

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**

**MAYELÍN PÉREZ EXPÓSITO**

**Contribuição para a promoção de estilos de vida saudáveis em usuários com Diabetes Mellitus Tipo 2, pertencentes à ESF Morrinhos do Sul, no município Morrinhos do Sul/RS.**

**PORTO ALEGRE-RS**

**2017**

MAYELÍN PÉREZ EXPÓSITO

**PORTFÓLIO FINAL**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à UNASUS/UFSCPA  
como requisito parcial para conclusão  
do Curso de Especialização em Saúde  
da Família.

Orientador: João Batista Cavalcante Filho

PORTO ALEGRE

2017

## SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO.....	4
2-ESTUDO DO CASO CLÍNICO.....	6
3-PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	13
4-VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.....	16
5-REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	20
6-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22
7-ANEXO 1-PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	24

## **INTRODUÇÃO:**

Meu nome é Mayelín Pérez Expósito, tenho 43 anos e sou cubana. Nasci e cresci na província de Holguín, em Cuba. Nesta província fiz minha educação básica e depois comecei a estudar medicina. Gradue-me com o título de médica o dia 11 de Julho de 1998, pela Universidade de Medicina “Mariana Grajales” da província dantes mencionada.

Iniciei meu trabalho profissional como médica no município de Sagua de Tánamo, localizado a 140 km da capital da província. Estive trabalhando 2 anos em um posto de saúde e posteriormente iniciei uma residência médica em Medicina Geral Integral por 3 anos; para continuar trabalhando como médica de família e comunidade. Como parte de minha superação profissional fiz um mestrado de Medicina Bioenergética, Natural e Tradicional e um diplomado em Homeopatia; pelo que também atendia uma consulta na policlínica “Jorge Fernández” onde aplicava estes conhecimentos. Fazia plantão no hospital do município, atendendo urgências médicas.

Em Julho de 2016 comecei a participar do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e desde Agosto de 2016, atuo no município Morrinhos do Sul, do estado Rio Grande do Sul. Trabalho na Estratégia de Saúde de Família (ESF) de Morrinhos do Sul, localizada na RS estadual 494, KM 12 deste município. O atendimento em consultas é feito no posto de saúde central e em 3 postos localizados no interior do território.

A população atendida abrange um total de 3175 pessoas (IBGE, 2016). O território designado à ESF corresponde a 7 microáreas. A população em sua maioria é descendente de alemães; a economia está baseada na agricultura, principalmente ao cultivo de bananas. Há varias igrejas católicas e evangélicas, além de duas escolas públicas e uma creche. As pessoas geralmente têm um bom nível de vida, mas existem estilos de vida pouco saudáveis na população, como: maus hábitos alimentares, incluindo ingestão exagerada de doces, o sedentarismo e conseqüente sobrepeso, entre outros. Isto favorece a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis.

Com relação aos problemas de maior relevância na ESF foram priorizados: o aumento de doenças crônicas não transmissíveis (Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2), as neoplasias e as infecções respiratórias.

Nossa ESF tem um total de 220 diabéticos, representando 6,9% da população, valores elevados de acordo com critérios da OMS (Brasil, 2013).

O projeto de intervenção na ESF foi sobre Diabetes Mellitus tipo 2, com o título: Contribuição para a promoção de estilos de vida saudáveis em usuários com Diabetes Mellitus tipo 2, pertencentes à ESF Morrinhos do Sul, no município Morrinhos do Sul/RS.

A Diabetes Mellitus Tipo 2 é considerada uma doença não transmissível com repercussão na saúde, é um fator de risco para agravos comuns na saúde coletiva, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, e tendo em conta o aumento da procura dos serviços médicos na demanda cotidiana, o aumento dos casos de Diabetes na comunidade foi o problema escolhido.

A metodologia foi feita através da identificação da população com Diabetes Mellitus tipo 2 e durante as consultas, fornecendo uma entrevista para detectar os conhecimentos que as pessoas têm sobre sua doença e identificar os fatores de risco presentes, para logo realizar atividades de educação sobre promoção em saúde; seguindo o cronograma determinado e com o objetivo de promover estilos de vida saudáveis para melhorar a qualidade de vida desta população.

