleza, v. 22, n. 2, p. 177-186, 2003.
- MOTTA, P. C. *Servir com alma – um novo conceito em relacionamento com o cliente*. São Paulo:

Prentice Hall, 2000.

NIEMAN, D. C. Exercício e saúde: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento. São Paulo: Manole, 1999.

O'CONNOR, P. J. Improving medication adherence: challenges for physicians, payers, and policy makers. *Arch Intern Med*, v. 166, p. 1802-1804, 2006.

OLIVEIRA N. F.; MUNARI D. B.; BACHION M. M.; SANTOS, W. S; SANTOS, Q. R. Therapeutic factors in a group of people with diabetes. *Rev Esc Enferm USP*, v. 43, n. 3, p. 558-565, 2009.

OPAS. Ministério da Saúde. Ministério das Relações Exteriores. *O acesso aos medicamentos de alto custo nas Américas: contexto, desafios e perspectivas*. Brasília, 2009.

OPONDO et al. *Inadequação de prescrições de medicação a pacientes idosos em contexto de atenção primária: uma revisão sistemática*. 2012.

ORCHARD, T. J. Diabetes. In: PEARSON, T. A. et al. *Compêndio de cardiologia preventiva*. São Paulo: publicações científicas, v. 2, 1997, p. 159-171.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Adherence to long-term therapies - evidence for action*. Geneva, Switzerland: WHO, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Administração da OMS*. Disponível em: < <http://www.who.int/about/role/en/index.html>>. Acesso em: 17 dez. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Modelo do perfil nutricional da Organização Pan-americana da saúde*. Washington, DC: Organização Mundial da Saúde, 2016.

ORTIZ, M. C. A.; ZANETTI, M. L. Levantamento dos fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em uma instituição de ensino superior. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 9, n. 3, p. 58-63, maio 2001.

PAIVA, D. P.; BERUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 22, p. 377-85, 2006.

PASQUALOTTO, K. R. et al. Diabetes mellitus e Complicações. *J. Biotec. Biodivers*, v. 3, n. 4, p. 134-145, nov. 2012.

PEDROSO, E. R. P.; OLIVEIRA, R. D. E. G. *Clínica médica*. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2007.

PEÑA, M.; BACALLAO, J. La obesidad y sus tendencias en la región. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 10, p. 75-78, 2001.

PEREIRA, D. A. et al. The effect of educational intervention on the disease knowledge of diabetes mellitus patients. *Rev Lat Am Enfermagem*, v. 20, n. 3, p. 478-485, 2012.

PEREIRA E. M.; BOVO F. Avaliação dos estoques domiciliares de medicamentos em uma cidade do Centro-Sul do Paraná. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, v.12, p. 283- 289, 2013.

PIZZOL, F. D., SILVA, T.; SCHENKEL, E. P. Análise da adequação das propagandas de medicamentos dirigidas à categoria médica distribuídas no Sul do Brasil Adequacy of drug advertisements, *Cad Saúde Publica*, v. 14, p. 85-91, 1998.

- POLLACK, M. et al. Impact of treatment complexity on adherence and glycemic control: an analysis of oral antidiabetic agents. *J. Clin. Outcomes Manag*, v. 17, n. 6, p. 257-265, 2010.
- POLLOCK, M. L. E.; WILMORE, J. H. *Exercícios na Saúde e na Doença*. Rio de Janeiro: Ed. Medsi, 1993.
- PONTES JUNIOR, D. M. A seleção de medicamentos para o monitoramento da qualidade laboratorial no Brasil: articulação entre a vigilância sanitária e a Política Nacional de Medicamentos. 2007. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saude Publica Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.
- PORTERO, K. C. C.; CATTALINI, M. Mudança no estilo de vida para prevenção e tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2. *Saúde em Revista*, Piracicaba, v. 7, n. 16, p. 63-9, 2005.
- RAMOS, A. T. *Atividade física: diabéticos, gestantes, terceira idade, crianças e obesos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 1999.
- RODRIGUES, T.M.B.; SILVA, I.N. Estatura Final de Pacientes com Diabetes Mellitus do Tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 108-114, fev. 2001.
- ROOS, A. C. et al. Adesão ao tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. *Demetra*, v. 10, n. 2, p. 329-346, 2015.
- ROSSI, V. E. C.; PACE, A. E. Perfil das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 cadastradas no programa de assistência ao diabético de Passos-MG. *Rev. Enferm. Brasil*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 23, p. 104-109, mar./abr. 2003.
- SABATÉ, E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *World Health Organization (WHO)*, 2003.
- SALVADOR, N. A. A. Adesão Terapêutica numa população diabética atendida na Unidade de Diabetes do Hospital Amato Lusitano em Castelo Branco. 2012. Dissertação (Mestrado). Covilhã: Universidade da Beira Interior, Curso de Medicina, Faculdade de Ciências da Saúde, 2012.
- SAMARA, B. S.; MOSCH, M. A. *Comportamento do consumidor: conceitos e casos*. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.
- SANTOS, M. A. et al. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 651-658, 2011.
- SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, S29-S36, 2003.
- SASAKI, J. E.; SANTOS, M. G. O papel do exercício aeróbico sobre a função endotelial e sobre os fatores de risco cardiovasculares. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 87, n. 5, p. 226-231, 2006.
- SHERWIN, R. S. Diabete Melito. In: GOLDMAN, L.; BENNETT, J. C. *Cecil Tratado de Medicina Interna*. 21. ed. Philadelphia: WB Saunders, 2000, p. 1405-1431.
- SHETH, J.N.; MITTAL, B.; NEWMAN, B.I. Comportamento do cliente: indo além do comportamento de do consumidor. São Paulo: Atlas, 2001.
- SILVA, I. et al. Adesão ao tratamento da diabetes Mellitus: a importância das características demográficas e clínicas. *Referência*, v. 2, n. 1, p. 33-41, 2006.

