

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FERNANDO ABRÃO FRÓES DE MORAES**

**ESTRATÉGIA PARA ABORDAGEM DA MÁ ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DE  
DIABETES MELLITUS NA UBSF IPANEMA 1 EM UBERLÂNDIA – MINAS  
GERAIS**

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

**2015**

**FERNANDO ABRÃO FRÓES DE MORAES**

**ESTRATÉGIA PARA ABORDAGEM DA MÁ ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DE  
DIABETES MELLITUS NA UBSF IPANEMA 1 EM UBERLÂNDIA – MINAS  
GERAIS**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nadja Cristiane Lappann Botti

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

**2015**

**FERNANDO ABRÃO FRÓES DE MORAES**

**ESTRATÉGIA PARA ABORDAGEM DA MÁ ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DE  
DIABETES MELLITUS NA UBSF IPANEMA 1 EM UBERLÂNDIA – MINAS  
GERAIS**

**Banca Examinadora**

Profª Drª Nadja Cristiane Lappann Botti – Orientadora (UFSJ)

Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano – Examinadora (UFSJ)

Aprovado em Belo Horizonte em 09 de Dezembro de 2015.

## RESUMO

A Diabetes Mellitus Tipo II é uma das doenças de maior prevalência no mundo, com 4,4% da população mundial apresentando esta comorbidade, sendo que em Uberlândia, Minas Gerais, no Bairro Ipanema 1, na população adscrita da Unidade Básica de Saúde da Família Ipanema 1 também se verifica prevalência de 4,16%. Dentre os pacientes que realizam acompanhamento e tratamento da Diabetes Mellitus Tipo II na unidade observa-se uma taxa de 40% de má aderência ao tratamento. Este projeto tem como objetivo elaborar um plano de intervenção visando aumentar a adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus tipo II na população adscrita na Unidade Básica de Saúde da Família Ipanema 1 no Município de Uberlândia. Para a elaboração do plano de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional. Foi feita pesquisa bibliográfica nas bases de dados informatizadas que trabalham com políticas de saúde (Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Diabetes) e da LILACS com os descritores: adesão à medicação, diabetes mellitus e promoção da saúde. É importante ressaltar que a adesão ao tratamento não depende apenas do paciente, mas de trabalho conjunto dos profissionais da Equipe da Estratégia Saúde da Família. A execução do plano de intervenção permitiu melhoria do cuidado aos pacientes com Diabetes Mellitus Tipo II.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus. Atenção Primária de Saúde. Adesão à medicação. Promoção da Saúde.

## ABSTRACT

Diabetes Mellitus Type II is one of the most prevalent diseases in the world, with 4.4% of the world population with this comorbidity, and in Uberlândia, Minas Gerais, Ipanema District 1, the registered population of the Family Basic Health Unit Ipanema 1 also checks prevalence of 4.16%. Among the patients who undergo monitoring and treatment of diabetes mellitus type II in the unit observes a 40% rate of poor adherence to treatment. This project aims to develop an action plan to increase adherence to treatment of diabetes mellitus type II in the enrolled population in the Family Basic Health Unit Ipanema 1 in Uberlândia. To prepare the action plan we used the Strategic Planning Method Situational. It was a literature search in computer databases that work with health policies (World Health Organization, Ministry of Health and the Brazilian Society of Diabetes) and LILACS with the descriptors: medication adherence, diabetes mellitus and health promotion. Importantly, treatment adherence not only depend on the patient, but work all those working in the Family Health Strategy team. The implementation of the action plan allowed improving the care of patients with diabetes mellitus type II.

**Key words:** Diabetes Mellitus. Primary Health Care. Medication adherence. Health promotion.

**SUMÁRIO**

1 INTRODUÇÃO .....	7
3 OBJETIVOS .....	11
3.1 Objetivo geral .....	11
3.2 Objetivos específicos.....	11
4 METODOLOGIA .....	12
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	13
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	15
6.1 Identificação e priorização dos problemas .....	15
6.2 Plano de ação .....	15
6.3 Avaliação e monitoramento.....	18
7 CONCLUSÃO.....	19
REFERÊNCIAS.....	20

## 1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Saúde que será abordada para o desenvolvimento do Projeto deste Trabalho de Conclusão de Curso, se situa no município de Uberlândia, no Estado de Minas Gerais. O bairro em que a Unidade está inserida chama-se Ipanema, existindo divisão do mesmo perante adscrição da clientela na qual divide a população em duas Unidades de Saúde sendo: Ipanema 1 e Ipanema 2. O bairro fica próximo ao aeroporto da cidade, sendo afastado do grande centro e conta com amplo saneamento básico em toda sua região. Neste bairro a população possui padrão de vida mais elevado do que a de outros bairros da periferia da cidade, no entanto, pequena parte da população vive em moradias precárias. Identifica-se também que pequena parcela da população realiza tráfico de drogas na região.