## **ESTUDO DE CASO CLÍNICO**

CASO CLÍNICO: ESF MORRINHOS DO SUL

ANAMNESE:

Identificação:

Nome: M. B. R.

Idade: 57 anos

Sexo: feminino

Raça: branca

Escolaridade: Ensino fundamental completo

Religião: católica

Estado civil: casada

Profissão: aposentada

Naturalidade: RS

Residência atual: Morrinhos do Sul

QUEIXA PRINCIPAL:

Emagrecimento de 5 kg nos últimos 3 meses

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

1ra Consulta Médica (05/04/2017):

Paciente feminina de 67 anos, com antecedentes de Hipertensão Arterial há 20 anos, com tratamento de captopril 25mg(1 comp. 8 em 8 h). Que vem a consulta com quadro de perda de peso nos últimos 3 meses de 5 kg aproximadamente; embora tenha apetite aumentado, sede aumentada, está urinando em excesso e sente fraqueza.

**INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:**

Sintomas gerais: perda de peso +/- 5 kg em 3 meses

Cabeça e pescoço: sem alterações

Tórax: sem alterações.

Abdome: sem alterações.

Sistema geniturinário: urina em excesso.

Sistema endócrino: sem alterações.

Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades: dor articular.

Sistema nervoso: sem alterações.

**ANTECEDENTES PESSOAIS:**

. Nascida de parto normal é a 3ra filha de 5 filhos.

. Telarca: 10 anos.

. Menarca: 12 anos.

. Sexarca: 12 anos.

. História obstétrica: G2 P1n C1 A0

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:**

. Doenças da infância: caxumba.

. Antecedentes cirúrgicos: 1 cesárea.

. Hipertensão Arterial.

. Medicamentos em uso: captopril.

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

. Pai: falecido, com HAS.

. Mãe: viva, com HAS e DM tipo 2

. 1ra irmã: viva, com DM tipo 2.

. 2da irmã: viva, com HAS.

#### CONDIÇÕES DE VIDA:

. Alimentação: consumo excessivo de doces, gorduras e baixo consumo de frutas e verduras.

. Habitação: Casa de madeira e telhado de fibro, com 3 quartos, 1 sala, 1 cozinha, 1 banheiro e água potável. Mora com seus pais, 1 filho casado que tem 2 filhas e outro filho mais jovem, que é solteiro.

. História ocupacional: Trabalhou 20 anos na agricultura.

. Atividades físicas: não realiza atividades físicas.

. Vícios: não tem.

. Condições socioeconômicas: a renda familiar é de 2 salários mínimos (1 filho e sua esposa que trabalham).

. Vida conjugal e ajustamento familiar: casada e tem conflito familiar com seu filho mais jovem, que consome drogas.

#### EXAME FÍSICO:

Paciente de biótipo normolinea, em regular estado geral, fászie normal, mucosas coloreadas, hidratada, afebril.

Sinais vitais: Temperatura: 36,2°C, PA: 130x80 mmHg, FC: 88 bpm, FR: 18 irpm

Medidas antropométricas: Peso: 77, 212 kg, altura: 165 cm, CA: 97 cm

Estado nutricional: IMC (Índice de massa corporal): 28,3(sobrepeso)

. Cabeça e pescoço: simétricos, sem deformidades aparentes, ausência de adenopatias cervicais, Tireóide não visível e não palpável, com tamanho normal. Orofaringe: normal.

. Tórax: Inspeção: tórax típico, simétrico, não dispnéia, não tiragem, não outras alterações visíveis.

Palpação: expansibilidade torácica normal, frêmito toraco- vocal sem alterações.

Percussão: sem alterações.

Ausculda pulmonar: não estertores.

Ausculda cardíaca: ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros.

. Abdome: globuloso à inspeção, com cicatriz de cesárea de 10 cm, não doloroso à palpação superficial nem profunda. Não visceromegalia. Ruídos hidroaéreos normais.

. Exame dos pés: não lesões cutâneas, sem deformidades à inspeção, não edemas, unha encravada no 2do dedo do pé direito.

