

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FORMAÇÃO PEDAGÓGICA PARA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE – CEFPEPS**

LUIZ HENRIQUE PRADO COELHO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: EDUCAÇÃO DE PACIENTES COM DIABETES
MELLITUS TIPO II PARA O MANEJO DE HIPOGLICEMIANTES ORAIS**

CONFINS – MINAS GERAIS

2015

LUIZ HENRIQUE PRADO COELHO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: EDUCAÇÃO DE PACIENTES COM DIABETES
MELLITUS TIPO II PARA O MANEJO DE HIPOGLICEMIANTES ORAIS**

Trabalho de conclusão apresentado ao curso de especialização em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde - CEFPEPS, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Professora Dra. Célia Maria de Oliveira

CONFINS – MINAS GERAIS

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

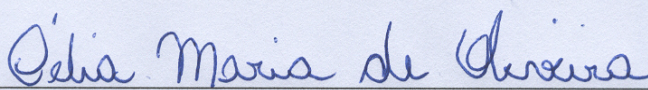
COELHO, LUIZ HENRIQUE PRADO
PROJETO DE INTERVENÇÃO: EDUCAÇÃO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO II PARA O MANEJO DE HIPOGLICEMIANTE ORAIS [manuscrito] / LUIZ HENRIQUE PRADO COELHO. - 2015.
35 f.
Orientador: Célia Maria de Oliveira.
Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde
1.Diabetes Mellitus. 2.Ação Educativa. 3.Atenção Primária. 4.Medicamentos Hipoglicemiantes. I.Oliveira, Célia Maria de. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

Luiz Henrique Prado Coelho

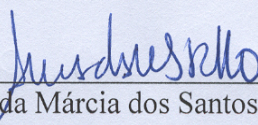
**EDUCAÇÃO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO II PARA O
MANEJO DE HIPOGLICEMIANTE ORAIS**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Célia Maria de Oliveira (Orientadora)



Profa. Dra. Amanda Márcia dos Santos Reinaldo

Data de aprovação: **27/06/2015**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a todos os pacientes que contribuíram para que este trabalho tomasse consistência.

Ao apoio fundamental de Leonardo de Souza Malverde, amigo-irmão que, com sua sabedoria e dedicação, me auxiliou na formulação desse trabalho.

A prof^ª. Dr^ª. Amanda M. dos Santos Reinaldo por ser uma referência, uma mestra durante a formação na pós graduação em formação pedagógica em saúde – CEFPEPS. Meus sinceros agradecimentos!

A prof^ª. Dr^ª. Célia Maria de Oliveira pelo apoio durante suas orientações.

Ao carinho e dedicação imensuráveis de Carla Guañabéns que nunca me deixou desistir dos meus objetivos. Seu amor me inspira e me mostra que ao seu lado posso sempre mais!

DEDICATÓRIA

Dedico mais esse trabalho a minha mãe Maura Prado, criatura de luz e amor incondicional,
ao seu lado, vejo ainda que tenho muito a crescer na vida.

RESUMO

O Diabetes Mellitus é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo que compromete diretamente a qualidade de vida dos pacientes, culminando em uma taxa de morbimortalidade elevada se não acompanhado corretamente. A falta de informação sobre a doença, o desconhecimento sobre a importância da medicação anti-diabética associada a níveis glicêmicos elevados motivaram o desenvolvimento deste projeto de intervenção, que tem como o objetivo: a educação dos pacientes diabéticos para administração de medicamentos orais. Será desenvolvida atividade em grupo, pois esta estratégia mostra-se apropriada para realizar propostas educativas, na perspectiva emancipadora, permitindo a interação ativa dos sujeitos e dos profissionais na elaboração de novos conhecimentos para a adesão ao autocuidado. Espera-se que os Diabéticos da unidade de saúde em questão possam se conscientizar da importância desse autocuidado e do tratamento regular de sua patologia para alcançar uma qualidade de vida.

Palavras chave: Diabetes Mellitus, Ação Educativa, Atenção Primária, Medicamentos Hipoglicemiantes.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a major public health problem in Brazil and worldwide which directly affects the quality of patients' life, resulting in a high mortality rate if not followed properly. The lack of information about the disease and the unfamiliarity with the importance of anti-diabetic medication associated with elevated blood glucose levels led the development of this intervention project, which has as goal: the education of diabetic patients for oral medication administering. It will be developed group activity, as this strategy proved to be appropriate to carry out educational proposals, in the emancipatory perspective, allowing the active interaction of subjects and professionals in the development of new knowledge to adherence to self-care. It is expected that the concerned health unit Diabetics can become aware of the importance of self-care and regular treatment of their condition to achieve a quality of life.

Key-word: Diabetes Mellitus, Educational Action, Primary Care, Hypoglycemic Agents

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População adscrita e o número de famílias cadastradas na micro-área da equipe de saúde da ESF Kwait no Município de Sete Lagoas/MG, 2015.

Tabela 2 - Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de Diabetes Mellitus e seus estágios pré-clínicos.

Tabela 3 - Principais problemas enfrentados pela equipe de saúde da ESF Kwait no Município de Sete Lagoas/MG, 2015.

Tabela 4 - Desenho de operações para os “nós” críticos para a população Diabética cadastrada na ESF Kwait no Município de Sete Lagoas/MG, 2015.

Tabela 5 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento do Diabetes Mellitus na ESF Kwait no Município de Sete Lagoas/MG, 2015.

Tabela 6 - Análise de viabilidade do plano de intervenção para enfrentamento do Diabetes Mellitus na ESF Kwait no Município de Sete Lagoas/MG, 2015.