A região da Unidade Básica da Saúde da Família (UBSF) Ipanema 1 conta com escola, creche, asilo e apoio de uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), apesar do difícil acesso para a população em virtude da distância deste em relação à Unidade de Saúde.

A Unidade Ipanema 1 foi inaugurada há treze anos e conta com população total de 3.673 pessoas cadastradas, sendo um total de 1.228 famílias. Segundo a classificação de risco social são 368 famílias de risco (30%) e 860 famílias sem risco (80%). A população é predominantemente composta por adultos, correspondendo a 57,94%, sendo 1.118 mulheres e 1.010 homens e encontra-se dividida em seis micro áreas. Em relação ao ciclo de vida, os idosos correspondem a 12,69% da população, adolescentes 16,36% e crianças 13,01%.

A residência que foi adaptada para se tornar a Unidade de Saúde permite acomodar de maneira adequada a equipe. A Unidade conta com uma sala para Enfermagem que possui mesa ginecológica, computador e equipamentos para coleta de Colpocitologia Oncótica e onde se realiza o acolhimento. Possui consultório médico com maca e equipamentos necessários, como otoscópio, balança, fita métrica, régua, sonar e computador. A recepção é ampla e conta com uma recepcionista e computador próprio e dispõem de cadeiras para a população que procura a Unidade. O serviço possui ainda consultório odontológico bem equipado, sala de vacinação, sala de curativos, sala para atendimento psicológico, cilindro de oxigênio e medicação básica para emergências, porém não possui

material para intubação orotraqueal. Conta com banheiro exclusivo para a população na recepção e banheiro somente para funcionários na parte dos fundos da casa, onde também há uma cozinha e, em anexo a esta, a sala de reuniões.

A Equipe que atua na Unidade é multiprofissional contando com um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma dentista, uma técnica de saúde bucal e cinco agentes comunitárias de saúde. Há, ainda, uma auxiliar administrativa que realiza o atendimento inicial da população e, com isso, outros profissionais não necessitam realizar esta função. A unidade possui horário de funcionamento das 07h00min às 17h00min. Todas as manhãs atende-se demanda programada para hipertensos, diabéticos e outros portadores de doenças crônicas, sendo que no período vespertino realiza-se puericultura, acompanhamento de pré-natal e visitas domiciliares. Ressalta-se que há sempre espaço reservado na agenda para a demanda espontânea.

Uma das doenças mais prevalentes na população do bairro é o Diabetes Mellitus Tipo II (DMII). Diabetes é uma doença crônica, que cursa com diminuição ou ausência de insulina no organismo, juntamente com resistência a mesma, extremamente presente, afetando atualmente aproximadamente 171 milhões de indivíduos em todo o mundo e com projeção de alcançar 366 milhões de pessoas no ano de 2030, pulando a prevalência de 2,8% em 2000 para 4,4% (WILD *et al.*, 2004). Números da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que em 2002, em nível mundial, ocorreram 987.000 mortes por conta do diabetes, representando 1,7% da mortalidade geral (WHO, 2003).

## 2 JUSTIFICATIVA

A má adesão ao tratamento para DMII pode ser motivada por várias causas e deve ser sempre considerada a partir do diagnóstico da morbidade. Ressalta-se a importância fundamental da prevenção de complicações que a DMII pode causar no paciente se mal controlada. Por se tratar de uma síndrome que inicialmente não produz desconforto imediato, pode, em geral, levar a não realização da terapia proposta pelo paciente. Ainda encontram-se como motivos para a má adesão ao tratamento às mudanças no estilo de vida dos pacientes e também pelo fato de que o tratamento somente visa à profilaxia de complicações e não a cura da patologia. Uma dificuldade específica dos pacientes do bairro Ipanema 1, em relação a adesão ao tratamento para DMII, decorre do baixo nível cultural da população, principalmente entre os que apresentam idade mais avançada, que conseqüentemente cursam com maior prevalência da doença. O baixo nível cultural, em geral, dificulta o entendimento do uso correto da medicação, principalmente quando há necessidade do uso de Insulina.