. Extremidades: sem edemas.

. Neurológico: paciente lúcida, orientada no tempo e no espaço. Sensibilidade normal.

Nesta paciente tenho a suspeita de Diabetes Mellitus tipo 2, sobretudo pela clínica, além da idade, os antecedentes pessoais e familiares, e os fatores de risco associados (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e sobrepeso). Também tem glicemia casual de 220 mg/dl.

#### CONDUTA:

Seguindo os critérios disponibilizados no Caderno de Atenção Básica (CAB Nº 36, 2013) fiz uma indicação de glicemia de jejum (com não mínimo de 8 horas de jejum) para confirmação diagnóstica. E agendo retorno à consulta em 7 dias.

#### CONSULTA MÉDICA (12/04/2017)

Paciente M. B.R que vem a consulta no dia de hoje, com os dados de triagem:

-PA: 120/70 mm Hg e Peso: 77, 215 kg.

Traz resultado de glicemia de jejum: 210mg/dl, sendo confirmado o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.

Consultamos histórico do paciente, e fazemos um novo exame físico, que corresponde ao que foi encontrado na consulta anterior, sem outros dados de interesse no momento. Mas, detectamos que a paciente que é hipertensa, tinha fatores de risco cardiovascular; pelo que com o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 é considerada de alto risco, e apresenta risco maior de 20% em 10 anos de sofrer evento cardiovascular, segundo o CAB N° 37, Ministério de saúde, 2013.

#### CONDUTA:

- Indicação de outros exames: Hemoglobina glicada, Uréia, Creatinina, Colesterol total, HDL, Triglicerídeos, exame de urina tipo 1.
- Modificações de estilo de vida.
- Evitar consumo de alimentos ricos em açúcar, em sal, em gorduras, também evitar os alimentos industrializados. Consumir frutas, verduras, preferir o consumo de peixes e manter uma dieta saudável.
- Fazer exercícios físicos regularmente.
- Encaminhamento a oftalmologista para realizar fundo de olho e avaliação.
- Solicito avaliação por outros especialistas como: nutricionista para prescrever dieta, podologista para ajudar no cuidado dos pés, nefrologista e outros, se necessário.
- Controle glicêmico para avaliação na próxima consulta.
- Voltar à consulta no prazo de um mês.

#### CONSULTA MÉDICA (14/05/2017):

Paciente que vem a consulta com os exames feitos: Hemoglobina glicada (HBA1C): 8,5%; Creatinina: 0,7mg/dl; uréia: 40 mg/dl; creatinina: 0,7 mg/dl; colesterol total: 210 mg/ dl; HDL: 40 mg/dl; Triglicerídeos: 140 mg/ dl, exame de urina tipo 1: glicosúria (++) . Fundoscopia: normal.

Dados de triagem: PA: 120/80 mm Hg, Peso: 77, 050 kg.

Controle glicêmico:

.15/04/2017: 200mg/dl

. 22/04/2017: 185mg/dl

. 29/04/2017: 197 mg/dl

. 06/05/2017: 180 mg/dl

A paciente foi avaliada pela nutricionista, que indicou dieta para sobrepeso e a diabetes, também teve uma consulta com uma podóloga que tratou a unha encravada. A consulta com o endocrinologista está pendente.

Mantém-se o controle glicêmico, a dieta de diabetes, deve continuar realizando exercícios físicos e modificando estilos de vida. Mantém o tratamento anti-hipertensivo. Na próxima consulta se avaliará o uso de hipoglicemiantes orais.

Se começa tratamento com sinvastatina 20 mg- 1 comp. à noite para controle do colesterol.

#### CONSULTA MÉDICA (15/07/2017)

Dados de triagem: PA: 120/75 mm Hg; Peso: 76, 850 Kg

Paciente que já foi avaliado por endocrinologista, que manteve o controle glicêmico acima de 180 mg/dl, cumpriu 3 meses de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, pelo que seguindo as orientações do CAB N° 36, começaram o tratamento farmacológico com metformina 500mg no início e depois 850mg após café da manhã.

