

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARIA GLAUBIA COSTA DE OLIVEIRA

BAIXA ADESÃO NO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO
PARA DIABETES MELLITUS

GOVERNADOR VALADARES / MG

2014

MARIA GLAUBIA COSTA DE OLIVEIRA

**BAIXA ADESÃO NO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO
PARA DIABETES MELLITUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como pré requisito para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Raquel Linhares Bello de Araújo

GOVERNADOR VALADARES / MG

2014

MARIA GLAUBIA COSTA DE OLIVEIRA

**BAIXA ADESÃO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PARA
DIABETES MELLITUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como pré requisito para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Raquel Linhares Bello de Araújo

Banca Examinadora:

Profa. Raquel Linhares Bello de Araújo (orientadora)

Profa. Matilde Meire Miranda Cadete –UFMG

Aprovado em belo Horizonte, 12 de junho de 2014

Dedico aos meus pais, Raimundo Benicio Costa e Teresinha Fernandes Costa;

Ao meu esposo Wellington, pelo apoio, dedicação, companheirismo, torcida, incentivo e amor que me fizeram seguir em frente por toda minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me guia e dá forças para erguer mesmo quando estou cansada.

Ao meu esposo que entendeu quando tive que ficar estudando para concluir mais um trabalho.

A orientadora Raquel que mesmo me conhecendo somente pela internet me apoiou e conduziu-me para conclusão de um belo trabalho.

Aos agentes comunitários de saúde da minha equipe que me ajudaram na coleta de informações para realização do projeto.

Aos portadores de Diabetes Mellitus que aceitaram participar do estudo pela valiosa contribuição na realização do projeto.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DM	Diabetes Mellitus
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
FID	Federação Internacional de Diabetes
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe verde do PSF Bom Jardim – Ipatinga/MG.	21
Quadro 2.	Descritores do problema baixa adesão tratamento medicamentoso para DM do PSF Bom Jardim - Ipatinga-MG.	27
Quadro 3.	Propostas de operações para resolução dos nós críticos	29
Quadro 4.	Identificação dos recursos críticos.	31
Quadro 5.	Cronograma de execução do grupo de capacitação dos pacientes portadores da doença com baixa adesão tratamento medicamentoso para DM.	33
Quadro 6.	Descrição das etapas de um plano de intervenção.	30
Quadro 7	Plano operativo da Equipe verde do Programa de Saúde da Família – PSF bairro Bom Jardim.	31

RESUMO

As atuais condições de vida, trabalho, modificações econômicas e políticas têm gerado elevação de doenças crônicas, dentre elas a Diabetes Mellitus (DM). A Equipe Verde do Programa de Saúde da família – PSF do bairro Bom Jardim – Ipatinga-MG, ao constatar o aumento da demanda do serviço de saúde de atendimento de urgência e emergência, o aumento do número de acamados e hospitalizações por complicações consequentes da DM, ressaltou a necessidade de um acompanhamento mais sistematizado aos portadores dessa doença. Partindo dessa premissa, ficou definido a elaboração de um plano de ação voltado para a capacitação dos portadores de diabetes, visando aumentar o grau de conhecimento sobre a doença, tratamento e complicações, de forma a promover uma melhora na assistência prestada a todos os pacientes diabéticos, acamados e/ou debilitados da área de abrangência da equipe verde. Inicialmente, foi realizado um estudo de revisão de literatura com busca de bibliografias na Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores: diabetes *mellitus*. O plano de intervenção foi elaborado com base no Planejamento Estratégico Situacional e a programação de um curso para capacitar todos os portadores de diabetes e familiares com o objetivo de melhorar a assistência prestada pelo serviço e, conseqüentemente, aumentar qualidade de vida do paciente. Espera-se que esse plano de ação possa contribuir para a produção de conhecimentos que possibilitem na melhoria de hábitos e estilos de vida adequados e construção de conhecimentos compartilhados para uma assistência de saúde de qualidade.

Palavras-chave: Diabetes. Baixa adesão ao tratamento medicamentoso.

ABSTRACT

The current living conditions, work, economic and political changes have generated a rise of chronic degenerative diseases, especially diseases of the circulatory system (DAC), among them the Diabetes Mellitus (DM). The Green Team Program Family Health - PSF Neighborhood Garden City - Ipatinga - MG by increasing demand for health care in emergency rooms, increasing the number of bedridden and hospitalizations for complications of diabetes service has seen the need for a more systematic monitoring to patients with this disease. From this need was defined the development of an action plan aimed at the empowerment of people with diabetes, to increase the level of knowledge about the disease, treatment and complications in order to improve the care given to all diabetic, bedridden and / or debilitated the area covered by the green team. The scale of the problem involves the whole process of team work, with respect to the care and monitoring of patients with diabetes who have poor adherence to drug treatment who do not receive proper care of your needs. From the situational diagnosis became clear that there are many problems in the catchment area of the team, was prioritized work the difficulties presented by diabetic patients regarding medication use, lifestyle and lack of knowledge of how to deal with disease. This is a study of the literature review that seeks data and information in publications. The development of the intervention plan was made after the prioritization of the problem in question - increased demand for emergency care service on the team, increasing the number of bedridden and hospitalizations for complications of diabetes with low adherence to drug treatment. The problem is mainly critical node lack of knowledge about diabetes and training of DM and family how to deal with disease, treatment and complications. Thus, it becomes important to schedule a course to empower all people with diabetes and their families with the goal of improving care provided by the service and thus increase quality of life of the patient. It is hoped that this action plan will contribute to the production of knowledge that enables the improvement of habits and life styles suitable and construction of shared knowledge for health care quality and suitable for every particular.