SILVEIRA, D. R. et al. Fatores de risco para amputações maiores primárias em pacientes diabéticos. *J. Méd.*, São Paulo, v. 124, n. 2, p. 66-70, 2006.

SINITOX. *Casos de intoxicação humana por medicamentos*. 2003. Disponível em: <www.fiocruz.br/sinitox>. Acesso em: 15 jan. 2017.

SOLOMON, M. R. *O comportamento do Consumidor*. Comprando, possuindo e sendo. Porto Alegre: Bookman, 2002.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*, v. 3. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

STONE, M.; WOODCOCK, N. *Marketing de relacionamento*. São Paulo: Littera Mundi, 1998.

TAKAYANAGUI, A. M. M.; GUIMARÃES, F. P. M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 15, n. 1, p. 37-44, jan./abr. 2002.

TERCI, S. Você realmente sabe o que é comportamento do consumidor? *Iniciação Científica*, Cesumar, Maringá, v. 3, n. 2, p. 91-103, ago./dez. 2001.

THE NATIONAL COLLABORATING CENTRE OF PRIMARY CARE. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. London: NICE, 2009.

THOMPSON, L.; MCCABE, R. The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental healthcare: a systematic review. *BMC Psychiatry*, v. 12, p. 87, 2012.

TOSCANO, C. M. National screening campaigns for chronic non-communicable diseases: diabetes and hypertension. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 885-95, out./dez. 2004.

UNNI, E.; FARRIS, K. B. Determinants of different types of medication non-adherence in cholesterol lowering and asthma maintenance medications: a theoretical approach. *Patient Educ. Couns.*, v. 83, n. 3, p. 82-390, 2011.

VIEIRA, FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(Supl.1):213-220.

VIEIRA, R. S. G. et al. O Conhecimento do marketing sob os olhos da teoria crítica. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 26., 2002, Salvador. Anais... Salvador: Anpad, 2002.

VIGGIANO, E. C. Diabete melito. In: CUPPARI, L. *Guia de Nutrição Clínica no Adulto*. 3. ed. São Paulo: Manole, 2014, p. 385-412.

VILAS-BOAS LCG, Foss MS, Foss-Freitas MC, Torres HC, Monteiro LZ, Pace AE. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2011 [acesso em 11 de julho de 2013];20(2):272-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a08v20n2>

WALKER, E. A. et al. Adherence to preventive medications predictors and outcomes in the Diabetes Prevention Program. *Diabetes care*, v. 29, n. 9, p. 1997-200, 2006.

WILD et al. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, v. 27, n. 5, p. 1047-1053, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2. ed. Geneve: OMS, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: WHO, 2003 (WHO - Technical Report Series, 916).

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable disease 2013-2020. Geneva: World Health Organization, 2013.

WOLK, A.; MANSO, J. E.; STAMPFER, M. J. Long-term intake of dietary fiber and decreased risk of coronary heart disease among women. *JAMA*, v. 281, p. 1998-2004, 1999.