#### CONDUTA:

-Manter modificações no estilo de vida e cumprir com o tratamento de metformina 850mg- 1 comprimido após café da manhã.

-Retorno para consulta agendada.

\*Foi realizada visita ao domicílio da paciente (10/08/2017), fez-se uma avaliação dos fatores de risco e a adesão ao tratamento, decidiu-se aumentar a dose de metformina 850 mg- 1 comprimido após café da manhã e outro após de jantar, porque o controle glicêmico ainda não era bom.

## CONSULTA MÉDICA (06/09/2017)

Dados de triagem: PA: 120/70 mm Hg, Peso: 76, 230 Kg

Controle glicêmico:

. 13/08/2017: 146 mg/dl

. 20/08/2017: 130 mg/dl

. 28/08/2017: 125 mg/dl

. 06/09/2017: 127 mg/dl

## CONDUTA:

-Decidimos manter tratamento farmacológico e não farmacológico.

-Seguimento a cada três meses em consulta e deve comparecer antes se houver algum sintoma de descontrole da doença.

- Realizar HBA1C trimestral e resto dos exames anual o dependendo do quadro clínico da paciente.

## **PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

Na unidade de saúde onde atuo (Morrinhos do Sul); realizamos uma atenção à saúde de forma contínua e sistematizada com o objetivo de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde de nossa comunidade.

Para lograr uma adequada atenção integral em saúde, temos presente a promoção em saúde e a prevenção de doenças.

Promoção é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (CARTA DE OTTAWA, 1986).

A prevenção orienta-se às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades, sendo o foco a doença e os mecanismos para atacá-la (BUSS, 2003).

Nas ações realizadas junto a minha equipe destacamos 3 itens importantes que são: a atenção pré-natal, a puericultura e a saúde mental.

As ações preventivas são importantes na assistência pré-natal, para a prevenção de doenças e agravos durante a gestação e para aprender sobre os cuidados com o bebê após o parto.

A avaliação do pré-natal pode contribuir para melhorar a assistência as gestantes, diminuindo os índices de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2009).

Embora, meu projeto de intervenção fosse realizado sobre a promoção de estilos de vida saudável em pacientes com Diabetes Mellitus; para nossa equipe é importante também a pesquisa de algumas doenças que podem ocorrer durante o pré-natal e, sobretudo da Diabetes gestacional, que é o aumento de glicose sanguínea durante a gravidez. Pelo que promovemos estilos de vida saudáveis para evitar fatores de risco que aumentem o risco de desenvolver uma Diabetes gestacional. Entre os principais fatores de risco que devemos evitar estão: o ganho de peso excessivo durante a gestação, a obesidade, a idade avançada da grávida, a Hipertensão Arterial associada, entre outras.

Nas ações realizadas pela equipe durante o pré-natal temos:

- Captação precoce de todas as gravidezes.
- Adequada orientação higiênico- dietética.
- Controle dos exames realizados nos três trimestres da gestação.
- Conseguir a participação do esposo da grávida durante esta etapa.
- Vinculação da gestante a uma unidade de referência para assistência ao parto.
- Identificação oportuna de possíveis problemas que podem afetar a gravidez e a formação do bebê.
- Informação sobre sintomas e sinais do parto.
- Educação sobre aleitamento materno e cuidados do recém-nascido.
- Disponibilizar transporte para a realização dos exames necessários e para ir à maternidade.

A puericultura, também tem prioridade entre nossos atendimentos.

As consultas de puericultura constituem um momento oportuno para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e para as atividades focadas na prevenção de agravos por meio da educação em saúde visando à capacitação e sensibilização das mães quanto aos cuidados à criança (BRASIL, 2014).

Nas ações realizadas junto a minha equipe são:

- Promover o aleitamento materno e a educação alimentar adequada segundo a idade da criança.
- Educar sobre a segurança e a prevenção de acidentes.
- Garantir o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança na atenção primária de saúde.
- Estimular à prevenção das doenças através do uso correto da vacinação.
- Estimular a promoção de saúde e prevenção das doenças mais comuns na infância.

-Propiciar a socialização e estimulação cultural da criança em seu meio social.