Keywords: Diabetes. Low adherence to drug treatment.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVO.....	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	18
6 PROPOSTA DO PLANO DE INTERVENÇÃO.....	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

A Diabetes *Mellitus* (DM) é uma síndrome crônica, decorrente da falta de insulina circulante e/ou incapacidade da insulina de exercer adequadamente sua atividade metabólica. Caracteriza-se por hiperglicemia e está associada à complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2006a).

Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, como por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtora de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006a).

Conforme a Federação Internacional de Diabetes (FID, 2011), em todo o mundo, 4,6 milhões de pessoas morrem a cada ano por causa da DM e, em alguns países, crianças e jovens morrem por falta de diagnóstico da doença ou até por falta de medicamentos básicos como a insulina. A DM se encontra entre as 10 principais causas de deficiência no mundo e enfraquece a produtividade e o desenvolvimento humano. Em muitos países, ela consome entre 5% e 10% do orçamento destinado à saúde, e mais de 50% deste custo é devido às complicações da diabetes.

Conforme estudo realizado pelo Ministério da Saúde, os diabéticos no Brasil chegaram a um total de 12.054.827 de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Apesar de existirem formas de intervenções já aprovadas e acessíveis, a diabetes é responsável por um altíssimo índice de mortalidade no mundo a cada ano. Para que este índice diminua, é necessário que o portador da doença mude seu estilo de vida, seguindo rigorosamente o tratamento: uma dieta saudável, atividade física regular, manutenção de um peso normal, evitar o consumo de cigarro, etc (BRASIL, 2006b).

Além disto, o cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio à equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos

poucos ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) propõe duas estratégias para o tratamento da diabetes: controle glicêmico (mudanças no estilo de vida e tratamento farmacológico) e Prevenções de complicações crônicas (Intervenções preventivas metabólicas e cardiovasculares e detecção e tratamento de complicações crônicas do diabetes).

Como a diabetes é uma doença evolutiva, com o decorrer dos anos, quase todos os pacientes requerem tratamento farmacológico, muitos deles com insulina, uma vez que as células betas do pâncreas tendem a progredir para um estado de falência parcial ou total ao longo dos anos (BRASIL, 2006).

Entretanto, mudanças positivas no estilo de vidas – alimentares e de atividades física – são de fundamental importância no alcance dos objetivos do tratamento quais sejam o alívio dos sintomas e a prevenção de complicações agudas e crônicas.

Para ser eficaz, o tratamento da diabetes deve ser contínuo e às vezes por toda vida do paciente. Infelizmente, a falta de sintomas da diabetes, falta de informação sobre a doença e juntamente com a baixa tolerabilidade de algumas medicações são algumas das razões mais comuns para a descontinuidade do tratamento ou o não seguimento das doses e periodicidade necessárias pelo paciente. A não adesão, por sua vez, leva ao aumento do uso do serviço de saúde (BRAMLAG; HASFORD, 2009).

O objeto de estudo deste trabalho é relativo aos fatores que interferem na adesão à terapêutica em portadores de DM da Equipe verde, do Programa Saúde da Família do bairro Bom Jardim.

Na unidade de saúde do bairro Bom Jardim/, localizado na regional VII de Ipatinga, funcionam três equipes (azul, laranja e verde). O modelo de atenção à saúde baseia-se na demanda espontânea, delineamento de território de assistência e descrição dos usuários, oferece serviços de saúde sob a forma de programas. A equipe verde do Programa de Saúde da Família (PSF) do bairro Bom

Jardim/Ipatinga e constituída de um médico, um enfermeiro, duas auxiliares de enfermagem, seis Agentes Comunitário de Saúde (ACS) e equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Possui cadastro de 223 famílias, no total de 4.134 usuários adscritos, sendo 139 usuários portadores de diabetes mellitus (DM).

Ressalta-se que na Unidade de Saúde do Programa de Saúde da Família o modelo de atenção à saúde baseia-se na demanda espontânea, delineamento de território e adscrição dos usuários, oferece serviços de saúde sob a forma de programas.

Na unidade de saúde funcionam três equipes: azul, laranja e verde. A equipe escolhida para ser analisada foi a equipe verde, que tem um total de 4.134 habitantes e acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde - ACS, que têm formação escolar ensino fundamental e superior, sendo 1.363 famílias cadastradas (SIAB, 2011). É dividida em 6 micros áreas: Micro área 1: com 223 famílias cadastradas; Micro área 2: 284 famílias; Micro área 3: 238 famílias; Micro área 4: 191 famílias; Micro área 5: 209 famílias; Micro área 6: 218 famílias cadastradas.

A população da equipe verde do bairro Bom Jardim é de classe econômica baixa, contando com aproximadamente 3 mil usuários de baixa renda. Os portadores de diabetes na sua maioria ainda trabalham em atividade informal e outros recebem benefícios do governo federal. Os moradores do bairro têm baixa escolaridade, chegando a completar o ensino fundamental e com algumas famílias com membros analfabetos. As condições de moradia mais da metade são adequadas, ainda com muitas em área de risco. Conta com saneamento básico e coleta de lixo regularmente. O bairro estar localizado próximo do centro da cidade, de fácil acesso para outros bairros, com transporte coletivo adequado. Em relação à assistência à saúde existem duas unidades de saúde.

A realização do diagnóstico situacional da área de abrangência do Bairro Bom Jardim como uma das atividades do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) permitiu identificar os problemas de saúde e outros, tais como: muitos usuários com algum problema de saúde; falta de comunicação com rede USF; desemprego, alto índice de criminalidade, aumento número de gravidez, baixa adesão tratamento medicamentoso para diabetes e hipertensão, aumento número acamados e hospitalizações, dentre outros.

