



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Juliana da Silva Souza

Adesão ao tratamento por pacientes no município de
Cambé - PR

Florianópolis, Março de 2016

Juliana da Silva Souza

Adesão ao tratamento por pacientes no município de Cambé - PR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Alexandra Crispim da Silva Boing
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Juliana da Silva Souza

Adesão ao tratamento por pacientes no município de Cambé - PR

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Alexandra Crispim da Silva Boing
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

Vivemos em uma sociedade que teve um aumento da sobrevida e com isso nos deparamos com inúmeras doenças crônicas e complicações das mesmas, descobrimos diversas doenças a cada ano com a necessidade de usar novas medicações nos mais diversos horários, a qualidade de vida apesar da longevidade não melhorou, ao contrario percebe-se uma população mais adoentada, com mais estresse, sobrecarregada e com dificuldade de se cuidar e ser cuidador. A falta de cuidado pessoal, seja em manter orientações nutricionais, físicas, fazer uso corretamente das medicações, não se envolver no cuidado influencia na melhora do quadro clínico, psicológico e social. Diante desse novo perfil a adesão aos tratamentos propostos sejam medidas de controle, alimentares, físicas e medicamentosas são abandonadas. Grande parte dos pacientes não têm conhecimento de sua doença e não sabe quais medicações faz uso, isso prejudica o manejo clínico da doença e principalmente a qualidade de vida das pessoas. Nesse quesito é importante orientar adequadamente a população e projetá-la como fator primordial na ação terapêutica, demonstrando que o auto-conhecimento e o auto-cuidado são os reais fatores de melhora clínica, pois dessa forma seja medicação, orientação dietética, física ou qualquer outra abordagem terá maior êxito. Nesse contexto as equipes podem auxiliar cada pessoa com suas necessidades específicas, atuar de formas distintas com grupos diferentes e conseguir que cada um seja co-autor na sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Sobrevida, Doença Crônica, Auto-conhecimento, Autocuidado

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

Em 1925, a Companhia de Terras Norte do Paraná adquiriu uma área de solo fértil no norte do Paraná e pronta para ser colonizada. As primeiras 10 famílias que chegaram à futura cidade de Cambé por intermédio da Cia. de Terras eram oriundas da cidade livre de Danzig na Alemanha e chegaram à futura colônia em janeiro de 1932. O nome Nova Danzig foi escolhido pela Companhia de Terras, que previu para nossa região a vinda de um grande número de pessoas de Danzig. Por causa do clima mais quente a qual não estavam acostumados e devido à flora e fauna estarem intocadas, enfrentaram muitas dificuldades para iniciar a colonização. Mas, atraídos pela fertilidade das terras, vieram em seguida japoneses, italianos, eslovacos, portugueses, alemães, espanhóis, libaneses, além de paulistas (do interior, por sua vez já fruto da imigração européia) e nordestinos(CAMBÉ, 2015).

Em 9 de outubro de 1937 foi elevado a categoria de distrito judiciário, na década de quarenta todas as cidades que e as colônias que tinham nomes relacionados com países inimigos foram obrigados a trocar de nome foi aí que surgiu Cambé nome de um Ribeirão que banha o município. Em outubro de 1947 o distrito passa a ser município(CAMBÉ, 2015)

O topônimo *Cambé* origina-se da língua tupi (*Caá* significa mata, árvore e *mbê*, raízes aéreas). A Enciclopédia dos Municípios do IBGE traduz a denominação para "Passo do veado", de origem Tupi, porque, segundo consta, "...aquela região era abundante em caça, daí derivando o nome de Cambé ". As principais culturas da região eram café, algodão, cereais, extração de madeiras e criação faziam parte da cultura diversificada que existiam na região na época da colonização devido a quantidade de pequenas propriedades(<http://www.cambe.pr.gov.br/site/cambe.html>, acessado em março de 2015). *A população estimada de Cambé, segundo o IBGE é de 103000 pessoas, em uma área territorial de 495.376 quilômetros quadrados, sendo portanto, uma densidade populacional de 195, 47 habitantes por km².(??)*

A atuação do programa Melhor em Casa- Internação domiciliar é diferente das demais formas de abordagens das unidades básicas, sendo, portanto, complementar a ela, atua em diferentes comunidades, diferentes grupos sociais, de risco, diferentes realidades sociais, econômicas e culturais. Isso torna a experiência extremamente enriquecedora do ponto de vista pessoal e profissional. Apesar de haver uma necessidade da UBS encaminhar os pacientes por meio de um impresso próprio, grupos como ONGs ou de algumas igrejas podem solicitar visitas para as UBSs que após uma primeira visita encaminham os pacientes, após esse encaminhamento seja da UBS ou mesmo pelo serviço social ou a secretaria de saúde a equipe irá avaliar o caso, a necessidade de internação domiciliar, classificar o risco e após uma discussão com toda a equipe admitirou não o paciente. A

partir da admissão, o paciente passa a ter total apoio de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta e outros profissionais do NASF para melhora da qualidade de vida, acompanhamento, suporte específico para o caso.