O DMII causa uma série de complicações ao organismo, e a má adesão ao tratamento faz com que a profilaxia destas não seja realizada corretamente, e, como consequência, há o surgimento mais rápido de complicações macro e microvasculares nestes pacientes quando comparados aos que realizam a terapêutica adequadamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

As complicações macrovasculares do DMII são a principal causa de óbito em diabéticos, entre as principais encontram-se: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença arterial periférica e aterosclerose. Já as complicações microvasculares incluem: retinopatia diabética (não proliferativa e proliferativa), nefropatia diabética que pode levar a glomeruloesclerose difusa ou nodular, e por fim a neuropatia diabética, que pode causar disautonomia, mononeuropatia e polineuropatia, sendo a mais comum o pé diabético (BAGGA *et al.*, 1998; PEDROSA, 1997; ZELMANOVITZ, 1997). Além destas complicações existem mais duas emergências relacionadas ao tratamento não adequado do DMII, que são a Cetoacidose Diabética, apesar de ser mais comum no Diabetes Mellitus Tipo I, e o Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar, mais frequente em idosos acamados (FOSS-FREITAS, 2003).

Na área de abrangência da equipe Ipanema I identifica-se 153 pacientes diabéticos numa população total de 3.673 pessoas cadastradas, totalizando 4,16% da população da área, sendo que no Brasil, no período 1998-2008, o coeficiente de prevalência padronizado de diabetes elevou-se de 2,9% (IC99%: 2,8-3,1) para 4,3% (IC99%: 4,2-4,5). Verifica-se que a população do bairro é constituída principalmente por adultos (57,94%) e uma parcela elevada de idosos (12,69%). Entre os idosos identifica-se que 10% moram sem os filhos e possuem baixo nível socioeconômico e cultural que dificultam seu entendimento e aderência à terapia proposta. Fatos que colaboram para a não utilização correta dos medicamentos, principalmente a aplicação de Insulina, e da aferição da glicemia capilar nos horários corretos. Como consequência observa-se uma taxa de aproximadamente 40% dos casos de DM com má aderência, com distribuição semelhante entre as microrregiões em função da composição homogênea do bairro.

Um problema expressivo da Unidade Ipanema 1 refere-se a má adesão ao tratamento da DMII, podendo levar a população que se encaixa neste perfil ao aumento de complicações no futuro. Durante a realização do Diagnóstico Situacional foi possível identificar vários casos de repercussões da DM nos pacientes que estão em tratamento irregular, principalmente a neuropatia diabética, oito casos de amputações de membros inferiores e diminuição da acuidade visual em adultos jovens. Assim identifica-se este problema como de grande importância para a comunidade, visto a prevalência de 4,16% da doença na população adscrita e a distribuição semelhante nas microrregiões, sendo comparável com a média brasileira (GARCIA; FREITAS, 2012).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um plano de intervenção visando aumentar a adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus tipo II na população adscrita.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Aumentar a frequência dos pacientes no grupo de Diabetes Mellitus tipo II na Unidade;
- Aumentar o conhecimento dos pacientes quanto a Diabetes Mellitus tipo II, seu tratamento e suas possíveis complicações, para que percebam a importância da adesão à terapia proposta;
- Vincular a renovação de receitas para tratamento de Diabetes Mellitus tipo II à presença de, no mínimo, duas reuniões mensais;
- Capacitar a Equipe Multiprofissional para melhorar a realização da busca ativa dos casos e orientação da população;
- Classificar a população, conforme o risco, em níveis de má adesão ao tratamento a fim de priorizar o atendimento médico.

## 4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para desenvolver este trabalho foi baseada na identificação de que a população diabética adscrita na Unidade possui má aderência ao tratamento. Tal observação foi determinada pela realização do diagnóstico situacional através da Estimativa Rápida, que possibilita obter informações sobre determinado problema de maneira rápida, com poucos gastos e com a participação da comunidade. Desta forma elencaram-se dados que refletem as condições e especificidades locais (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010). Para realizar a Estimativa Rápida utilizaram-se como fonte os registros escritos em prontuários eletrônicos, os registros do grupo de DMII e a pesquisa sobre os dados da população adscrita.