ZOLNIEREK, K. B. H.; DIMATTEO, M. R. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*, v. 47, n. 8, p. 826-834, 2009.

ROTEIRO PARA ENTREVISTA PROFUNDIDADE

INTRODUÇÃO	APRESENTAÇÃO DA METODOLOGIA
<p>O DIABETES</p>	<p>Como descobriu que era uma pessoa com diabetes? Como recebeu a notícia do diabetes? Como foi a reação da família quando souberam? Têm familiares com diabetes? Têm amigos próximos, colegas, que são pessoas com diabetes? O que mudou na sua vida a partir do momento em que você soube que é uma pessoa com diabetes? Frequenta festas e eventos sociais com frequência? Controla a alimentação e faz algum tipo de dieta restritiva? Quais os hábitos que teve que modificar? Em sua opinião, como a sociedade vê a pessoa com diabetes? Já sofreu algum tipo de preconceito por ser uma pessoa com diabetes? Tem acesso a informações sobre o diabetes? Está claro para você o que é o diabetes? Acredita estar bem informado sobre o diabetes? Participa de algum grupo ou associação de apoio as pessoas com diabetes? Sobre o tema diabetes, qual a sua fonte de informação (TV, Internet, Rádio, Programas Educativos, Grupos de Apoio)? Seus familiares mudaram de hábitos em função de você ser uma pessoa com diabetes?</p>
<p>O TRATAMENTO</p>	<p>Quantos medicamentos você toma por dia? Além do medicamento de diabetes, toma outros? Se sim, para qual indicação? Utiliza alguma estratégia para tomar corretamente os medicamentos? Como se sente em relação à medicação que toma? Você, alguma vez, se esqueceu de tomar os seus medicamentos do diabetes? Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio? Quais as dificuldades que sente, e que o impedem de tomar a medicação de forma correta? Por exemplo, esquecimento, falta de receita, dificuldades econômicas. Costuma ler a bula do medicamento que toma? Quando se sente pior, é habitual alterar as doses prescritas? Aconteceu de ter que trocar de medicamento que tomava por não se sentir bem (efeitos colaterais)? Faz dosagem de glicemia com regularidade? Possui o aparelho glicosímetro (monitor e medidor de glicose)? Tem as lancetas e as tiras de glicose para a realização das medições?</p>

<p>RELAÇÃO COM O MÉDICO E COM OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE</p>	<p>Utiliza a Rede Pública de Saúde (Postos de Saúde e Hospitais Públicos)? Ou tem um plano de saúde privado com atendimento em consultórios e clínicas particulares?</p> <p>Você tem possibilidades de realizar exames clínicos com frequência?</p> <p>Qual o tipo de relação que tem com o seu médico?</p> <p>Quando está na consulta médica, normalmente entende as indicações que lhe foram dadas?</p> <p>Caso haja alguma dúvida, esclarece-a com o seu médico, ou sai com essas mesmas dúvidas?</p> <p>Sente que o médico atribui importância ao que você diz?</p> <p>Compreende as orientações que o médico passa na receita? A letra do médico é clara?</p> <p>Costuma falar com o médico acerca das suas dificuldades para tomar a medicação?</p> <p>Em sua opinião, o tempo em que a consulta é realizada é adequado?</p> <p>Sente-se satisfeito com a qualidade no atendimento?</p> <p>Se você tiver alguma dúvida, a quem recorre para esclarecer?</p> <p>Faz algum acompanhamento com outros profissionais de saúde (Psicólogos, Nutricionistas, Professores de Educação Física)?</p>
<p>ACESSO AOS MEDICAMENTOS</p>	<p>Sobre o preço dos medicamentos, qual a sua opinião?</p> <p>Qual o custo aproximado com medicamentos que você tem por mês?</p> <p>Já deixou de tomar algum medicamento por causa do preço?</p> <p>Quem costuma comprar os seus medicamentos?</p> <p>Qual a sua opinião acerca da medicação que toma?</p> <p>Costuma repor/comprar os medicamentos antes de acabar aqueles que está tomando?</p> <p>Participa de algum programa de adesão aos medicamentos oferecidos pelos Laboratórios?</p> <p>Se sim, qual a sua opinião sobre esses programas? Eles atendem a sua necessidade?</p> <p>Caso receba medicações dos Programas do Estado (Farmácia Popular, Programas de Alto Custo) qual a sua opinião a respeito?</p>
<p>ENCERRAMENTO</p>	<p>Agradecimento.</p>