Outra prioridade em nossos atendimentos é a saúde mental. Sendo os problemas de saúde mentais muito freqüentes em nossa prática diária e associados à elevada incapacidade e morte prematura.

Por isso é essencial a participação de toda a equipe de trabalho, com o apoio de psicólogos e psiquiatras para conseguir através de ações comunitárias, sobretudo de promoção de saúde e prevenção de doenças mentais; favorecer a inclusão social das pessoas portadoras de transtornos mentais e seus familiares, no território onde vivem.

As principais ações de nossa equipe estão baseadas no respeito aos pacientes portadores de transtornos mentais; o apoio à reinserção social e familiar destes pacientes; manter uma abordagem psicossocial e uma atenção multidisciplinar; além da busca ativa de pacientes com doenças mentais, assim como evitar que estes abandonem o tratamento médico.

No caso dos pacientes com Diabetes Mellitus, estes têm um maior risco para desenvolver doenças de saúde mental como: depressão e ansiedade; associados à baixa adesão ao tratamento, ao controle glicêmico inadequado e a uma qualidade de vida prejudicada.

Pelo que as ações preventivas devem conseguir reduzir a incidência e prevalência destes transtornos, além de diminuir o impacto da doença sobre o paciente, seus familiares e a comunidade.

## **VISITA DOMICILIAR**

A visita domiciliar é definido como uma forma de atenção em Saúde Coletiva voltada para o atendimento ao indivíduo e à família ou à coletividade, que é prestada nos domicílios ou junto aos diversos recursos sociais locais, visando à maior equidade da assistência em saúde (CECCIM; MACHADO, 2005).

A visita domiciliar é um instrumento que aproxima ao profissional da família e da comunidade, criando um vínculo afetivo entre as partes envolvidas, permitindo a troca de saberes, das diversas necessidades, tanto quanto do usuário como do profissional. Com isso, consegue-se maior efetividade de ações que envolvam o cuidado ao indivíduo e família, ao meio ambiente, entre outros, além de se caracterizar pelo baixo custo e alta efetividade. Portanto, a visita domiciliar tem uma grande importância na área da saúde, e por meio dela podemos avaliar as condições ambientais e físicas em que vive o indivíduo e sua família, prestar assistência, levantar dados sobre condições de habitação e saneamento e aplicar medidas de controle, nas doenças transmissíveis ou parasitárias, e principalmente educar (KAWAMOTO; SANTOS; MATTOS, 2009).

Na Estratégia de Saúde da Família de Morrinhos do Sul onde trabalho, os principais objetivos de nossa equipe durante as visitas domiciliais são: conhecer o domicílio do paciente que está sendo visitado e as características ambientais, socioeconômicas e culturais; identificar os fatores de risco individuais e familiares existentes; prestar assistência aos pacientes em seu domicílio, sobretudo naqueles que apresentam alguma doença que lhes impede o deslocamento até a unidade de saúde, como é o caso dos encamados ou muito idosos. Também nosso objetivo é promover ações de promoção à saúde e incentivar as mudanças de estilos de vida; estimular a adesão do paciente ao tratamento; evitar na evolução das doenças para complicações; bem como, diminuir o número de internações hospitalares e conseguir a independência e autonomia dos pacientes e de sua família através de práticas do autocuidado.

Quanto à organização das visitas domiciliais em nosso município a equipe trabalha em conjunto para garantir que se cumpram os objetivos. Uma grande maioria dos pacientes solicita a visita através de nossas agentes comunitárias ou de outro membro da equipe; mas todas as semanas em reunião com a equipe são

avaliadas os casos e se priorizam os indivíduos ou famílias de maior risco. Temos em conta as situações de urgência, que precisam atendimento imediato; também os problemas que constituem risco para a saúde das pessoas; as doenças crônicas agravadas; os problemas de incapacidade que impeça que o paciente assista a nossa UBS. As visitas são realizadas todas as quartas feiras pela manhã, e participa a médica, a enfermeira e a agente de saúde da área, o que facilita muito nosso trabalho. São realizadas de 4 a 5 visitas por semanas. Mas, a frequência das visitas está de acordo às necessidades de saúde de cada paciente e sua família e dependendo do critério da avaliação do profissional de saúde. Durante as visitas solicitamos que a família ou os cuidadores se encontrem presentes para esclarecer dúvidas referentes à conduta e cuidados dos pacientes.