Também foram realizadas entrevistas com informantes chaves, entre estes se encontram: a enfermeira da Unidade, agentes de saúde, diretor do asilo local, coordenador do NASF local, líderes comunitários, entre outros. Foi realizada entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas, para os entrevistados responderem de forma livre, e com isso, obter máximo aproveitamento do que os mesmos pensam, colaborando, desta forma na construção do plano de intervenção. Outra fonte de informação para coleta de dados refere-se às consultas e visitas domiciliares realizadas pelos agentes de saúde e médico. A partir destas informações, utilizando a Metodologia do Planejamento Estratégico em Saúde, foi definido o Plano de Intervenção (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

Foi também realizado pesquisa bibliográfica em artigos científicos, livro e textos indexados sobre o tema. As bases de dados informatizadas consultadas foram sites nacionais que trabalham com políticas de saúde, como o da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde (MS) e da Sociedade Brasileira de Diabetes, assim como as bases de dados da LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Para a consulta foram utilizados os seguintes descritores de assuntos: adesão à medicação, diabetes mellitus e promoção da saúde.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Dados epidemiológicos demonstram aumento dos casos de Diabetes Mellitus tipo II (DMII), relacionando, em parte, ao crescimento da expectativa de vida e da população idosa. A prevalência do DMII aumenta conforme a idade, chegando a 20% na população com 65 e mais anos (BRASIL, 2001).

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes a falta de adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus tipo II deve ser considerada mediante o diagnóstico e a instituição terapêutica, pois é de fundamental importância para a prevenção das complicações desta síndrome. Como se trata de uma patologia que frequentemente não apresenta um desconforto imediato, alguns pacientes podem não aderir adequadamente à terapia proposta. Outro motivo que dificulta esta adesão é o fato de incluir mudanças nos seus hábitos de vida. Além disto, o tratamento visa apenas à profilaxia das complicações, e não à cura definitiva, desmotivando alguns pacientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007). A literatura aponta várias razões que favorecem a não adesão ao tratamento, sendo estas de origens pessoais, comportamentais, socioeconômicas, relacionadas ao serviço de saúde, aos profissionais, ao tratamento, à doença e a outras patologias, sendo que não raro, há dificuldade dos pacientes em implementar as modificações no estilo de vida, devendo-se atentar para a adaptação do cliente com DMII à doença e ao tratamento (LESSA, 1998).

Estudo sobre a adesão medicamentosa em Saúde Coletiva revela que a questão da não adesão ao tratamento medicamentoso prescrito tem tomado importância nas últimas décadas e está sendo incluída na lista de preocupações dos profissionais de saúde (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). Ressalta-se que pacientes com baixo grau de aderência aos tratamentos propostos contribuem substancialmente ao agravamento da doença, morte e aumento dos custos dos serviços de saúde (OSTERBER, BLASCHKE, 2005). Ainda observa-se que a não adesão ao tratamento do DM é um problema conhecido no cenário nacional e internacional, que prejudica a resposta fisiológica à doença, a relação profissional-paciente, e aumenta o custo direto e indireto do tratamento (PARCHMAN, ZEBER, PALMER, 2010).

Estudo de metanálise mostra que pesquisas têm concluído que os pacientes que apresentam Diabetes Mellitus dificilmente seguem o tratamento proposto pelos profissionais de saúde, sendo que as taxas de não adesão costumam variar de 40 a 90%; assim identificar se o diabético segue as recomendações do tratamento é ponto fundamental para garantir a compreensão pelo paciente da gravidade da doença e do acesso às informações (GONDER-FREDERICK *et al.*, 1988).

Há evidências que a baixa escolaridade reflete o discutido em estudo sobre idosos em unidades da Estratégia Saúde da Família, os quais tiveram, predominantemente, pouco tempo de escolarização, o que reforça a necessidade de atenção especial para a compreensão do tratamento por esses idosos (PACHECO, 2005).