Apesar de conseguir bastantes recursos, não é incomum a necessidade de recorrer a algumas lideranças comunitarias ou Ongs que se tem contatos para ajudar alguns pacientes. Cambé possui um bom sistema de saneamento básico, mas ainda existem áreas de fundo de vale e áreas rurais que não contam com agua tratada, coleta de lixo. Essas são áreas de extrema pobreza, com alto índice de criminalidade e desemprego. Segundo o IBGE Valor do rendimento nominal médio mensal dos domicílios particulares permanentes com rendimento domiciliar, por situação do domicílio urbano é de 2.302,72 e o rural é de 1979,00.(??) Já os valor do rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares permanentes é de aproximadamente 555,00 no meio urbano e menos de 500,00 no rural. A cidade conta com diversas escolas estaduais, municipais e particulares. Ja sobre a escolaridade dos pacientes é bem diversificada, há grande dificuldade de entendimento em alguns casos e manipulação de sintomas em outros, isso enriquece nosso aprendizado, pois diariamente aprendo como lidar com as pessoas, situações difíceis e diversificar maneiras de conversar e se fazer entender pelos paciente. Especificamente nesta equipe de EMAD não há como delimitar dados ou populações específicas visto que se atende toda a cidade com os mais diferentes pacientes com as mais diversas condições socio-economicas, mentais, culturais e religiosas.

Atualmente na equipe de internação domiciliar, acompanha-se em domicilio 37 pessoas com as mais diversas comorbidades. Sendo destes 13 mulheres e 24 homens. Quanto a idade temos 3 menores de 20 anos (8%); 6 pessoas entre 21 e 59 anos (16%); e 28 idosos (75%). A prevalencia de hipertensao arterial nestes pacientes é de 45% e de diabetes melitus e de 10%, essas informações são deste mês, todos estão em acompanhamento mensal. Faz-se visitas mensais a todos os pacientes, sendo que alguns casos as visitas são semanais ou diarias dependendo do caso e da necessidade de acompanhamento. A maioria das queixas dos pacientes atendidos pelo serviço de internação domiciliar é dor, aumento do tamanho de feridas e baixa ingesta alimentar, em alguns pacientes tem-se infecções urinarias de repetição. Essas doenças refletem os pacientes acompanhados, em sua maioria são pacientes acamados por AVC, demencia senil, Cancer dos mais diversos, DPOC dos mais diversos (enfisema, fibrose), encefalopatia não evolutiva, atraso de desenvolvimento neuro motor.

Na minha prática profissional, junto com a Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar com a população de Cambé, tenho observado com meus colegas, que muitos pacientes não aderem ao tratamento proposto ou realizam as ações necessárias para a mudança de seus hábitos de vida. A baixa adesão dos usuários ao tratamento proposto pela equipe influencia diretamente as ações de saúde, que precisam acompanhar por mais tempo os usuários, que requerem um maior tempo de tratamento. Ainda, a baixa adesão ao tratamento, que inclui o uso correto de medicamentos e a transformação dos hábitos de vida,

leva à piora do estado saúde-doença dos pacientes. A adesão inadequada aos tratamentos de saúde pode comprometer todo o plano de cuidados pactuado com a equipe, gerando maior demanda da atenção da equipe domiciliar, aumento dos problemas de saúde para o paciente e, conseqüentemente, maiores gastos para a saúde pública.(BRASIL; SAUDE; BASICA, 2012)

Diante disto, o problema escolhido para este projeto de intervenção é a baixa adesão dos pacientes atendidos pela Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar de Cambé ao tratamento. Este problema é importante para os serviços de saúde e para a saúde pública, que por meio das ações da Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar busca reduzir o número de internações, a melhoria da situação de saúde das pessoas, e melhoria dos indicadores de saúde da população. Para os profissionais, a melhoria da adesão ao tratamento também repercutiria na maior resolutividade das ações de saúde, possibilitando também se estender a atenção profissional a outras pessoas que necessitam de acompanhamento no domicílio. Para os usuários, a adesão ao tratamento melhoraria sua saúde, reduzindo a dependência dos serviços de saúde e, contribuindo para a sua autonomia e qualidade de vida.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ações com a Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar de Cambé para melhorar a adesão dos pacientes e familiares ao tratamento.