Para os problemas identificados, foi selecionado o problema: Baixa adesão tratamento medicamentoso para diabetes.

Ademais, a escolha desse objeto de estudo também se baseou no cotidiano da enfermeira da equipe após constatar, através do aumento demanda serviço de urgência e emergência na equipe por pacientes portadores de DM, dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2012) e registros de dados pelas agente comunitária de saúde (ACS) no domicílio e ficha A.

A partir daí, foi elaborado um questionário com questões objetivas e subjetivas, para ser aplicado durante o atendimento na unidade em 50 pacientes na faixa etária de 40 a 70 anos que procurasse serviço, nas consulta de enfermagem e nos grupos de educação permanente (formado por quinze usuários/cada), realizados duas vezes na semana na igreja católica do bairro Bom Jardim.

O plano de ação foi elaborado, focalizando a problematização dos portadores de diabetes com baixa adesão ao tratamento medicamentoso.

2 JUSTIFICATIVA

A diabetes mellitus é uma das maiores ameaças para a saúde pública ao nível mundial e rapidamente está agravando-se, tendo seu maior impacto nos adultos em idade produtiva nos países em vias de desenvolvimento.

A diabetes é uma das principais causas de cegueira, amputação e falência renal. Estas complicações são responsáveis de maior parte do problema social e financeiro da diabetes.

A escolha do tema baixa adesão ao tratamento medicamentoso para diabetes realizou-se a partir da identificação do aumento do número de acamados com doenças crônicas na Unidade de Saúde do bairro Bom Jardim, em Ipatinga-MG. A partir daí, a equipe planejou, elaborou e executou ações individuais e coletivas com usuários/familiares para aumentar o nível de informação sobre doença, participação de equipe multiprofissional, parceria com Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com o objetivo aumentar oferta consultas com especialistas e realização exames.

O termo “adesão” não é só o cumprimento terapêutico, já que se refere à tomada de um medicamento, à mudança de um hábito de vida e a outros aspectos como a participação ativa no tratamento prescrito. Há múltiplas evidências de que o fomento do cumprimento terapêutico contribui para uma melhoria na relação profissional sanitário-paciente, ao controle da doença, a uma diminuição mortalidade e a uma redução dos custos na saúde.

Ao contrário, o descumprimento terapêutico conduz a uma serie de repercussões clínicas, econômicas e sócio sanitárias. As ações dirigidas para melhorar o cumprimento do tratamento, sem dúvida, têm impacto na melhora da qualidade de vida dos pacientes e na obtenção de objetivos terapêuticos.

3 OBJETIVO

Avaliar os fatores que interferem na adesão à terapêutica em portadores de DM atendidos pela equipe verde do Posto de Saúde do bairro Bom Jardim, da cidade de Ipatinga/MG com vistas à proposição de um plano de intervenção.

4 METODOLOGIA

Este trabalho foi elaborado com dados levantados no ano de 2012 e 2013 na Unidade de Saúde do Bairro Bom Jardim – Ipatinga/MG, pela equipe verde.

Reafirma-se que a comunidade do Bairro Bom Jardim fica na periferia de Ipatinga, sendo o quinto bairro mais populoso da cidade. Tem população de 22 mil habitantes (IBGE, 2011), sendo 9.487 usuários do sexo masculino e 9.977 usuários do sexo feminino (PREFEITURA DE IPATINGA, 2005).

Para a elaboração do projeto de intervenção, fez-se pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores: diabetes *mellitus*, Estratégia Saúde da Família e prevenção.

A proposta de Intervenção se baseou no Planejamento Estratégico Situacional (PES), seguindo todos os passos propostos, conforme orientação de Campos, Faria e Santos (2010).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Conceito de diabetes

Conforme a Federação Internacional de Diabetes (FID, 2011), diabetes é uma das quatro enfermidades não transmissíveis prioritárias, identificadas pela OMS, junto com a doença cardiovascular (ECV, que inclui o infarto de miocárdio e o derrame cerebral), o câncer e a doença respiratória crônica.

A diabetes *mellitus* é uma doença, ou um conjunto de doenças, que se caracteriza pelo aumento da glicose na circulação sanguínea, ou seja, a hiperglicemia. Esse aumento ocorre porque a insulina, hormônio responsável pela absorção da glicose pelas células, deixa de ser produzida pelo pâncreas, é produzida de forma insuficiente ou não funciona adequadamente (WIDMAN; LADNER, 2002).

Para a Sociedade Brasileira de Diabetes (2000, p. 4), a Diabetes *Mellitus* (DM) é “uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas”.

Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS, 2007), diabetes é uma doença crônica, caracterizada por uma concentração altamente anormal de glicose ou açúcar no sangue. É produzida porque há uma carência ou uma má utilização de insulina, hormônio produzido no pâncreas, indispensável para transformar a glicose dos alimentos em energia.

De fato, o açúcar ou glicose dos alimentos é o principal combustível que o organismo do indivíduo utiliza como energia para realizar todas suas funções, isto é, pensar, respirar, contrair o coração. Quando falta a insulina ou esta se produz em quantidade suficiente, mas existem problemas no organismo, o açúcar não pode entrar nas células e se acumula no sangue, produzindo hiperglicemia. Esta

hiperglicemia ou elevação do açúcar é o que caracteriza a diabetes (OPAS/OMS, 2007).

Assim, a alimentação, a atividade física e os medicamentos são os pilares básicos do tratamento da diabetes. Para manter os níveis de açúcar no sangue dentro da normalidade – de 80 a 115 mg/dl em jejum, a pessoa necessita: um plano de alimentação específica manter-se fisicamente ativa, tomar seus medicamentos, segundo o indicado pelo médico, e verificar, frequentemente, o nível de açúcar no sangue (OPAS/OMS, 2007).