Estudo sobre a qualidade de vida em idosos aponta que as variáveis de controle metabólico, como colesterol total e hemoglobina glicosilada apresentaram associação estatisticamente significativa com a adesão ao seguimento do plano alimentar, exercícios físicos e medicamentoso (FARIA, 2013).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Identificação e priorização dos problemas

A partir da coleta de dados referente ao município por meio da observação diária da unidade, entrevistas com informantes chaves e visitas domiciliares foi possível identificar dois nós críticos do problema, considerados mais importantes desde que após a intervenção suas mudanças terão impacto no problema selecionado. Identificado como nós críticos o precário conhecimento da população em relação à própria doença e suas complicações e dificuldade de mudança no estilo de vida como fatores principais da má aderência ao tratamento (Quadro 1):

Quadro 1 - Principais problemas identificados na Unidade de Saúde da Família Ipanema 1, Uberlândia, 2015.

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>
Precário conhecimento da população em relação à própria doença e suas complicações	Alta
Dificuldade de mudança no estilo de vida	Alta

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

### 6.2 Plano de ação

De posse da determinação dos principais problemas foi elaborado o plano de intervenção visando atuar na má aderência ao tratamento de Diabetes Mellitus tipo II na população adscrita (Quadro 2):

Quadro 2 - Plano de Ação visando atuar na má aderência ao tratamento de Diabetes Mellitus tipo II na Unidade de Saúde da Família Ipanema 1, Uberlândia, 2015.

<b>Problema</b>	<b>Ações</b>	<b>Metas</b>	<b>Responsáveis</b>
Má aderência ao tratamento de Diabetes Mellitus tipo II	Classificar os pacientes em três níveis: - grave – pacientes que não utilizam a medicação prescrita ou que fazem uso de insulina plena de maneira irregular; - intermediário – pacientes que fazem uso de antidiabéticos orais juntamente com insulina de maneira irregular; - leve - pacientes que usam somente de antidiabéticos orais irregularmente.	Classificar os pacientes para melhorar o fluxo de atendimento de acordo com a gravidade do caso	Busca ativa pelas agentes de saúde dos casos de má aderência e identificação dos casos nas consultas médicas e de enfermagem realizadas na Unidade
Baixa participação dos pacientes no grupo de Diabetes Mellitus tipo II realizado mensalmente na Unidade	Questionar os participantes no grupo, nas consultas médicas e de enfermagem e nas visitas domiciliares quanto aos motivos das faltas e possibilidade de solução do problema (mudança de horário, mudança de abordagem, etc.)	Reestruturar o grupo com encontros semanais, novas abordagens e vinculação da renovação de receitas somente para pacientes que participarem ao menos duas vezes por mês no grupo	Equipe multiprofissional (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agentes de saúde, nutricionista e psicóloga) A enfermeira e as agentes comunitárias serão responsáveis pela organização do horário e busca ativa dos pacientes com DMII e sua classificação e a comunicação de todos da nova abordagem O médico será responsável pela comunicação da reestruturação do grupo para os pacientes com DMII A psicóloga será responsável pela abordagem mais humanizada dos pacientes que já possuem complicações da doença (ex. relatos dos amputados) e, manejo da ansiedade dos portadores de uma comorbidade que pode gerar várias complicações futuras A nutricionista irá participar da reunião uma vez ao mês, apresentando a dieta correta para o diabético e mostrando

			<p>resultados de pacientes que conseguiram ter uma perda de peso significativa com adesão à dieta e aos exercícios físicos regulares</p> <p>Em todos os encontros haverá pesagem dos pacientes e a verificação da glicemia capilar dos mesmos</p> <p>O médico ficará responsável pela elaboração dos slides com informações e imagens das complicações da doença com linguagem simples para que a população possa compreender o que está sendo dito</p> <p>A enfermeira e a auxiliar de enfermagem irão realizar apresentações nas reuniões do grupo demonstrando a maneira correta da aplicação da insulina e seus locais de aplicação</p>
Melhorar a abordagem da população	Realização capacitação da Equipe Multiprofissional	Melhorar a abordagem da população pela equipe multiprofissional	Serão realizados estudos em grupo, com busca sistemática de informações e apresentação pelo médico de temas de maior importância como objetivos de tratamento, complicações e importância do uso da medicação

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

### **6.3 Avaliação e monitoramento**

O plano de ação tem uma boa viabilidade, pois os recursos necessários encontram-se disponíveis na unidade, e os atores estão unidos em torno do mesmo objetivo, que é a melhora da saúde da população, sendo que a motivação que é necessária existe por parte de todos envolvidos.