2.2 Objetivos Específicos

- Qualificar as orientações da equipe de saúde para os pacientes e familiares sobre o uso de medicamentos e suas repercussões para a saúde.
- Elaborar ações de saúde que contribuam na adoção de medidas não farmacológicas de tratamento e melhoria dos hábitos de vida.

3 Revisão da Literatura

A adesão ao tratamento é considerada como o comportamento do paciente relacionado à saúde, sendo mais que o simples ato de utilizar os medicamentos prescritos.⁴ Segundo a OMS a definição para adesão como é "[...] O grau em que o comportamento de uma pessoa – tomar o medicamento, seguir um regime alimentar e executar mudanças no estilo de vida – corresponde às recomendações acordadas com um prestador de assistência sanitária"(GUSMÃO; D, 2006)(WHO, 2003)

Em sua publicação *Adherencia a Los Tratamientos a Largo Plazo: Pruebas para la acción*, a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁵ estabeleceu que diferentes fatores podem estar associados à adesão ao tratamento de pacientes com doenças crônicas, incluindo o uso dos medicamentos, mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares(SALUD, 2004). Outros fatores que podem influenciar são, idade, sexo, etnia, estado civil, grau de escolaridade, condição socioeconômica, ausência de sintomas e consequências tardias; ainda há as crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (falta de percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); o texto ainda leva em consideração alguns fatores mais complexos como custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos, política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde(SALUD, 2004)(GUSMÃO; D, 2006)

No Brasil as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) aumentam em um ritmo acelerado chegando a se tornar o motivo de 72% de mortes no país com desigualdades econômicas e sociais em sua distribuição mesmo com avanços significativos no Sistema Unico de Saúde (SUS), na equipe de saude da familia (ESF) e na distribuição gratuita de medicações.(SCHIMIDT; AL, 2011)

O impacto do aumento das doenças crônicas associado á má adesão ao tratamento geram efeitos adversos temíveis, sendo mortes prematuras, diminuição da capacidade laboral levando então a consequencias economicas negativas nas familias.(GOMES; L; P, 2007)

Desta forma o tratamento medicamento é um dos pilares para o controle individual das DCNT, sendo empregado em 87% de adultos e idosos.(SCHIMIDT; AL, 2011)

A não adesão ao tratamento corresponde ao grau de comportamento do paciente em relação aos acordos com o provedor de saúde (WHO, 2003) que leva ao aumento dos riscos de hospitalizações (SOKOL, 2005)e como consequencia maiores custos efetivos à saúde e maior mortalidade(SIMPSON, 2006).

Uma das formas de atuação do serviço de saúde em casos mais específicos é o programa Melhor em Casa que atua conjuntamente com as unidades de saúde da família, no entanto as auxilia com casos mais graves. Desta forma a atenção domiciliar consiste numa

modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. Assim, o ambiente domiciliar e as relações familiares aí instituídas, que diferem da relação estabelecida entre equipe de saúde e paciente, tendem a humanizar o cuidado, (re) colocando o usuário no lugar mais de sujeito do processo e menos de objeto de intervenção (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

A casa se torna um novo espaço de cuidado, com uma identificação de proximidade do cuidador que vai além da questão técnica e hospitalar. permitindo, então uma gama enorme de opções de cuidados e maior autonomia para o paciente. É importante lembrar que este cuidado não é entendido como um procedimento simplificado mas uma ação integral. (BRASIL; SAUDE; BASICA, 2012)

Em um aspecto mais amplo, potencializa uma melhor gestão dos leitos hospitalares e o uso mais adequado dos recursos, como também serve de "porta de saída" para a rede de urgência/emergência, diminuindo a superlotação nesses serviços, sendo, assim, um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (SAUDE, 2016).

Há inúmeros trabalhos para demonstrar a necessidade do cuidado com as DCNT a fim de melhorar a qualidade de vida, sejam por controle medicamentosos ou não medicamentosos das mesmas. Silva e Lima (2002) recrutaram indivíduos com idades entre 45 e 75 anos, tratados e não tratados com insulina, na região do Vale do Itajaí (SC) e realizam testes de glicemia jejum (GJ), hemoglobina glicada (HbA1) e glicemia capilar dos diabéticos. No total, 33 indivíduos foram submetidos a uma intervenção de exercícios físicos durante dez semanas. Os participantes do estudo foram reavaliados após este período e de acordo com os resultados dos testes e com o Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) e UK Prospective Diabetes Study (UKPDS), a redução de 1% na hemoglobina glicosilada reduz a ocorrência de microangiopatia e neuropatia.