Tabela 7 - Cronograma de operacionalização da proposta para enfrentamento do Diabetes Mellitus na ESF Kwait no Município de Sete Lagoas/MG, 2015.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ESF - Estratégia Saúde da Família

DM II - Diabetes Mellitus tipo II

OMS - Organização Mundial de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

DM - Diabetes Mellitus

WHO - World Health Organization

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes

ADA - Associação Americana de Diabetes

HbA1c - Hemoglobina Glicada

CEFPEPS - Curso de Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 objetivos específicos	16
3. JUSTIFICATIVA	17
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
5. PERCURSO METODOLÓGICO	23
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	24
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
8. REFERÊNCIAS	31

1. INTRODUÇÃO

Trabalho junto a Estratégia Saúde da Família (ESF) como enfermeiro da unidade do Kwait, na cidade de Sete Lagoas. Este município é composto por 214.152 habitantes, com área territorial de 537.639 km², 72 estabelecimentos de saúde do SUS, um IDH de 0,760 e um PIB per capita de 27.539,62 reais (IBGE, 2010).

A ESF Kwait abrange uma parte do bairro Luxemburgo I. Isto ocorre devido ao grande contingente populacional e territorial deste bairro, que ultrapassam o número de habitantes permitido para uma unidade de Saúde, segundo o Ministério da Saúde. Desta forma, algumas ruas do bairro Luxemburgo são cobertas por outra ESF. Esta unidade ainda abrange uma zona rural conhecida como Cata-vento. Possui uma população adscrita de 2.865 mil habitantes, sendo 736 famílias cadastradas na ESF Kwait. É dividida em 07 micro-áreas de abrangência, sendo 06 delas urbanas e 01 rural (Cata-vento).

Abaixo, pode ser observada a população adscrita e o número de famílias em relação às micro-áreas de referência.

Tabela 1 – População adscrita e o número de famílias cadastradas na micro-área da equipe de saúde da ESF Kwait, do Bairro Luxemburgo, Município de Sete Lagoas/MG, 2015.

MICRO-ÁREAS	NÚMERO DE FAMÍLIAS CADASTRADAS	NÚMERO DE PESSOAS CADASTRADAS
Micro área 01	116	445
Micro-área 02	117	444
Micro-área 03	98	440
Micro-área 04	116	435
Micro-área 05	114	502
Micro-área 06	112	401
Micro-área 07	63	198
TOTAL	736	2865

Durante a realização das atividades, percebi a dificuldade dos pacientes com Diabetes Mellitus tipo II (DM II) para a auto-administração dos hipoglicemiantes orais. É frequente, que estes pacientes apresentem valores glicêmicos alterados, mesmo realizando o acompanhamento através de consultas médicas periódicas. A partir dessa situação, surgiu o seguinte questionamento: Quais as dificuldades dos pacientes com DM II para realizar o uso medicamentoso correto?

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2005), as doenças crônicas de saúde estão em franco crescimento por todo mundo. Essas patologias referem-se às doenças não transmissíveis, exigindo tratamento contínuo, principalmente com mudança no estilo de vida, podendo causar uma perda na qualidade de vida e afeta as pessoas que vivem junto ao paciente.

O Sistema Único de Saúde (SUS) investiu quantias elevadas em saúde pública, tanto em assistência ambulatorial quanto hospitalar para pacientes com doenças crônicas em 2002 e mesmo assim houve aumento dessas patologias. Essa elevação está relacionada, principalmente, ao modelo direcionado para tratamento de pacientes que apresentam patologias agudas. Nos países em desenvolvimento, que possuem foco em saúde para doenças agudas infecciosas, desnutrição e saúde materna, a mobilização de políticas para tratar doentes crônicos é deficiente e tardia (MENDES 2006; WHO, 2003b).

Os gastos em saúde pública se elevam consideravelmente quando o tratamento de patologias crônicas é negligenciado. Entretanto, o impacto vai além das questões financeiras, emaranhando-se com questões políticas, governamentais, interpessoais, assistência em saúde entre outros pontos que estão interligados em uma rede complexa de assistência (WHO, 2003b). Dentre as patologias crônicas, destaca-se neste estudo, o Diabetes Mellitus (DM).

Para o Ministério da Saúde (2006), o DM é um grave problema de saúde pública no Brasil, comprometendo diretamente a qualidade de vida dos pacientes, com transtornos associados às suas atividades diárias, culminando em uma taxa de morbimortalidade elevada se não acompanhada corretamente.

Sua prevalência abrange proporções mundiais, acarretando elevado valor econômico assim como social. Segundo avaliações, o número de diabéticos no mundo em 2000 era de aproximadamente 177 milhões, com estimativa de atingir até 333 milhões em 2025. Outra característica epidemiológica da Diabetes é que sua incidência vem aumentando nos países pobres e em desenvolvimento (GIDF, 2006). Para o Brasil, as projeções para 2025 são de 11 milhões de Diabéticos, o que representará mais que o dobro da atual população de cinco milhões (IDF, 2002).

A quantidade de pacientes diabéticos está aumentando proporcionalmente ao crescimento populacional e ao aumento da longevidade, da maior industrialização, da elevação da obesidade e sedentarismo, além da maior sobrevivência de pacientes com DM (SBD, 2014).

Por apresentar alta prevalência e associação a morbimortalidades, a DM II requer uma atenção especial, que pode ser alcançada através de um estilo de vida saudável associado ao tratamento medicamentoso regular. Entretanto, apesar da comprovada efetividade do tratamento, a manutenção do controle glicêmico dentro dos níveis desejáveis ainda é insatisfatória. Essa problemática é resultado, em grande parte, da falta de adesão ao tratamento por meio dos hipoglicemiantes orais. Fato alarmante, uma vez que não acarreta ônus somente ao paciente, mas também um aumento nos gastos diretos e indiretos para a saúde pública e para a sociedade (ARAÚJO *et al.*, 2010).