A educação permite à pessoa com diabetes compreender e administrar corretamente seu tratamento.

Ainda conforme a OPAS/OMS (2007), a diabetes é uma doença que dura por toda a vida. Apesar disso, é possível controlá-la, se a pessoa assumir a responsabilidade de seu próprio tratamento. O sucesso do tratamento depende, principalmente, da capacidade e do desejo próprio do paciente de cumprir as indicações de seu tratamento: aderir a um plano de alimentação, realizar exercícios regularmente e tomar seus medicamentos. Neste caso, uma pessoa que tem diabetes pode levar uma vida normal e prevenir as complicações da doença.

5.2 Tipos de diabetes

Os principais tipos de diabetes são, conforme a FID (2011), são:

- **Tipo 1:** é uma doença autoimune que destrói as células produtoras de insulina do pâncreas. Representa de 3 a 5% do total de casos de diabetes no mundo. Desenvolve-se com mais frequência em crianças e jovens adultos, mas pode aparecer em qualquer idade. As pessoas com diabetes tipo 1 sempre dependem das injeções de insulina para sobreviver. Dezenas de milhares de crianças e jovens adultos morrem a cada ano por falta de insulina, que lhes salvaria a vida. Ainda não existe uma terapia provada e ao alcance de todos para prevenir ou curar a diabetes tipo 1.

- **Tipo 2:** é causada por uma combinação de resistência à insulina e deficiência deste hormônio. Representa 95% ou mais do total de casos de diabetes no mundo.

Ela costuma produzir-se, com mais frequência, em pessoas de meia idade ou já mais velhas, mas está apresentando-se cada vez mais em crianças, adolescentes e jovens adultos com sobrepeso. Afeta especialmente as pessoas em idade produtiva. As pessoas com diabetes tipo 2 podem tratar-se com comprimidos, mas muitas também necessitam de injeções de insulina. A diabetes tipo 2 é causa principal de doença cardíaca e outras complicações. Pode-se prevenir ou retardar notavelmente através de intervenções simples e economicamente eficientes.

- **Diabetes Gestacional (DMG):** é uma intolerância à glicose, que aparece ou se detecta pela primeira vez durante a gravidez. A DMG afeta pelo menos uma de cada 25 gravidez no mundo. Uma DMG não diagnosticada ou inadequadamente tratada pode provocar um bebê maior do que o normal, o que aumenta o índice de mortes de mães e crianças, e de anormalidades fetais. As mulheres com DMG e os bebês nascidos delas correm um maior risco de desenvolver diabetes tipo 2 com o passar do tempo.

5.3 Adesão ao tratamento medicamentoso

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007) define adesão ao tratamento como o cumprimento do mesmo; isto é, tomar a medicação de acordo com a dosagem do programa prescrito; e a persistência, tomar a medicação ao longo do tempo. Nos países desenvolvidos, somente 50% dos pacientes crônicos cumprem com seu tratamento; cifras que inclusive se incrementam ao se referir a determinadas patologias com uma alta incidência.

Tradicionalmente se usa o termo “cumprimento” para definir o grau no qual o paciente segue as recomendações do médico prescritor. Este termo tem sido questionado, já que, para muitos, parece implicar que o paciente tem um papel passivo em seu tratamento, limitando-se a tomar o medicamento tal e como lhe foi prescrito pela Información Farmacoterapéutica de la Comarca (INFAC, 2011).

Já o termo “descumprimento” põe culpa no paciente por falhar na hora de seguir as instruções médicas. Atualmente, prefere-se ao termo “adesão”, definido como o grau que resulta na soma do verdadeiro cumprimento com a persistência, ou seja, do

grau na qual o comportamento do paciente coincide com as recomendações concordadas entre o médico e o paciente (INFAC, 2011).

Portanto, ressaltam-se tanto a participação ativa do paciente como a responsabilidade do médico para criar um clima de diálogo, que facilite a tomada de decisões compartilhadas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) considera a falta de adesão aos tratamentos crônicos e suas consequências negativas clínicas e econômicas um tema prioritário de saúde pública.

Para Palop e Martínez (2004), a falta de eficácia do tratamento pelo descumprimento faz com que o médico, que na maioria das vezes desconhece este fato, não possa avaliar com clareza a utilidade do tratamento, e pensa que o diagnóstico e/ou o tratamento não sejam corretos. Nesta circunstância, o paciente pode ser submetido a provas complementares desnecessárias, a doses mais altas das habituais ou a tratamentos mais agressivos, o que produz um aumento de riscos para o paciente.

5.3.1 Fatores que influenciam na adesão

As situações, nas quais se pode observar uma falta de adesão ao tratamento medicamentoso, são diversas. Algumas são consequências de atos involuntários, como esquecimento ou confusão (falta de adesão não intencional), mas o paciente também pode deixar de tomar o medicamento voluntariamente (falta de adesão intencional), por temor a diversas reações, percepção de ausência de melhora ou de cura sem terminar o tratamento, acreditando que a medicação é desnecessária ou excessiva (INFAC, 2011).

Conforme Palop e Martínez (2004), em geral, a adesão ao tratamento se avalia através de uma variável binária (cumpridor/não cumpridor ou adesão/não adesão), mas são muitos os critérios utilizados para descrever as características da adesão dos pacientes ao tratamento prescrito. Para os autores, o descumprimento ao tratamento se divide em: *parcial*, quando o paciente adere ao tratamento em alguns momentos; *esporádico*, se o indivíduo descumpre ocasionalmente; *sequencial*, no

qual o tratamento é interrompido durante períodos de tempo, quando se sente melhor, mas o retoma quando reaparecem sintomas; *bata branca*, somente se adere na ocasião de uma visita médica; *completo*, se o abandono do tratamento é de forma indefinida.