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Eu Sérgio Ricardo Duarte Palhas abaixo assinado, comprometo-me a manter confidencialidade com relação a toda documentação e toda informação obtidas nas atividades e pesquisas a serem desenvolvidas no projeto de pesquisa **Adesão e Preservação do tratamento em casos de Diabetes do Tipo II**, coordenado pelo Professor Doutor Fabio Mariano Borges, vinculado ao Departamento de Ciências Sociais e Comportamento do Consumidor, realizado no âmbito da ESPM-SP; ou ainda informações de qualquer pessoa física ou jurídica vinculada de alguma forma a este projeto, concordando em:

- Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades técnicas do projeto de pesquisa;
- Não permitir a terceiros o manuseio de qualquer documentação que componha ou tenha resultado de atividades do projeto de pesquisa;
- Não explorar, em benefício próprio, informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;
- Não permitir o uso por outrem de informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa.

Declaro ter conhecimento:

De que as informações e os documentos pertinentes às atividades técnicas do projeto de pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

Local São Paulo – S.P.

Data:

Assinatu-

ra: _____

Nome: Sérgio Ricardo Duarte Palhas

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Se alguma pergunta possibilitar mais de uma alternativa, indicar a mais adequada.

Não deixar nenhuma resposta em branco.

01. Qual é o seu gênero?

(1) Masculino.

(2) Feminino.

02. Qual será sua idade em 31 de dezembro de 2016?

(1) 30 a 40 anos.

(2) 40 a 50 anos.

(3) 50 a 60

anos.

(4) 60 a 70 anos.

(5) 70 anos ou mais.

03. Qual é o seu nível de instrução?

(1) Analfabeto.

(2) Ensino fundamental incom-

pleto.

(3) Ensino fundamental completo.

(4) Ensino médio completo.

(5) Superior incompleto.

(6) Superior completo.

04. Qual é a sua situação habitacional?

(1) Casa própria.

(2) Casa alugada.

(3) Casa cedida. Se sim, por quem? _____

(4) Outra? _____

05. Onde e com quem você mora atualmente?

(1) Em casa ou apartamento, sozinho.

(2) Em casa ou apartamento, com pais e/ou parentes.

(3) Em casa ou apartamento, com cônjuge e/ou filhos.

(4) Em casa ou apartamento, com outras pessoas (incluindo república).

(5) Em alojamento universitário da própria instituição.

(6) Em outros tipos de habitação individual ou coletiva (hotel, hospedaria, pensão ou outro).

06. Quantas pessoas da sua família moram com você? Considere seus pais, irmãos, cônjuge, filhos e outros parentes que moram na mesma casa com você.

- (1) Nenhuma.
- (2) Uma.
- (3) Duas.
- (4) Três.
- (5) Quatro.
- (6) Cinco.
- (7) Seis.
- (8) Sete ou mais.

07. Há despesas permanentes com tratamento de saúde? _____

Quem está doente? _____

Qual o problema de saúde? _____

De quanto é aproximadamente a despesa mensal com o tratamento/medicamentos? R\$ _____

08. Você exerce atividade remunerada?

- (1) Não.
- (2) Sim, regularmente, em tempo parcial.
- (3) Sim, regularmente, em tempo integral.
- (4) Sim, mas é trabalho eventual.

09. Qual é sua participação na vida econômica da família?

- (1) Não trabalho e meus gastos são pagos pela família.
- (2) Trabalho e recebo ajuda financeira da família.
- (3) Trabalho e sou responsável apenas pelo meu sustento.
- (4) Trabalho e sou o principal responsável pelo sustento da família.

10. Qual é sua profissão?

11. Qual é a renda total mensal de sua família? (Considere a soma de todos os salários dos membros de sua família).

- (1) Até 1,5 salários mínimos (até R\$ 1.086,00).
- (2) De 1,5 a 3 salários mínimos (R\$ 1.086,01 a R\$ 2.172,00)
- (3) De 3 a 4,5 salários mínimos (R\$ 2.172,01 a R\$ 3.258,00).
- (4) De 4,5 a 6 salários mínimos (R\$ 3.258,01 a R\$ 4.344,00).
- (5) De 6 a 10 salários mínimos (R\$ 4.344,01 a R\$ 7.240,00).
- (6) De 10 a 30 salários mínimos (R\$ 7.240,01 a R\$ 21.720,00).
- (7) Acima de 30 salários mínimos (mais de R\$ 21.720,01).