O conhecimento por parte dos pacientes sobre a importância do uso medicamentoso regular após a descoberta do Diabetes, ainda é deficitária frente à grandiosidade que se deve dar a essa intervenção (GIMENES *et al.*, 2009).

Vários são os fatores que podem influenciar o paciente à adesão à terapia medicamentosa, os quais vão além do simples seguimento à prescrição e englobam aspectos referentes aos serviços de saúde, como o acesso ao medicamento, fatores relacionados ao paciente, como a atenção necessária a cerca da patologia, relação profissional-paciente, com ações empáticas e pontuais frente aos questionamentos levantados, esquema terapêutico, como o rigoroso acompanhamento daquilo que foi solicitado e uma prescrição consciente e adequada a cada paciente e a doença propriamente dita (SBD, 2014).

Para tanto, deve-se realizar a capacitação dos profissionais envolvidos direta e indiretamente com o manuseio medicamentoso e glicêmico aos pacientes diabéticos. O processo de educação em saúde deve ser contínuo e periódico para se criar estratégias das mais diversas possíveis em todas as áreas de ação e assim alcançar um número maior de possibilidades para a adesão desses usuários a tudo aquilo que se faz necessário (GIMENES *et al.*, 2009).

Todavia, alcançar a educação em diabetes em todos os seus aspectos, crenças e entendimentos é uma tarefa desafiadora, uma vez que envolve vários atores que possuem uma visão de mundo diferente e são esses pensamentos, valores e mitos que tornam complexa a arte de despertar o “conhecimento” para essas pessoas. Promover uma quebra de paradigmas enraizados através das práticas educativas emancipadoras é uma tarefa meticulosa e que deve ser contínua (PÉRES *et al.*, 2007).

A adesão ao tratamento medicamentoso exige, impreterivelmente, a interação e a responsabilização de todos os envolvidos. Os diabéticos devem ser os maiores interessados na manutenção da saúde com uma postura ativa em seu tratamento. A participação da equipe multiprofissional, com abordagem holística e multidisciplinar pode facilitar a adesão à terapêutica e gerar um fortalecimento do vínculo do usuário à sua unidade de saúde (RODRIGUES *et al.*, 2006).

As atividades tanto individuais quanto grupais desenvolvidas na educação em saúde e o enfrentamento e a troca de experiências são importantes quando se envolve um cuidado rigoroso e minucioso como na DM II (CAZARINI *et al.*, 2002).

A educação do diabético, o entendimento da patologia e a participação da família, dos profissionais e do próprio paciente são vitais. A educação terapêutica não pode ser encarada como uma simples educação. Esta ação deve propiciar ao paciente a capacidade de administrar seu tratamento de forma melhorada e auxiliá-lo na tradução de sua patologia em especificações dentro da própria rotina de vida, dando a ele maior independência e poder (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Elaborar um projeto de intervenção para a educação dos pacientes diabéticos sobre a administração de medicamentos orais.

2.2 ESPECÍFICOS

- Conscientizar os pacientes sobre a importância dos valores glicêmicos de referência;
- Informar sobre os efeitos terapêuticos e colaterais dos hipoglicemiantes orais.
- Esclarecer as dúvidas sobre as medicações utilizadas.

3. JUSTIFICATIVA

Segundo a OMS (2005), os custos elevados para a saúde relacionados à Diabetes em todo o mundo, principalmente nos países em desenvolvimento, é de aproximadamente 280 bilhões de dólares, sendo grande parte associada a falta de controle glicêmico, principalmente pela baixa adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso.

Esta adesão vai além do cumprimento das determinações dos profissionais de saúde, pois se encarada dessa forma, o paciente perde sua autonomia, sendo excluído das escolhas relacionadas ao cuidado de sua saúde. Dentro do processo de adesão ao tratamento, os pacientes devem ter autonomia e habilidade para discutir com os profissionais de saúde sobre o tratamento a ser realizado, tornando-se co-responsáveis pelo processo de saúde (SANTO *et al.*, 2012).

O consumo irregular de anti-diabéticos orais pode agravar a condição clínica do paciente. Com isso observa-se o aumento de atendimentos, hospitalizações e visitas aos serviços de emergência, devido complicações da doença. Os agravos decorrentes da descompensação do Diabetes acarretam complicações para os pacientes, diminuindo a qualidade de vida e levando a sequelas muitas vezes irreparáveis (SBD, 2014).

Dentre as complicações de um tratamento pouco efetivo, está o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal e os óbitos relacionados ao diabetes (RIZZA, 2006).

Frente às situações levantadas, é necessária que seja prestada uma atenção especial aos pacientes com diabetes no que tange o controle medicamentoso, justificando este trabalho.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A classificação atual da DM, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003b) e Associação Americana de Diabetes (ADA 2013) inclui quatro tipos principais de classes clínicas: DM tipo I e tipo II, outros tipos específicos de DM e a DM gestacional. Além destas, a glicemia de jejum alterada e a tolerância reduzida à glicose são consideradas estados pré-diabéticos.

No DM I observa-se uma destruição das células beta pancreáticas acarretando, dessa forma, uma insuficiência na produção de insulina, hormônio responsável pela entrada de glicose nas células. Este processo ocorre, predominantemente, devido a mecanismos auto-imunes. Entretanto, as situações em que não há evidências de ações imunológicas são referidas como idiopáticas. A classe “outros tipos específicos” inclui defeitos genéticos, doenças no pâncreas dentre outras condições, ao passo que, a DM gestacional é caracterizada por qualquer intolerância à glicose durante a gestação (ADA, 2013).