Nosso município não conta com NASF e temos dificuldades com os pacientes visitados que precisam de encaminhamentos para especialistas fora do município ou quando o paciente precisa exames porque também não temos laboratório na área. Os casos mais complexos são consultados através de Telessaúde e atendidos em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. A UBS disponibiliza um carro para o traslado dos pacientes à capital do estado.

Mas, muitas vezes temos dificuldades com o transporte para realizar as visitas, sobretudo, porque este está cumprindo com outras atividades priorizadas dá secretária e não está disponível no momento da visita; não tendo como chegar até o domicílio de muitos pacientes, sobretudo os do interior do município. Além disso, que sempre confirmamos o horário da visita com antecipação e o paciente fica esperando pela equipe de saúde. Pelo que isso pode gerar certo grau de insatisfação na população e impede cumprir nossos objetivos.

As visitas a usuários com doenças crônicas são prioridade em nossos atendimentos domiciliais pela grande quantidade de pessoas com estas doenças em nossa área. Sendo os pacientes com Diabetes Mellitus motivo frequentes de nossas visitas.

O acompanhamento domiciliar periódico dos usuários diabéticos permite-lhe a nossa equipe interagir com sua realidade, constituindo um momento de comunicação e criação de um vínculo, além de avaliar o ambiente em que se encontra inserida a pessoa e de iniciar a busca ativa de fatores que propiciam ou

não a adesão do paciente ao tratamento. Isto é importante para o trabalho de nossa equipe porque os principais problemas encontrados nas visitas são a falta de adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes diabéticos e a ausência de intervenção nos hábitos alimentares e na modificação de estilos de vida. Isto foi uma motivação para realizar meu projeto de investigação com o objetivo de contribuir à promoção de estilos de vida saudáveis em pacientes diabéticos, sendo as visitas ao domicílio fundamentais para obtê-lo.

O atendimento domiciliar pode melhorar os conhecimentos do indivíduo sobre a doença, modificar as atitudes psicológicas, favorecer a mudança de comportamento associada à dieta e atividade física e, conseqüentemente, melhorar o controle glicêmico e a qualidade de vida, além de incentivar habilidades e fortalecer atividades educativas para o autogerenciamento dos cuidados (KERBER; KIRCHOF; CEZAR, 2010).

A relevância de a visita domiciliar justifica-se pelo fato de que muitos usuários diabéticos enfrentam obstáculos de acesso aos serviços de saúde por diversos fatores, tais como a distância entre o local de moradia e os serviços que prestam atendimento; a limitação física e a insuficiência de vagas nos serviços, causando uma demanda reprimida (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

O acompanhamento domiciliar também é importante para controlar e estabilizar a Diabetes Mellitus devido às complicações crônicas como acidente vascular isquêmico, infarto agudo do miocárdio, retinopatia diabética, insuficiência renal, retinopatia diabética; além da probabilidade maior para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares quando descompensado e sem acompanhamento clínico (KERBER; KIRCHOF; CEZAR, 2010).

A realização de procedimentos nas visitas é a aferição da pressão arterial e da glicemia capilar em usuários diabéticos. Além que se indicam alguns exames para controle da Diabetes Mellitus e as possíveis complicações que podem aparecer durante o curso da doença são avaliadas.

Pelo que a visita domiciliar é um método de avaliação, que contribui na melhoria de nossos atendimentos e favorece o desenvolvimento de ações pautadas nos anseios e realidade da população atendida. O cuidado domiciliar decorrente da

Estratégia Saúde da Família pode garantir a integralidade, a humanização e o cuidado centrado no usuário e sua família.

## REFLEXÃO CONCLUSIVA

Durante meu trabalho como médica da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Morrinhos do Sul tem conhecido uma população e uma cultura diferente à de meu país, mas com situações de saúde semelhantes em muitos aspectos e com os mesmos anseios de receber uma atenção médica de qualidade.