Zanetti et al. (2006) avaliaram a implementação do protocolo Staged Diabetes Management (SDM) no Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos (CEEAI) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP). Após um ano de estudo, constataram a existência de um grande desafio para a equipe multiprofissional que acompanhou os pacientes, seja em relação a sua capacitação em educação em diabetes quanto em relação à compreensão de que a aquisição do conhecimento não se traduz necessariamente em mudança de comportamento. Os autores constataram que, além da disponibilização de informações, o paciente diabético precisa ser acompanhado por um longo período de tempo, pois sua evolução não se faz com rapidez, e que estar ao seu lado é importantíssimo para que ele possa tomar decisões diante das complicações impostas pela doença. Esse tipo de atendimento evidencia os propósitos da saude (2016), que visa assegurar que o paciente diabético se perceba como regente de sua própria vida, responsabilizando-se pelos cuidados exigidos pela enfermidade. Registrou-se grande satisfação por parte dos

usuários, havendo grande adesão ao plano alimentar e à atividade física.

Algumas estimativas preliminares sugerem que o tratamento de indivíduos em alto risco de desenvolver diabetes possa ser mais custo-efetivo do que certas estratégias frequentemente recomendadas para a proteção cardiovascular em pacientes com diabetes já estabelecido (GROUP *et al.*, 2002). Intervenções não-farmacológicas de controle de peso, mudanças alimentares e aumento de atividade física podem custar US\$4.000 para cada caso de diabetes prevenido. No entanto, estes custos são em grande parte referentes ao custo do serviço de profissionais de saúde o que pode parecer contraditório pelo alto custo não leva em conta que no Brasil já há uma ampla rede de atenção básica já implantada, portanto o valor será menor.

O número crescente de intervenções de baixo custo que podem ser implementadas na prevenção dessas DCNT (DUNCAN *et al.*, 2004) estimula o papel do rastreamento em programas nacionais de prevenção dessas doenças (WHO, 2003). Talvez o maior desafio, ao se considerarem programas de rastreamento do diabetes (prevenção secundária) que incorporem estratégias de prevenção primária, seja como implementar programas de prevenção que priorizem mudanças alimentares e de atividade física em indivíduos de alto risco.

4 Metodologia

Organizar palestras orientadoras sobre temas pré determinados para assim homogeneizar o atendimento da equipe. Desta forma, desde o auxiliar de enfermagem ao médico terão um mesmo padrão de atendimento evitando desacordos ou desentendimentos e vieses na compreensão do paciente acerca do tratamento proposto.

Estabelecer protocolos de atendimento quanto a cuidados específicos (sondas, traqueostomias, suplementação oral, medicação endovenosa, uso de materiais em curativos). Cada cuidado necessita de uma técnica específica e as mesmas serão sempre revistas e se houver alguma alteração segundo protocolos novos ou artigos poderão ser incorporados a rotina da equipe desde que seja discutida em reunião.

Programar rotinas de coleta de exames preconizados pelo ministério da saúde ou protocolos baseados em evidencia, de acordo com a doença em questão, com a periodicidade necessária para bons controles e manejo adequado de cada doença.

Abordar os pacientes a cada visita domiciliar quanto ao uso das medicações, dúvidas, efeitos colaterais. Independente do tempo que o paciente possui a doença ainda há diversas duvidas sobre medicação, além disso as doenças não se comportam de maneira linear necessitando de manejo de doses ou ate suspensao de determinadas drogas, adequação devido a funções renal e hepática e quanto mais ciente do quadro e da necessidade do cuidado por parte do paciente/cuidador haverá maior adesão ao tratamento. Desta forma é extremamente importante que os profissionais atuantes na equipe saibam da condição mórbida do paciente e saibam dar as orientações corretas.

Separar os medicamentos em recipientes apropriados segundo o horario da medicação (manhã, tarde, noite). Há formas de organizar a medicação, podem ser recipientes próprios, potes plasticos, tabelas com os nomes, cores indicativas. O importante é a equipe avaliar qual é a melhor forma de abordagem para o paciente em questão, lembrando que cada pessoa se adapta a uma forma específica, portanto neste item não há uma formula exata. Há sim a necessidade da sensibilidade da equipe em perceber a melhor forma de abordar a familia.