O DM II é a forma clínica predominante que se caracteriza por defeitos na ação e/ou secreção de insulina. Não há indicadores específicos que contribuem para sua gênese, além de apresentar diferentes mecanismos de resistência insulínica (SBD, 2014).

Este acometimento está interligado a vários fatores como hábitos dietéticos desregrados e não periódicos, a falta de atividade física regular e outros fatores que culminam na obesidade, além do envelhecimento populacional. As complicações relacionadas ao DM tipo 2 podem ser classificadas como agudas (cetoacidose, síndrome de hiperglicemia hiperosmolar e hipoglicemia) e crônicas (nefropatia, retinopatia, doença vascular periférica e neuropatias). Estudos sugerem que as complicações crônicas interferem diretamente na qualidade de vida dos pacientes, diminuem a sua capacidade de trabalho e aumentam a mortalidade (DAVIDSON, 2001). Um dos pontos mais importantes e desafiadores para os profissionais de saúde que lidam com pacientes diabéticos é o controle glicêmico (Araújo *et al.*, 2010). Atualmente são três os critérios aceitos para o diagnóstico de DM com utilização da glicemia (OMS, 2013; SBD, 2014) como observado na tabela 2.

Tabela 2 – Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de diabetes mellitus e seus estágios pré-clínicos.

CATEGORIA	JEJUM*	2H APÓS 75G DE GLICOSE	CASUAL**
Glicemia normal	< 100	< 140	
Tolerância à glicose diminuída	> 100 a < 126	≥ 140 a < 200	
Diabetes mellitus	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (Com sintomas clássicos)***

*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo 8 horas.** Glicemia plasmática casual é aquela realizada a qualquer hora do dia;***Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia e perda não explicada de peso.

Nota: O diagnóstico do DM deve ser sempre confirmado pela repetição do teste em outro dia, amenos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM.

Para a realização do tratamento da DM II incluem-se algumas estratégias como: educação em saúde; modificação de hábitos de vida como atividade física regular, alimentação saudável, manutenção do peso corporal, suspensão do fumo, baixa ingestão alcoólica e uso medicamentoso, variando de acordo com o estágio da doença (SBD, 2014).

O controle severo da glicemia pode efetivamente diminuir as complicações da Diabetes e, dessa forma, tornar os métodos de monitoramento da hiperglicemia essenciais no acompanhamento da evolução do quadro do paciente, visando ajustes mais refinados no tratamento (SBD, 2014).

A escolha do hipoglicemiante oral adequado deve levar em consideração os valores glicêmicos em jejum e pós-prandial dos níveis de hemoglobina glicada (HbA1c), o peso, a presença de complicações, de outros transtornos metabólicos, as possíveis interações com outros medicamentos, além das reações adversas e as contra-indicações. Para tal, algumas classes medicamentosas são utilizadas para controle diabético, sendo terapias monoterápicas ou combinadas. As principais classes de antidiabéticos orais disponíveis são: os secretagogos de insulina de ação prolongada, secretagogos de insulina de ação rápida, sensibilizadores da insulina e os inibidores da α -glicosidase (SBD, 2014).

As Sulfoniluréias são drogas que incitam a secreção de insulina (secretagogos de ação prolongada), ligando-se aos receptores das células beta-pancreáticas, e visam reduzir os níveis de glicose sanguínea. Estas drogas também estimulam o aumento desses receptores de insulina no

tecido muscular e adiposo além de reduzir a gliconeogênese hepática. Devem ser ingeridas 30 minutos antes das refeições, para combinar o pico de ação da droga com a hiperglicemia pós-prandial. Tem como efeitos colaterais: a elevação da massa corpórea relacionada ao aumento dos valores de insulina no sangue e a hipoglicemia. Outro efeito indesejado é a perda de sua efetividade terapêutica ao longo do tratamento, denominada falência terapêutica secundária (GROSSI; SECOLI, 2003; SBD, 2006).

As Glinidas, que são secretagogos de insulina de ação rápida, agem em receptores das células beta-pancreáticas de insulina de secreção rápida, sendo indicadas no controle hiperglicêmico pós-prandial. Apresentam pico de ação entre uma e duas horas após administração, são absorvidas e eliminadas rapidamente e seu perfil de ação é rápida. Por isso devem ser administradas imediatamente antes das refeições, com um menor risco de queda glicêmica. O seu efeito é glico-dependente, ou seja, sua ação declina com a diminuição das concentrações glicêmicas (GROSSI; SECOLI, 2003; SBD, 2006).

As Tiazolidinedionas e as Biguanidas são os sensibilizadores de insulina. O primeiro é o principal medicamento sensibilizador de insulina, pois sua ação diminui a resistência à insulina nos músculos, fígado e tecido adiposo. O segundo exerce uma elevação na captação de glicose pelo tecido adiposo e muscular esquelético, com diminuição também da produção de glicose pelo fígado. O único representante desse grupo é a Metformina. Representa o medicamento de principal escolha para pacientes obesos, pois possui efeito anoréxico, causando diminuição de peso. Efeito potencializado se associado aos medicamentos secretores de insulina. Os sensibilizadores de insulina possuem como efeito colateral mais comum as alterações gastrointestinais, sendo assim, indica-se o uso durante ou logo após as refeições (GROSSI; SECOLI, 2003; SBD, 2006).

Com o objetivo de diminuir parcial e temporariamente a absorção de glicose durante a digestão, existem os inibidores da α -glicosidase. Devem ser utilizados durante as refeições devido ao início de ação imediato e precisam ser administrados gradualmente, pois, apresentam efeitos gastrointestinais indesejados. Existem relatos de pacientes que abandonaram o tratamento devido aos efeitos colaterais provocados por esses medicamentos. Indicados como monoterapia, devem ser usados apenas no controle da glicemia nos pacientes com intolerância à glicose ou mesmo naqueles com glicemias discretamente alterada, sempre associadas à dieta adequada (GROSSI; SECOLI, 2003; SBD, 2006).