Através do Curso de Especialização conheci melhor a modalidade de assistência na Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS); com foco na população de abrangência da ESF e reconhecimento dos problemas da comunidade. Também tive uma melhor visão da organização na prática clínica na APS, com incorporação dos princípios de acesso aos serviços de saúde, a longitudinalidade, integralidade e a coordenação, a fim de prover cuidados centrados nas pessoas, às famílias e na comunidade do território.

Acho que tive um bom aproveitamento do curso porque as aulas, as leituras dos artigos e a realização das atividades dos módulos me conseguiram melhorar meus conhecimentos sobre atenção básica. Além disso, os casos estudados ajudaram-me a conhecer problemas e doenças de saúde que nunca tinha tratado o que me facilitou me inserir melhor na realidade de saúde de minha comunidade.

Uma das mudanças em minha prática profissional foi a utilização dos prontuários eletrônicos, que permitem garantir a continuidade e longitudinalidade do cuidado das pessoas; bem como manter um arquivo de dados-base das pessoas e famílias, para ser utilizados pela equipe em seu trabalho. As aulas sobre o registro clínico orientado por problemas, utilizando o método SOAP ajudou-me a trabalhar com os prontuários e até consegui ajudar a outros membros da equipe que não estavam capacitados. Atualmente podemos recolher mais informações e dar um melhor seguimento aos casos dos pacientes.

Uma mudança importante foi a criação de grupos de Hipertensão e Diabetes Mellitus, que ainda sendo as doenças que mais afetam a comunidade, quando comecei a trabalhar no município ainda não tinham sido criados, pelo que acho que isso é uma conquista da equipe. Isto favoreceu a realização de práticas educativas para promover hábitos de vida saudáveis e prevenção das complicações decorrentes da não adesão terapêutica dos usuários com estas doenças.

A realização de palestras sobre Hipertensão, Diabetes Mellitus, Câncer de mama e de colo de útero, por sua importância, tiveram uma boa acolhida em nossa população; sendo estes temas estudados nos casos complexos do Curso de Especialização, o qual me ajudou a aperfeiçoar meus conhecimentos sobre estas doenças.

Outra das mudanças foi o incremento das visitas domiciliares propiciando uma maior vinculação da equipe de saúde com os indivíduos da comunidade. Além de permitir o conhecimento da família e das possíveis disfuncionalidades que prejudicam o bem-estar biopsicossocial de seus membros. A visita domiciliar permite um melhor conhecimento da realidade e o contexto no qual as pessoas estão inseridas, pelo que podemos dar solução a seus problemas de saúde e favorecer a melhoria de sua qualidade de vida.

Outra mudança importante está relacionada com a saúde mental. Anteriormente os usuários que fazem uso de medicamentos controlados, chegavam à recepção da UBS solicitando a renovação da receita e deixando a mesma para que o médico emitisse uma nova. Nestes momentos as consultas para renovar a receita estão sendo agendadas, pelo que temos um maior controle das doenças de saúde mental do território, com registro da mesma na ficha individual da cada paciente, bem como dos medicamentos utilizados. Meus conhecimentos sobre este tema incrementaram-se com o curso de especialização, o qual me serviu para fazer uma melhor avaliação dos pacientes e seus tratamentos. Além do trabalho que faço com o psiquiatra que se incorporou faz uns meses à UBS, o que permite um melhor seguimento dos casos mais complexos com doenças mentais e uma melhor qualidade na atenção brindada a estes pacientes.

A realização do Trabalho de Conclusão de Curso permitiu-me incrementar meus conhecimentos sobre estes aspectos e, sobretudo sobre a Diabetes Mellitus que foi o tema escolhido em meu projeto investigativo. A partir das revisões bibliográficas e as pesquisas realizadas sobre Diabetes Mellitus foi possível desenvolver um plano de ações educativas, junto a minha equipe e assim contribuir a modificar os estilos de vida dos usuários diabéticos de nossa população com o objetivo de diminuir a morbimortalidade provocada por esta doença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. Brasília. Ministério da saúde, 2013. (Cadernos de Atenção básica, n.36).