Já para a OMS (2004), a adesão terapêutica é um fenômeno multidimensional determinado pela ação recíproca de cinco conjuntos de fatores, denominados “dimensões”, dos quais os fatores relacionados com o paciente são somente uma determinante. As cinco as dimensões Interatuantes que influenciam na adesão terapêutica são: fatores socioeconômicos; fatores relacionados com o tratamento, fatores relacionados com o paciente, fatores relacionados com a doença; e, fatores relacionados com o sistema ou a equipe de assistência sanitária.

A capacidade dos pacientes para seguir os tratamentos com sucesso, em geral, é comprometida com frequência por algumas barreiras. As intervenções para promover a adesão requerem vários componentes para superar estas barreiras e os profissionais da saúde devem seguir um processo sistemático para avaliar todas as barreiras possíveis.

A OMS (2004) explica que, apesar das intervenções, a causa da persistência do problema da adesão terapêutica é sua execução. As cinco dimensões devem ser consideradas em uma exploração sistemática dos fatores que influenciam sobre a adesão e as intervenções dirigidas a melhorá-la. No entanto, tem-se demonstrado que muitas intervenções – educação no autocuidado; programas de gestão de farmácias; os protocolos de intervenção para enfermeiros (as), farmacêuticos e outros profissionais não médicos da saúde; a orientação; as intervenções comportamentais, etc. – são efetivas para melhorar significativamente as taxas de adesão terapêutica, mas tem-se insistido em aplicá-las sozinhas.

Neste contexto, é imprescindível identificar quais são os fatores que influem na adesão, o que permitirá planejar estratégias para corrigi-lo e evitar suas graves consequências.

De acordo com a INFAC (2011), é necessário o profissional conhecer a percepção que tem do paciente sobre a doença e o tratamento para aumentar a sua adesão na tomada de decisões. Para isso, recomenda-se: explicar claramente ao paciente sua

doença e os possíveis tratamentos, com seus prós e contras; conhecer o que o paciente espera de seu tratamento; falar e escutar o paciente, sem julgar suas preferências; ajudar o paciente a tomar as decisões, baseando-se nos possíveis riscos e benefícios; aceitar que o paciente pode avaliar de forma diferente os riscos, benefícios e efeitos adversos, e que o paciente, uma vez informado, tenha direito a decidir não tomar os medicamentos; e, procurar que o paciente ou cuidador tenha uma lista atualizada da medicação que toma, assim como de alergias e efeitos adversos.

Caso o paciente decidir não tomar a medicação ou deixar de tomá-la, e isto for considerado prejudicial para ele, deve-se registrar no histórico clínico desta decisão e da informação sobre riscos e benefícios que lhe foi facilitado.

5.3.2 Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso para diabetes

Na atualidade, não existe um método único que seja considerado de referência para medir a adesão, por isso devem ser utilizados vários deles, com o objetivo de encobrir as insuficiências que todos possuem.

Os métodos disponíveis para medir a adesão ao tratamento, conforme Palop e Martínez (2004) classificam-se em: *métodos objetivos diretos*, que se baseiam na determinação do medicamento, de seus metabolismos ou de substâncias trazidas em algum fluido biológico, frequentemente sangue e urina; *métodos objetivos indiretos*, que avaliam o descumprimento a partir de circunstâncias que se relacionam com ele e com o grau de controle da doença (recontagem de comprimidos, avaliação das visitas à enfermaria para recolher receitas, etc.); métodos subjetivos, que avaliam as condutas e os conhecimentos sobre a doença e o tratamento que os pacientes têm. São econômicos e os mais adequados quando a população a ser avaliada é grande, no entanto, são considerados pouco objetivos, já que a informação utiliza vem do próprio paciente, de um familiar, ou do médico, o que faz que, em geral, superestimem a adesão ao tratamento (juízo do médico, técnicas de entrevista, questionários, etc.).

6 PROPOSTA DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Conforme Armani (2000, p. 18), o projeto de intervenção é “uma ação social planejada, estruturada em objetivos, resultados e atividades, baseados em uma quantidade limitada de recursos [...] e de tempo”.

A proposta do plano de intervenção é destinada aos pacientes portadores de diabetes mellitus da área de abrangência do Bairro Bom Jardim, no município de Ipatinga – MG foi elaborada utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), de acordo com Campos; Faria e Santos (2010).

O PES, a partir de seus fundamentos e métodos, propõe o desenvolvimento do planejamento comum do processo participativo. Sendo assim, possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo. Essa participação enriquece o processo de planejamento, criando corresponsabilidade dos atores com efetivação do plano de ação, dando mais legitimidade e, mesmo, viabilidade política ao plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 27-28).

Um conceito básico para a elaboração de uma análise situacional num processo de planejamento é o conceito de problema que pode ser entendido com uma situação inaceitável e discrepante com o ideal desejado, porém com possibilidade de transformação para o almejado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Primeiro Passo: definição dos problemas

Inúmeros problemas foram detectados por meio do diagnóstico situacional, como:

- Boa parte da população adscrita com algum problema de saúde;

- Número elevado de usuários portadores de DM e HAS
- Uso incorreto de medicação;
- Número elevado de acamados;
- Dificuldade em encontrar medicação na UBS;
- Consultas com especialistas de difícil acesso;
- Falta de estrutura organizacional (período de transição)
- Profissionais em número insuficiente para atender usuários;

Todos os problemas citados acima são importantes e merecedores da atenção da equipe, mas o que tem chamado a atenção da equipe é aumento na equipe por serviço de urgência e emergência por pacientes portadores de DM, decorrente de complicações da doença, aumento número de acamados devido complicações doença e debilitados na área de abrangência. Este fato tornou-se um problema devido a sua importância e as eventuais complicações que são advindas da falta de informação sobre a doença. A autora ficou sensibilizada e deseja sanar esta dificuldade enfrentada pelos usuários e familiares por meio de um curso de capacitação.