Dentre os medicamentos supracitados, as sulfoniluréias (Glibenclâmidas e Glicazida) e as Biguanidas (Metformina) são as drogas orais de referência utilizadas na rede SUS para o tratamento dos pacientes Diabéticos do tipo II (BRASIL, 2007).

Outro aspecto relevante na adoção da terapêutica medicamentosa adequada, frequentemente evidenciado na prática clínica é a falta de adesão ao tratamento de acordo com as orientações da equipe multidisciplinar (VALLE *et al.*, 2000).

Entende-se por adesão o uso racional de medicamentos em pelo menos 80% do tratamento, levando em consideração os horários, doses e o tempo estimado de intervenção. Esta adesão pode ser também definida como parcial em situações na qual o paciente não respeita os horários determinados ou administra doses diferentes das prescritas (LEITE; VASCONCELLOS, 2003; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

Estudos recentes sugerem que a adesão deve ser encarada como uma atividade cooperativa entre o paciente e os profissionais de saúde envolvidos no tratamento, a fim de que esta proposta seja alicerçada no princípio da solidariedade, partilhando conhecimentos e sentimentos, respeitando as diferenças, de modo que o cuidado seja um compromisso resultante de um processo gradual de presença, envolvimento, reciprocidade, disponibilidade e co-responsabilização terapêutica. Tal aliança possibilita ao paciente não somente obedecer às orientações prescritas, mas entender, concordar e segui-las corretamente, assim, contribuindo para uma melhora significativa do seu quadro clínico (BRAWLEY; CULOS-REED, 2000; VITÓRIA, 2006).

Existem quatro grandes grupos de fatores associados a aderência ao tratamento através de medicamentos: a relação profissional-paciente e paciente-profissional, o esquema terapêutico e a aceitação da doença pelo paciente (ANDERSON; KIRK, 1982; VALLE *et al.*, 2000; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Primeiramente, os pontos negativos relacionados ao paciente são: a idade avançada, o conhecimento sobre a doença, fatores psicológicos, falta de participação dos familiares e a condição do paciente que mora sozinho (VALLE *et al.*, 2000; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

A medicalização regular e contínua, figurando uma idéia de “incapacidade crônica”, dificulta a adesão do usuário. Todavia uma vida social ativa é um agregador para esta adesão (VALLE *et al.*, 2000; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Em relação a interação profissional-paciente, vale destacar como fator decisivo, a confiança direcionada aos profissionais de saúde de acordo com a propedêutica utilizada, além

da periodicidade e a forma como é abordada a doença (VALLE *et al.*, 2000; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Quanto ao esquema terapêutico, são fatores dificultadores para adesão do paciente ao tratamento: a quantidade de drogas, a via de administração, os efeitos colaterais dos medicamentos, além da mudança no estilo de vida devido a utilização de alguns medicamentos e a restrição dietética (VALLE *et al.*, 2000; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Finalmente, destaca-se a doença sob um olhar holístico do paciente e seu entendimento do Diabetes como uma doença crônica. Alguns pontos dificultam essa percepção, entre eles, a falta de sintomas iniciais do diabetes, aspectos culturais e sociais do paciente e os cuidados regulares e diários que esta patologia exige (VALLE *et al.*, 2000; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Diante disso, percebe-se a vasta complexidade de elementos que podem contribuir para a falha no processo de adesão ao regime terapêutico. Pautado nessa perspectiva e nas questões abordadas acima, verifica-se que a não adesão pode trazer sérias consequências para o paciente com diabetes, tornando-se o principal alvo de intervenção na busca ativa de estratégias mais eficazes para o controle da glicemia (VALLE *et al.*, 2000; JIANG *et al.*, 2003).

Frente a essa realidade, torna-se fundamental um contínuo incentivo das pessoas diabéticas para a adesão ao tratamento medicamentoso, objetivando a prevenção de complicações crônicas. Para que isso ocorra, é de extrema importância a participação desses pacientes em programas de atenção a saúde, atendimento por equipe multidisciplinar, com enfoque a educação em saúde (TORRES *et al.*, 2007).

5. PERCURSO METODOLÓGICO

Através dos conceitos e práticas apreendidas no transcorrer do curso de especialização em formação pedagógica para profissionais de saúde (CEFPEPS), foram criadas ações com o objetivo de minimizar o problema e desatar os nós críticos com os quais deparei.

Posteriormente, foi confeccionado o Planejamento Estratégico Situacional (PES), sendo utilizada a metodologia da Estimativa Rápida para localizar os problemas enfrentados pela comunidade da área de abrangência da ESF Kwait e pela equipe de saúde.

Estabeleceram-se os problemas mais importantes para a comunidade adscrita do ESF Kwait, sendo priorizado um deles, o desconhecimento dos pacientes DMII sobre a posologia dos hipoglicemiantes orais.

A partir dessa definição, os nós críticos do problema selecionado foram elencados e, para cada um deles, foram identificados resultados e produtos esperados, assim como os recursos necessários em todas as situações. Logo após, foram definidos os atores que controlam cada um dos recursos críticos, sendo também selecionado o prazo para que isso ocorra.

Seguidamente, definiu-se o plano operativo, com a eleição de responsáveis por cada uma das operações e o estabelecimento de prazos para execução das mesmas.