12. Você ou alguém da sua família recebe algum tipo de auxílio do governo ou do município? (exemplo: bolsa família, renda cidadã, distribuição de leite e/ou cesta básica e outros).

(1) Sim

(2) Não

13. Quantas pessoas vivem da renda familiar indicada na pergunta anterior?

(1) Uma.

(2) Duas.

(3) Três.

(4) Quatro.

(5) Cinco.

(6) Seis ou mais.

PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Sujeitos da Pesquisa	Idade	Tempo de diagnóstico de DM II (anos)	Gênero	Escolaridade	Ocupação	Situação conjugal	Estrutura familiar
Pessoa 1	68	18 anos	Masculino	Ensino Médio	Aposentado	Casado	Residência Compartilhada
Pessoa 2	55	15 anos	Feminino	Ensino Superior	Funcionária Pública	Casada	Residência Compartilhada
Pessoa 3	49	4 anos	Feminino	Ensino Superior	Gerente de Vendas	Solteira	Residência Compartilhada
Pessoa 4	54	10 anos	Masculino	Ensino Médio	Empresário	Casado	Residência Compartilhada
Pessoa 5	46	5 anos	Masculino	Ensino Superior	Consultor	Casado	Residência Compartilhada
Pessoa 6	48	4 anos	Feminino	Ensino Superior	Funcionário Público	Divorciada	Residência Individual
Pessoa 7	62	19 anos	Feminino	Ensino Médio	Aposentado	Casada	Residência Compartilhada
Pessoa 8	49	5 anos	Feminino	Ensino Superior	Professora	Viúva	Residência Individual
Pessoa 9	47	4 anos	Feminino	Ensino Médio	Funcionário Público	Solteira	Residência Compartilhada
Pessoa 10	59	8 anos	Masculino	Ensino Superior	Engenheiro	Casado	Residência Compartilhada
Pessoa 11	69	14 anos	Feminino	Ensino Superior	Aposentado	Divorciada	Residência Individual
Pessoa 12	58	6 anos	Masculino	Ensino Superior	Advogado	Casado	Residência Compartilhada
Pessoa 13	53	7 anos	Feminino	Ensino Médio	Assistente Administrativa	Casada	Residência Compartilhada
Pessoa 14	46	3 anos	Masculino	Ensino Superior	Funcionário Público	Casado	Residência Compartilhada

Fonte: desenvolvida pelo pesquisador, 2017.

CURRÍCULO

- Responsável pela criação do material para os módulos de gestão de pessoas e negociação, do MBA em Compras na modalidade EAD.
- Docente nos cursos de pós-graduação da Universidade Paulista (UNIP), nos Cursos de MBA em Gestão de Compras, Gestão Empresarial, Gestão do Varejo e Gestão de Pessoas.
- Monitor na ESPM no ano de 2016, na graduação em Publicidade e propaganda, módulo de atuação Marketing de Relacionamento I e II.
- Sólida experiência na Indústria Farmacêutica 30 anos de atuação no segmento, sendo os últimos 20 anos como Gestor de equipes de vendas e demanda.
- Carreira consolidada em Empresas Nacionais e Multinacionais, como: GlaxoSmithKline (GSK), e Grupo NC (EMS).
- Ampla experiência em Gestão de Pessoas, gerenciando equipe de vendas.
- Capacidade para identificar, contratar, treinar, desenvolver pessoas e reter talentos, através de Plano Individual de Desenvolvimento, Treinamentos.
- Experiência no desenvolvimento e execução de planos de marketing, campanhas de vendas e campanhas promocionais.

FORMAÇÃO ACADÊMICA

- Escola Superior de Propaganda e Marketing - ESPM - Curso: Mestrado em Administração de Empresas - Período: de 02/2016 a 04/2017
- Fundação Getúlio Vargas - FGV - Curso: Pós-MBA em Inteligência Empresarial - Período: de 01/2015 a 12/2015
- Instituto Brasileiro de Mercado de Capitais – IBMEC - Curso: Pós-graduação em Gestão de Vendas Período: de 12/2014 a 12/2015
- Fundação Getúlio Vargas – FGV - Curso: MBA em Gestão Estratégica de Pessoas com Ênfase em Estratégias Período: de 01/2011 a 12/2012
- Escola Superior de Propaganda e Marketing - ESPM - Curso: Pós-graduação em Comunicação e Marketing - Período: de 02/1998 a 06/2000
- Universidade São Judas – USJ - Curso Graduação em Comunicação Social – Jornalismo- Período 01/1994 até 12/1998

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-815-1