E para atingir o objetivo proposto, optou por elaborar uma proposta de intervenção seguindo o modelo apresentado no Módulo de Planejamento e avaliação das Ações de Saúde de autoria de Campos; Faria e Santos (2010).

6.2 Segundo Passo: priorização do problema

Dentre os muitos problemas levantados na área de abrangência foi priorizado a baixa adesão ao tratamento medicamentoso para diabetes. No quadro 1 apresenta os principais problemas, sua importância (significa o grau de importância na comunidade: alta, média e baixa), urgência (quanto mais alto é o número maior é o

grau de urgência), capacidade de enfrentamento da equipe (fora, dentro ou parcial) e a seleção considerando a prioridade que a equipe estabeleceu para cada problema identificado) (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe verde do Programa Saúde da Família – PSF Bom Jardim – Ipatinga-MG.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Boa parte da população adscrita com algum problema de saúde.	Alta	3	Parcial	2
Baixa adesão tratamento medicamentoso para diabetes	Alta	5	Parcial	1
Número elevado de acamados	Alta	2	Fora	7
Número elevado de usuários portadores de DM e HAS	Alta	3	Fora	5
Dificuldade em encontrar medicação na UBS	Alta	3	Fora	6
Consultas com especialista de difícil acesso	Alta	3	Parcial	3
Profissionais em número insuficiente para atender usuários	Alta	3	Fora	8
Falta de estrutura na unidade (período de transição)	Alta	3	Fora	4

*Total de pontos distribuídos: 25

6.3 Terceiro passo: descrição do problema

Quadro 2 - Descritores do problema baixa adesão tratamento medicamentoso para diabetes – Equipe verde do Programa de saúde da Família – PSF Bom Jardim – Ipatinga-MG.

Descritores do problema baixa adesão tratamento medicamentoso para DM.		
Descritores	Valores	Fontes
Diabéticos cadastrados	280	SIAB e FICHA A
Diabéticos acompanhados pela unidade de saúde	280	FICHA A e SIAB
Complicações de problemas cardiovasculares	100	SIAB, relatório de visita da equipe
Internações por causas cardiovasculares	58	SIAB e registro da equipe
Óbitos por causa cardiovasculares	9	SIAB e registro da equipe

6.4 Quarto passo: explicação do problema

“Tem como objetivo entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.63).

Os critérios para a escolha do problema foram estudos feitos na análise de dados de 2011 do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2011); Aumento demanda equipe atendimento de urgência e emergência por pacientes portadores de DM, dados FICHA A e através de registro da equipe, constatou-se um número elevado de pacientes portadores de diabetes cadastrados no programa HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos) com registro de hospitalizações que apresentavam complicações da doença e baixa adesão ao tratamento medicamentoso para diabetes.

6.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

A baixa adesão dos portadores de DM ao tratamento medicamentoso está relacionado a falta de conhecimentos sobre a doença que é o problema priorizado pode resultar numa assistência inadequada ao paciente agravando seu estado de saúde, como também pode gerar ao paciente e família angústia, ansiedade, insegurança e stress por sentirem inseguros para exercerem os cuidados com relação a prevenção de complicações. Resumindo foram detectados os seguintes nós críticos:

- Nível de informação e conhecimento (baixa escolaridade, dificuldade de entender, profissionais pouco qualificados);
- Pressão social (desemprego e violência);
- Hábitos e estilo de vida;
- Estrutura do serviço de saúde;
- Assistência prestada ao portador da doença de qualidade ruim;
- A dimensão do problema envolve o processo de trabalho da equipe, com relação à pessoa portadora de DM, que não é assistida e acompanhada como deveria ser.

Optei por tentar solucionar dois nós críticos o primeiro e o último porque são geradores dos demais nós.

6.6 Sexto passo: proposta de operações para resolução dos “nós críticos”

- Reunião com os portadores de DM e familiares para fazer o levantamento das dificuldades encontradas em lidar com a doença.
- Análise pela equipe das dificuldades encontradas relatadas pelos pacientes e familiares.

- Elaboração do planejamento do projeto de capacitação e discussão em equipe.
- Apresentação e discussão do projeto pela autora ao gestor.
- Implementação do projeto se for necessário.
- Convite aos portadores de DM para comparecerem na Unidade de Saúde sob a responsabilidade dos agentes comunitários de saúde para participarem da capacitação.
- Acolhimento dos portadores de DM e familiar pela equipe e apresentação de todos os participantes por meio de dinâmica de grupo.
- Discussão da programação e fechamento do contrato de participação.
- Apresentação de vídeos e orientações básicas sobre DM, tratamento e complicações sob a responsabilidade do médico e enfermeira da equipe.
- Avaliação do processo de capacitação por todos.
- Avaliação e monitoramento dos resultados da capacitação pela equipe.
- Organização da agenda da equipe para contemplar os grupos de trabalho aos pacientes portadores de DM, visita domiciliar aos acamados e/ou debilitados.