Foi selecionado para a abordagem dos pacientes DM II a estratégia grupal problematizadora à luz da dialogicidade de Paulo Freire. Esta metodologia é capaz de proporcionar aos profissionais e seus usuários a oportunidade de se transformarem em agentes ativos, empoderados para sua transformação, possibilitando a ambos desenvolverem a habilidade de observar e refletir sobre a realidade, galgando os meios necessários para modificá-la através da práxis, que pode ser entendida como a capacidade da interação subjetividade e objetividade por meio da ação-reflexão-ação (TORRES *et al.*, 2011; PEREIRA *et al.*, 2009; FREIRE, 2005; BORDENAVE *et al.*, 2002).

Após a priorização do problema, foi realizada uma revisão na literatura sobre o tema considerando as revistas indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no *Scientific Eletronic Libray Online* (SciELO) bem como no acervo da biblioteca virtual do NESCON, manuais do Ministério da Saúde, diretrizes, livros texto e materiais oferecidos no Curso do CEFPEPS.

Os descritores utilizados foram: Diabetes Mellitus. Ação Educativa. Atenção Primária. Hipoglicemiantes orais.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Primeiro passo - Identificação dos problemas

A identificação e priorização de um problema são insuficientes para determinar as ações para solucioná-lo. De acordo com Campos *et al.* (2010) é necessário progredir mais no entendimento e aprofundamento de cada problema, descrevê-lo melhor, para entender sua extensão e como ele se apresenta dentro do meio onde está inserido. A quantificação do problema é um passo preponderante para afastar vazios e obter indicadores que propiciem a avaliação do planejamento.

Após avaliação da unidade de saúde em questão foi identificado um problema a ser trabalhado junto aos pacientes: o desconhecimento sobre o uso medicamentoso para o controle glicêmico dos usuários Diabéticos tipo II.

Outros pontos também foram levantados e analisados dentro da realidade da área de abrangência da ESF, porém aquele que mais se destacou foi o então selecionado. Segue abaixo alguns pontos suscitados.

6.2 Segundo Passo: Priorização dos Problemas da ESF Kwait

Tabela 3 - Principais problemas enfrentados pela equipe de saúde da ESF Kwait no Município de Sete Lagoas/MG, 2015.

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Uso indiscriminado de psicotrópicos	Alta	Parcial	2
Dificuldade de adesão das usuárias para exame de citologia oncótica de colo uterino.	Alta	Parcial	3

O desconhecimento dos pacientes DMII sobre a posologia dos hipoglicemiantes orais	Alta	Parcial	1
Insuficiência de materiais na unidade.	Alta	Parcial	4

6.3 Terceiro Passo: Explicação do Problema

Geralmente um problema está correlacionado a outros problemas e, portanto, explicá-lo é fundamental para compreender a sua formulação, percebendo suas reais causas. (CAMPOS *et al.*, 2010).

O desconhecimento dos pacientes DMII quanto ao uso dos hipoglicemiantes orais está relacionado, dentre outros aspectos, à característica subclínica da doença, ou seja, os sinais e sintomas apresentam-se tardiamente. Além disso, a modificação nos hábitos de vida, necessária para o controle do diabetes, gera grande resistência dos pacientes (SBD, 2014).

6.4 Quarto passo: Identificação dos nós críticos e desenho das operações

Tabela 4 - Desenho de operações para os “nós” críticos para a população diabética cadastrada na ESF Kwait no Município de Sete Lagoas/MG, 2015.

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/ PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
------------	-------------------	----------------------	--------------------	----------------------

Falta de informações sobre o DM tipo II	Reforçar e aumentar o acesso à informação do usuário sobre o Diabetes Mellitus II	Melhorar a produção dos dados /indicadores sobre o problema População mais consciente e informada sobre os riscos, causas e conseqüências do diabetes e importância do controle do diabetes mellitus tipo II	Maior conscientização da população sobre a importância do tratamento do DM tipo II	Cognitivo: conhecimento sobre o tema. Organizacional: aumentar o número de eventos para discussão e disseminação de informações sobre o tema
Dificuldades dos usuários para aderir à terapêutica adequada do DM tipo II	Conscientizar os pacientes sobre a importância de identificar os valores glicêmicos de referência. Conscientizar sobre a importância do uso regular dos hipoglicemiantes orais e seus efeitos terapêuticos e colaterais.	Melhorar o índice de adesão dos usuários diabéticos cadastrados na unidade. Sanar as dúvidas sobre as medicações utilizadas	Aumento da conscientização da população sobre a importância do controle regular da glicemia. Aumento significativo na adesão	Cognitivo: aprofundamento do conhecimento sobre o tema e estratégias necessárias para o enfrentamento. Organizacional: Definição de grupos de discussão sobre o tema Material necessário: sala para reuniões, materiais informativos/educativos.

6.5 Quinto passo: Identificação dos recursos críticos

A identificação dos recursos críticos é fundamental para a efetivação da operação. Deve-se conhecê-los para a montagem de estratégias, a fim de torná-lo factível (CAMPOS *et al.*, 2010). No quadro a seguir, foram resumidos os recursos críticos de cada operação.

Tabela 5 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento do diabetes mellitus na ESF Kwait no Município de Sete Lagoas/MG, 2015.