Ensinar o paciente ou quando o mesmo for totalmente dependente, um familiar, e o deixar como responsavel para checar as medicações e administra-las conforme necessidade.

Explicar sobre suas doenças, a influencia delas no quadro atual, como agem conjuntamente, a melhor forma de lidar com elas, a necessidade de entender e cuidar. Quando a pessoa tem consciencia de si mesmo torna-se ser participante e determinate do seu futuro, não deixando aos cuidados de outro a sua saúde. Esse é o verdadeiro enfoque, quanto mais consciencia sobre seu estado e quanto mais informações souber, claro abordadas de uma forma com que consiga entender e lidar com a situação a fim de agir em beneficio proprio, melhores são as chances de um manejo adequado da doença.

Enfocar a importância do auto cuidado e colocar cada paciente ou cuidador em posição pró-ativa. A partir do momento que a pessoa se torna responsável por si mesmo ela se cobra mais, cobra mais do serviço e atua de forma a melhorar sua qualidade de vida.

5 Resultados Esperados

Conforme os objetivos propostos, os resultados esperados serão:

1. Estabelecer normas e condutas unânimes em todos os profissionais que atuam na internação domiciliar desta forma não haverá divergências de informações e o atendimento prestado seguirá um padrão.
2. Diminuição do viés em condutas ou manejos dos pacientes que necessitem de cuidados específicos.
3. Manter o nível de cuidado com padrões já estabelecidos pelo ministério da saúde para doenças específicas. Melhora do manejo e adaptações medicamentosas.
4. Garantir o entendimento completo do paciente acerca das suas comorbidades e medicações e de como viver bem com as mesmas, melhora do auto-cuidado.
5. Assegurar a adesão medicamentosa completa
6. Atuar com parceria bem estabelecida entre paciente-cuidador
7. Aumentar a responsabilidade da família e do paciente em relação a doença, melhorando o auto-cuidado, percepção de que é necessário atuar constantemente, dessa forma consegue manter-se saudável apesar das limitações.

Referências

- BRASIL, M. da Saúde do; SAUDE secretaria de atenção a; BASICA departamento de atenção. *Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar*. Brasília: ministério da saúde, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 11 e 16.
- CAMBÉ, P. M. *Porta da Prefeitura Municipal de Cambé*. 2015. Disponível em: <<http://www.cambe.pr.gov.br/site/cambe.html>>. Acesso em: 22 Jan. 2016. Citado na página 9.
- DUNCAN, B. B. et al. Medicina ambulatorial, condutas de atenção primária baseadas em evidências. *Prevenção clínica das doenças cardiovasculares*, p. 1–1, 2004. Citado na página 17.
- FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *revista panamericana de saude*, p. 180–188, 2008. Citado na página 16.
- GOMES, C. A. P.; L, F. A.; P, S. F. J. A assistência farmacêutica na atenção à saúde. *A assistência farmacêutica na atenção à saúde*, p. 50–50, 2007. Citado na página 15.
- GROUP, D. R. et al. The cost-effectiveness of dpp interventions to delay or prevent type 2 diabetes. *Diabete*, v. 51, p. 74–74, 2002. Citado na página 17.
- GUSMÃO, J. L.; D, M. J. Adesão ao tratamento: conceitos. *Rev Bras Hipertensão*, p. 13–23, 2006. Citado na página 15.
- SALUD, O. M. de la. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. *Organizacion mundial de la salud*, p. 199–199, 2004. Citado na página 15.
- SAUDE ministerio da. *portal da saúde*. 2016. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_melhor_em_casa.php>. Acesso em: 15 Jan. 2016. Citado na página 16.
- SCHIMIDT m. i.; AL et. doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *the lancet*, p. 1–1, 2011. Citado na página 15.
- SILVA c. A.; LIMA, W. C. Efeito benéfico do exercício físico no controle metabólico do diabetes mellitus tipo 2 a curto prazo. *Arq Bras Endocrinol Metab*, p. 550–556, 2002. Citado na página 16.
- SIMPSON, S. *a meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality*. 2006. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/333/7557/15>>. Acesso em: 14 Jan. 2016. Citado na página 15.
- SOKOL, M. C. impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *medical care*, v. 43, p. 521–530, 2005. Citado na página 15.
- WHO, W. H. O. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. 2003. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>>. Acesso em: 14 Jan. 2016. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.

ZANETTI, M. L. et al. Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo staged diabetes management: relato de experiência. *RBPS*, p. 250–256, 2006. Citado na página [16](#).