Definido o prazo de três meses a partir do início do plano de ação para análise dos resultados, tendo como controle: os exames de rotina para o DMII, sendo os principais a glicemia em jejum e a hemoglobina glicosilada, a coleta de glicemia capilar nos dias do grupo, a frequência de participação no grupo, e a identificação do uso correto dos medicamentos, bem como a evolução do peso dos pacientes.

## 7 CONCLUSÃO

Após três meses do início da implantação do plano de ação proposta, identificam-se melhoras significativas em relação ao panorama da DMII na população adscrita da UBSF Ipanema 1. Observa-se que após a capacitação da equipe multiprofissional ocorreu mudança na postura dos profissionais no que se refere aos cuidados, orientações e busca ativa dos pacientes, sendo diagnosticados nove casos novos de DMII neste período.

A classificação em três níveis de gravidade também foi efetiva, ajudando concretamente na seleção dos pacientes que deveriam ter prioridade no atendimento médico, sendo identificados: quatro novos casos de retinopatia diabética, dois casos de insuficiência venosa grave com úlcera em membros inferiores necessitando de internação para debridamento, três casos de nefropatia diabética e quatro de polineuropatia diabética.

A partir das ações realizadas sobre o Grupo Operativo de DMII verifica-se aumento em três vezes aproximadamente do número de participantes, além de que entre os que já eram presentes observa-se aumento da frequência, entretanto foi falha a estratégia de vincular a renovação de receitas com a participação no Grupo Operativo. Foi constatada diminuição do peso em 60% dos pacientes, melhora dos níveis glicêmicos e de hemoglobina glicolisada em 47% dos pacientes, e aumento de 52% no uso correto das medicações somado aos exercícios físicos e dieta adequada nos pacientes em relação ao início da intervenção.

Em vista do apresentado, conclui-se a importância da participação ativa da Equipe Multidisciplinar da Unidade de Saúde, realizando os cuidados dos pacientes diabéticos integralmente, em todos os níveis de prevenção, para a melhora ou estabilização destes pacientes.

## REFERÊNCIAS

BAGGA, P, *et al.* Survey of diabetic retinopathy screening services in England and Wales. **Diabetic Medicine**, v.15, n. 9, p. 780-82, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde, Caderno de atenção básica: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Brasília; 2001. 94p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM)**: protocolo / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p. il. (Cadernos de atenção Básica, 7).

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Elaboração do plano de ação. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, p. 118, 2010.

FARIA, H. T. *et al.* Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 231-7, 2013.

FOSS-FREITAS MC. Cetoacidose diabética e estado hiperglicêmico hiperosmolar. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, p. 389-93, 2003.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. C. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n.1, p. 7-19, 2012.

GONDER-FREDERICK L. A. *et al.* Self-measurement of blood glucose: accuracy of self-reporter data and the adherence to recommended regimen. **Diabetes Care**, v. 11, n. 7, p. 579-85, 1988.

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

LESSA, I. Epidemiologia do tratamento e da adesão ao tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus. In: Lessa I. (org.). **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec/ ABRASCO, 1998. p.223-39.

OSTERBER, L.; BLASCHKE, T. Drug therapy: Adherence to medication. **The New England Journal of Medicine**, v. 353, n. 5, p. 487-97, 2005.

PACHECO, M. A. *et al.* Qualidade de vida e performance em idoso: estudo comparativo. **Saúde em Revista**, v. 7, n. 17, p. 47-52, 2005.

PARCHMAN, M. L.; ZEBER, J. E.; PALMER, R.F. Participatory decision making, patient activation, medication adherence, and intermediate clinical outcomes in type 2 diabetes: a STARNet study. **Annals of family medicine**. v. 8, n. 5, p. 410-7, 2010.

PEDROSA HC. Pé Diabético: aspectos fisiopatológicos, tratamento e prevenção. **Revista Brasileira Neurologia e Psiquiatria**, v. 1, p. 131-5, 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus**. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. p. 168, 2007.

WILD, S. *et al.* Global prevalence of diabetes – Estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, v. 27, n. 5, p. 1047-53, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2003**. Geneva: World Health Organization, 2003.

ZELMANOVITZ, T. *et al.* The receiver operating characteristics curve in the evaluation of a random urine specimen as a screening test for diabetic nephropathy. **Diabetes Care**, v. 20, n.4, p. 516-19, 1997.