Quadro 3 – Propostas de operações para resolução dos nós críticos.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Nível de informação	Mais conhecimento Aumentar o nível de informação dos pacientes sobre aumento adesão tratamento medicamento para diabetes	Portadores de DM, família e população mais informados sobre doença e aumento adesão tratamento medicamento para diabetes Melhoria na assistência	Portadores de DM com baixa adesão ao tratamento medicamentoso e mais informados e capazes aderir tratamento e cuidados com a doença e, em consequência, melhoria da qualidade de vida	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicações pedagógicas Político: articulação com o gestor Organizacional: organização da agenda para realizar a capacitação. Financeiros: para a aquisição de

		que é prestada		recursos audiovisuais.
Estrutura dos Serviços de Saúde.	<p>Cuidar melhor do portador de DM com baixa adesão tratamento medicamentoso para DM</p> <p>Melhorar a estrutura do serviço de saúde para o atendimento dos portadores de DM</p> <p>Monitorar mensalmente a assistência que é prestado ao portador de DM.</p>	<p>Sistematização da realização da capacitação nos grupos operativo e em visita domiciliar aos portadores de DM pela equipe.</p> <p>Monitoramento da assistência que é prestado.</p>	<p>Serviço estruturado para atendimento do portador de DM</p> <p>Cuidado que é prestado monitorado mensalmente</p>	<p>Organizacional: organização da agenda para realizar a capacitação.</p> <p>Político: articulação com o gestor</p> <p>Financeiros: para a aquisição de recursos audiovisuais.</p>

6.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Segundo, Campos; Faria e Santos (2010), a identificação dos recursos físicos em um plano de intervenção é um passo muito importante porque para a sua viabilidade é essencial que a equipe conheça esses recursos para elaborar estratégias para que possa viabilizá-los.

Quadro 4 - Identificação dos recursos críticos.

Operação/Projeto	Recursos críticos
<p>Cuidar melhor do portador de DM com baixa adesão no tratamento medicamentoso para DM</p> <p>Melhorar a estrutura do serviço de saúde para o atendimento dos portadores de DM</p>	<p>Político – conscientizar gestão sobre importância do projeto.</p> <p>Financeiro – recurso necessário para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).</p> <p>Organizacional – equipe preparada para atendimento ao portador de DM..</p>
<p>Mais conhecimento</p> <p>Aumentar o nível de informação dos pacientes com baixa adesão tratamento medicamentoso para diabetes..</p>	<p>Financeiro - para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p> <p>Organizacional – mobilização dos portadores de DM com interesse em aumentar o conhecimento.</p>

6.8 Oitavo passo: análise da viabilidade do plano

Ao discutir a elaboração do plano de intervenção foi necessário levantar todos os recursos necessários, pois o autor não controla previamente todos os recursos necessários para alcançar os objetivos almejados. Ele necessita de parceiros, pessoas e/ou órgãos que vão cooperar mutuamente para a operacionalização do plano respeitando as funções delegadas consensualmente. O que deve ser observado é a motivação de cada pessoa e se necessário usar estratégias para melhorar o nível de motivação. Neste sentido as pessoas responsáveis pelas ações dos dois projetos: **Cuidar Melhor do portador de DM e Mais conhecimento** são:

- Agente comunitário de saúde – ACS
- Enfermeira e médico
- Auxiliar de enfermagem
- Gerente da Unidade de Saúde
- Secretária de Saúde

Todos os atores mostraram que estão favoravelmente motivados para a implantação do plano de ação.

6.9 Nono passo: elaboração do plano operativo

A equipe de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF) do bairro Bom Jardim, juntamente com gerente, irão desenvolver o projeto com objetivo de capacitar os portadores de DM da área de abrangência da equipe verde do bairro Bom Jardim.

Os portadores de DM serão convidados pelos agentes comunitários para a reunião com enfermeira, médico e auxiliar de enfermagem para exposição do projeto, levantamento das dificuldades encontradas pelos mesmos no dia-a-dia. Em seguida serão agendadas reuniões de capacitação na UBS.

Recursos necessários:

- Recursos humanos – citados acima
- Recursos materiais:
 - De *consumo*: papéis, canetas, pastas e outros;
 - *Permanentes*: mesa, cadeiras, computador, telefone e outros. Serão utilizados da Unidade.
- Recursos financeiros:

Será necessário para colocar o projeto em ação que a Secretaria Municipal de Saúde assuma o compromisso de financiar o lanche para reuniões de capacitação e confeccione o material didático que será entregue aos participantes.

Quadro 5 - Cronograma de execução do curso de capacitação dos portadores de DM com baixa adesão no tratamento medicamentos

Momentos	Prazo
Estruturação do Grupo de Trabalho	1 mês
Reunião com os portadores de DM levantamento das dificuldades encontradas no cuidado	15 dias
Avaliação das dificuldades e planejamento da capacitação	1 mês
Planejamento da capacitação	1 mês
Apresentação do projeto para gestão	15 dias
Capacitação dos portadores de DM	3 meses (1 encontro por semana)
Monitoramento dos cuidados domiciliares prestado aos idosos	5 meses (através de visita domiciliar mensal)

6.10 Décimo passo: plano de gestão

Esse momento terá como objetivo desenhar um modelo de gestão do plano de ação e discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Quadro 6 – Descrição das etapas de um plano de intervenção