OPERAÇÃO/ PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS
<p>Reforçar e aumentar o acesso à informação do usuário sobre o Diabetes Mellitus II</p>	<p>Cognitivo: Conhecimento e atualizações constantes sobre o tema, estratégias de comunicação e pedagógicas a serem adotadas pela equipe de saúde.</p> <p>Organizacional: Realização de grupos operativos entre a equipe de saúde e usuários com abordagem direcionada aos aspectos clínicos, prevenção e tratamento do DMII.</p> <p>Político: Mobilização social com ênfase no apoio familiar</p> <p>Financeiro: Elaboração de material educativo (cartilhas, folhetos, banners, recursos audiovisuais e interativos).</p> <p>Estrutural: Reorganização do espaço físico da unidade destinado ao acolhimento dos usuários e realização de grupos operativos.</p>
<p>Conscientizar os pacientes sobre a importância de conhecer os valores glicêmicos de referência</p>	<p>Cognitivo: Participação em cursos de atualizações sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas a serem adotadas pela equipe de saúde.</p> <p>Político: Mobilização social e valorização dos aspectos culturais e sociais do paciente</p> <p>Financeiro: Material para mensuração da glicemia; cartilhas e folhetos educativos sobre controle glicêmico.</p> <p>Estrutural: Espaço físico destinado a sanar dúvidas frequentes e favorecer maior interação e vínculo entre profissional-usuário.</p>

Conscientizar sobre a importância do uso regular dos hipoglicemiantes orais e seus efeitos terapêuticos e colaterais

Cognitivo: Conhecimento e atualizações constantes sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas a serem adotadas pela equipe de saúde.

Organizacional: Palestras educativas sobre as ações benéficas dos hipoglicemiantes no controle glicêmico.

Político: Sensibilizar a comunidade diabética local para o uso correto dos hipoglicemiantes orais e alertá-la sobre efeitos adversos mais comuns desses medicamentos.

Financeiro: Elaboração de material educativo direcionado a esse público (cartilhas, folhetos, banners, recursos audiovisuais e interativos).

Estrutural: Espaço físico destinado a sanar dúvidas e favorecer maior interação e vínculo entre profissional-usuário.

6.6 Sexto passo: Análise da viabilidade

Tabela 6 - Análise de viabilidade do plano de intervenção para enfrentamento do Diabetes Mellitus na ESF Kwait no Município de Sete Lagoas/MG, 2015.

OPERAÇÃO/ PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS	CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS: ATOR QUE CONTROLA	CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS: MOTIVAÇÃO	AÇÕES ESTRATÉGICAS
Reforçar e aumentar o acesso à informação do usuário sobre o Diabetes Mellitus II	<p>Cognitivo: Conhecimento e atualizações constantes sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas a serem adotadas pela equipe de saúde.</p> <p>Organizacional: Realização de grupos operativos entre a equipe de saúde e usuários com abordagem direcionada aos aspectos clínicos, prevenção e tratamento do DMII.</p> <p>Político: Mobilização social com ênfase no apoio familiar</p> <p>Financeiro: Elaboração de material educativo (cartilhas, folhetos, banners, recursos audiovisuais e interativos).</p> <p>Estrutural: Reorganização do espaço físico da unidade destinado ao acolhimento dos usuários e realização de grupos operativos e palestras.</p>	Profissionais do ESF Secretaria de Saúde	Favorável Favorável	Apresentação da proposta de intervenção;
Conscientizar os pacientes sobre a importância de conhecer os valores glicêmicos de referência	<p>Cognitivo: Participação em cursos de atualizações sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas a serem adotadas pela equipe de saúde.</p> <p>Político: Mobilização social e valorização dos aspectos culturais e sociais do paciente</p> <p>Financeiro: Material para mensuração da glicemia; cartilhas e folhetos educativos sobre controle glicêmico.</p> <p>Estrutural: Espaço físico destinado a sanar dúvidas frequentes e favorecer maior interação e vínculo entre profissional-usuário.</p>	Profissionais do ESF Secretaria de Saúde	Favorável Favorável	Realização de grupos operativos; Agendamento de consultas com a equipe multiprofissional
Conscientizar sobre a importância do uso regular dos hipoglicemiantes orais e seus efeitos terapêuticos e colaterais	<p>Cognitivo: Conhecimento e atualizações constantes sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas a serem adotadas pela equipe de saúde.</p> <p>Organizacional: Palestras educativas sobre as ações benéficas dos hipoglicemiantes no controle glicêmico.</p> <p>Político: Sensibilizar a comunidade diabética local ao uso correto dos hipoglicemiantes e seus efeitos adversos mais comuns.</p> <p>Financeiro: Elaboração de material educativo direcionado ao público alvo (cartilhas, folhetos, banners, recursos audiovisuais e interativos).</p> <p>Estrutural: Espaço físico destinado a sanar dúvidas frequentes e favorecer maior interação e vínculo entre profissional-usuário.</p>	Profissionais do ESF Secretaria de Saúde	Favorável Favorável	Realização de grupos operativos; Agendamento de consultas com a equipe multiprofissional

6.7 Sétimo passo: Cronograma de operacionalização da proposta

Tabela 7 - Cronograma de operacionalização da proposta para enfrentamento do Diabetes Mellitus na ESF Kwait no Município de Sete Lagoas/MG, 2015.

OPERAÇÕES	PRODUTOS ESPERADOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
Reforçar e aumentar o acesso à informação do usuário sobre o Diabetes Mellitus II	Aumento da conscientização da população sobre a importância do tratamento do DM tipo II	Apresentação da proposta de intervenção;	Equipe ESF Kwait.	03 meses para apresentação de projeto e início das atividades.
Conscientizar os pacientes sobre a importância de conhecer os valores glicêmicos de referência	Aumento da conscientização dos pacientes diabéticos sobre a importância do controle regular da glicemia.	Realização de grupos operativos; Orientações quanto a avaliação e aferição periódica dos níveis glicêmicos	Equipe ESF Kwait	06 meses para início das atividades.
Conscientizar sobre a importância do uso regular dos hipoglicemiantes orais e seus efeitos terapêuticos e colaterais	Aumento significativo na adesão	Realização de grupos operativos; Agendamento de consultas com a equipe multiprofissional	Equipe ESF Kwait	06 meses para início das atividades

6.8 Oitavo passo: Orçamento

O orçamento para esse trabalho é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Sete Lagoas e da ESF Kwait.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste plano de intervenção será possível alcançar melhor entendimento sobre a DM II e a íntima relação dos hipoglicemiantes orais no controle dos níveis glicêmicos dos pacientes a fim de evitar transtornos mais graves que envolvem essa patologia.