Nó crítico-situação problema	Ações	Resultado esperado	Recurso a ser consumido	Prazo/responsável	Ator envolvido	Operação estratégica
Pacientes com baixa adesão ao tratamento medicamentoso para diabetes	<p>Levantamento do nº de pacientes portadores de DM da área de abrangência;</p> <p>Avaliação dos portadores de DM;</p> <p>Reunião com pacientes e familiares e proposta de capacitação;</p> <p>Capacitação dos pacientes portadores de DM;</p> <p>Monitoramento de melhorias da assistência prestada aos pacientes</p>	<p>Melhoria da qualidade de vida dos portadores de DM;</p> <p>Pacientes e família mais capacitados para cuidados com doença e complicações.</p>	<p>Recursos humanos;</p> <p>Recursos materiais;</p> <p>Recursos financeiros.</p>	<p>9 meses</p> <p>Responsável – equipe de saúde do PSF Bom Jardim</p>	<p>ACS</p> <p>Enfermeira</p> <p>Auxiliar de enfermagem</p> <p>Médico</p> <p>Gerente da UBS</p>	<p>Convite aos portadores de DM;</p> <p>Dinâmica de grupo;</p> <p>Vídeos sobre os assuntos abordados;</p> <p>Distribuição de certificado para participantes.</p>

	s portadores de DM.					
--	---------------------	--	--	--	--	--

Quadro 7 - Plano operativo da Equipe de Programa de Saúde da Família – PSF Bom Jardim

Operações/Projetos	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<p>Cuidar Melhor do portador de DM</p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos pacientes acamados e/ou debilitados.</p>	<p>Aumentar a qualidade do serviço prestado pela equipe de saúde aos portadores de DM</p>	<p>Programa mensal da agenda.</p>	<p>Apresentação do projeto à equipe.</p>	<p>Equipe PSF</p>	<p>1 mês após aprovação do projeto.</p>
<p>Mais conhecimento</p> <p>Aumentar o nível de informação dos portadores de DM sobre a doença e complicações</p>	<p>Pacientes e família mais informados sobre a doença e cuidados ao tratamento.</p> <p>Diminuição do número de complicações na saúde do paciente devido a falta de informação</p>	<p>Avaliação do nível de informação dos pacientes portadores de DM.</p> <p>Realizar reuniões semanalmente com o grupo de pacientes portadores de DM por 2 meses</p>	<p>Mostrar para pacientes e família benefícios da capacitação.</p>	<p>Equipe PSF</p>	<p>1 mês após aprovação do projeto.</p> <p>1 mês após avaliação dos pacientes</p>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho abordou o tema - saúde do portador de DM com baixa adesão ao tratamento medicamentoso e suas necessidades de cuidados especiais quando debilitados ou acamados, necessitando assim de mais informação de como lidar com doença, tratamento e prevenção de complicações.

O estudo revela que a área de abrangência da equipe verde do bairro Bom Jardim é formada por grande número de portadores de DM e que muitos necessitam de muitos cuidados especiais a respeito de como lidar com a doença. Assim se torna importante a criação de um curso de capacitação para os portadores de DM, com objetivo de melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso, consequentemente aumentando a qualidade de vida dos portadores da doença.

O portador da doença bem capacitado tem condições de prestar o cuidado a si próprio e com o próximo de forma individualizada, a partir de seus conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e suas necessidades.

Uma atenção contínua e eficaz para a saúde e o bem-estar da população portadora de DM requer diferentes níveis de intervenção dos serviços de saúde, adequados às distintas fases da enfermidade e ao grau de incapacidades. A assistência a pessoa portadora de diabetes deve estar baseada, em uma atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna. A equipe de saúde estar organizada para prestar uma assistência humanizada ao portador de diabetes e sua família, bem como acompanhar e monitorar o paciente orientando-o em suas dificuldades.

Espera-se que este plano de ação, possa contribuir para a produção de um conhecimento que possibilite o desenvolvimento de práticas holísticas, reflexivas e capazes de subsidiar a assistência do portador de diabetes, além de construir um conhecimento compartilhado para uma assistência mais adequada.

REFERÊNCIAS

ARMANI, Domingos. Como elaborar projetos? Guia prático para elaboração e gestão de projetos sociais. Porto Alegre, Tomo/AMENCAR, 2000, *apud* . STEPHANOÚ, L.; MULLER, L.H.; CARVALHO, I.C.M. **Guia para a elaboração de projetos sociais**. Porto Alegre. Editora Sinodal e Fundação Luterana de Diaconia. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica: Normas e Manuais Técnicos**. (Cadernos de Atenção Básica, 15, Série A). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006b.

BRAMLAGE, p.; HASFORD, J. Blood Pressure reduction, persistence and costs in the evaluation of antihypertensive drug treatment – a review. **Cardiovascular Diabetology**, v. 18, n.8, p.1.13, 2007.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON. UFMG. Belo Horizonte. 2010

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES –FID. **Plano Mundial contra a diabetes 2011-2021**. Disponível em: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>. Acesso em Set./2013.

INFAC – INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE LA COMARCA. **Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas**. Vol 19, n. 1, 2011. Disponível em: http://www.euskadi.net/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/infac_v19_n1.pdf. Acesso em Set./ 2013

PALOP, L. V.; MARTÍNEZ, M, I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. In: **Informacion Terapeutica del Sistema Nacional de Salud**, v. 28, n. 5-2004. Disponível em: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf. Acesso em Set./ 2013.

PREFEITURA DE IPATINGA

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- OPAS/OMS - **Manual para educadores em Diabetes Mellitus**. Disponível em: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/75fdaca24167f51ae04001011f016991.pdf>. Acesso em Set./2013.

SÁNCHEZ, O. R. Estrategias para mejorar la adherencia terapêutica en patologias crônicas. In: **Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud**, v. 29, n. 2, 2005. Disponível em:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES SBD –. **Consenso brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003.

WIDMAN, Simon; LADNER, Estela. **Diabetes**. São Paulo: Senac, 2002.