Tais agravamentos acarretam uma elevada taxa de morbimortalidade e perda na qualidade de vida tanto dos portadores quanto dos seus familiares. Então é de suma importância evitar que cheguem a pontos mais temerários da DM II.

8. REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes-2013. **Diabetes Care**, volume 36, suplemente 1, s11-66, January 2013

ARAÚJO, M.F.M.; GONÇALVES, T.C.; DAMASCENO, M.M.C.; CAETANO, J.A. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. **Escola Ana Nery Rev. de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 14 v. n° 2, p. 361-367, jun. 2010.

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, suppl.2, p. 2189-2197, Dez. 2008.

BORDENAVE, J.D.; PEREIRA, A.M. Estratégias de ensino/aprendizagem. 24^a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002. 312 p.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria n° 2.583 de 10 de outubro de 2007. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2583-\[2833-120110-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2583-[2833-120110-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus. **Cadernos de Atenção Básica n. 16**; 2006.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010

CARVALHO, L.V.B. Características de pacientes após síndromes coronarianas agudas e fatores de relacionados à terapêutica medicamentosa, 2006. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CAZARINI, R.P.; ZANETTI, M.L.; RIBEIRO, K.P.; PACE, A.E. & FOSS, M.C. Adesão a um Grupo Educativo de Pessoas Portadoras de Diabetes Mellitus: Porcentagem e Causas. Artigo Original Medicina. Ribeirão Preto. n° 35, p. 142-150. jun. 2002.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro. Paz e terra, 42 ed. 2005.

GIMENES, H. T., ZANETTI, M. L. HASS, V. J. Fatores Relacionados à Adesão do Paciente Diabético à Terapêutica Medicamentosa. **Rev. Latina Americana de Enfermagem**. São Paulo. p. 41-47, fev. 2009.

GIMENES, H.T.; ZANETTI ML, O.L.M.; TEIXEIRA, C.R.S. O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. **Cienc & Cuid Saude** 2006 set/dez; 5(3): 317-25.

GLOBALNEWS INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. A diabetes mata sem distinção. **Diabetes Clínica**, v. 10, n. 2, p. 80-2, mar./abr. 2006.

GONÇALVES H. et al. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Caderno de Saúde Pública**, 1999;15:777-87.

GROSSI, S.A.A.; SECOLI, S.R. Terapia farmacológica oral em pacientes com diabetes mellitus do tipo 2: fundamentos para a enfermagem. **Diabetes Clínica**, v. 7, n. 3, p. 189-94, maio/jun. 2003.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Complicações do diabetes e educação. **Diabetes Clínica**, v. 6, n. 3, p. 217-20, maio/jun. 2002.

JIANG, H.J.; STRYER, D.; FRIEDMAN, B.; ANDREWS, R. Multiple hospitalizations for patients with diabetes. **Diabetes Care**, v. 26, n. 5, p. 1421-6, may 2003.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-82, 2003;

MENDES, E.V. A mudança de modelo de atenção à saúde no SUS – Investindo na prevenção. In: FÓRUM DE DEBATES DO PROJETO BRASIL – POLÍTICA DE SAÚDE, 28, 2006. São Paulo, 06 de abril de 2006.

OLIVEIRA, K.C.S.O; ZANETTI, M.L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Rev Esc Enferm USP** 2011; 45(4):862-8.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília. 2003b. 105p.

PEREIRA, F.R. et al. Promovendo o autocuidado em Diabetes na educação individual e em grupo. **Ciência Cuid Saúde**, v. 8, n. 4, p. 594-9, out./dez. 2009.

PÉRES, D.S.; SANTOS, M.A.; ZANETTI, M.L.; FERRONATO, A.A. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: Sentimentos e comportamentos. **Rev Latino-am Enfermagem** 2007 novembro-dezembro; 15(6).

RIZZA, R.A. Chamada para um novo compromisso no cuidado com diabetes na América. **Diabetes Clínica**, v. 10, n. 3, p. 178-82, maio/jun. 2006.

RODRIGUES, T.C.; LIMA, M.H.M.; NOZAWA, M.R. O controle do Diabetes Mellitus em usuários de Unidade Básica de Saúde, Campinas, SP. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 5, n. 1, p. 41-49, jan./abr. 2006.

SANTO, B.E.M, SOUZA A.C.G., FERREIRA, F.M., SILVA, C.N.M.R., TAISON, P.F. Adesão dos Portadores de Diabetes Mellitus ao Tratamento Farmacológico e não Farmacológico na Atenção primária à Saúde. **Ver Enferm Revista** jan/abr 2012. 15(1):88-101.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do diabetes Mellitus**: diretrizes da sociedade brasileira de diabetes. Rio de Janeiro, 2006.

TORRES, H.C.; SOUZA, E.R.; LIMA, M.H.M.; BODSTEIN, R.C. Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 4, 2011.

TORRES, R.M., FERNANDES, J.D., CRUZ, E.A. Adesão do portador de diabetes ao tratamento: revisão bibliográfica. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 2/3, p. 61-70, maio/dez. 2007

VALLE, E.A.; VIEGAS, E.C.; CASTRO, C.A.C.; TOLEDO JR, A.C. A adesão ao tratamento. **Revista Brasileira de Clínica Terapêutica**, v. 26, n. 3, p. 83-6, maio 2000;

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies**: evidence for action. Geneva: WHO. 2003B. 211 p.).