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria da atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da saúde, 2013. (Cadernos de Atenção básica, n. 37).

Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. 1., 1986, Ottawa, Carta de Ottawa, 1986.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. ; FREITAS, C. M. (Org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 15-38.

GONÇALVES, C. V.; CESAR, J. A.;MENDOZA-SASSI, R. A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudio de base populacional no sul do Brasil. Cad Saúde Pública, 2009; 25: 2507-16.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília. Ministério da Saúde, 2014.

Ministério da saúde. Agenda de compromissos para à saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília. D F, 2005.

Ministério da saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2007.

Saúde mental. Brasília, D F, 2013. (Caderno de atenção básica, n. 34)

Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. V. 2. Brasília: Ministério da saúde, 2013.

CECCIM, R.; MACHADO, N. Contato domiciliar em Saúde Coletiva. Porto alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

KAWAMATO, E. ; SANTOS, M. C.H.; MATTOS, T.M. Enfermagem comunitária. 2. Ed. São Paulo: EPU, 2009.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF A. L. C.; CEZAR, M.R. Atenção domiciliar e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira. Acta Enferm. 2010; 23(2): 244-50.

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de fortaleza, Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública, 2009; 25: 1103-12.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**

Mayelín Pérez Expósito

Contribuição para a promoção de estilos de vida saudáveis em usuários com Diabetes Mellitus Tipo 2, pertencentes à ESF Morrinhos do Sul, no município Morrinhos do Sul/RS.

**Porto Alegre**

**2017**

## RESUMO

**Introdução:** O aumento acelerado da incidência da diabetes tipo 2, na maioria dos países do mundo, incluindo Brasil, as conseqüências sociais, financeiras e humanas desta “epidemia” dependerão da adaptação dos recursos e da organização dos sistemas de saúde para prevenir e enfrentar as complicações da doença. A Diabetes Mellitus tipo 2 é considerada uma doença não transmissível com repercussão na saúde, é um fator de risco para agravos comuns na saúde coletiva, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Tendo em conta o aumento da procura dos serviços médicos na demanda cotidiana e o aumento dos casos de Diabetes na comunidade foi o problema escolhido no projeto de intervenção. O **objetivo** do projeto é Identificar os fatores de risco e realizar atividades de educação sobre promoção em saúde e estilos de vida saudáveis em usuários com Diabetes Mellitus tipo 2 na população atendida na ESF de Morrinhos do Sul. **Metodologia:** primeiramente a identificação da população com Diabetes Mellitus e fatores de risco presentes antes de desenvolver a doença e com complicações secundárias aos mesmos, presente entre os usuários cadastrados na equipe. Esta investigação será feita através de abordagem no momento do acolhimento da equipe durante as consultas e as visitas domiciliares. Durante as consultas se fornecerá uma entrevista com o objetivo de detectar quais conhecimentos eles têm sobre sua doença em relação a fatores de risco como alimentação inadequada, a falta de exercícios físicos, controle de obesidade e sedentarismo; logo serão realizadas atividades de educação sobre promoção em saúde, palestras e discussões em grupo com o objetivo de promover estilos de vida saudáveis. **Resultados esperados:** Com a implementação das ações propostas neste estudo espera-se melhorar o conhecimento dos usuários diabéticos sobre sua doença seus cuidados, fatores de risco e contribuir para mudanças no estilo de vida, especialmente, estimular a prática de exercícios físicos e realização de uma dieta balanceada para melhorar a qualidade de vida e evitar complicações futuras.

Palavras-chave: Promoção, Diabetes Mellitus tipo 2, Estilo de vida.

**SUMÁRIO**

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>29</b>
2.1OBJETIVO GERAL.....	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>30</b>
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>32</b>
<b>5. CRONOGRAMA.....</b>	<b>34</b>
<b>6. RECURSOS NECESSÁRIOS.....</b>	<b>35</b>
6.1 RECURSOS HUMANOS.....	35
6.2 RECURSOS MATERIAIS.....	35
<b>7. RESULTADOS ESPERADOS.....</b>	<b>36</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>37</b>
<b>9. ANEXOS.....</b>	<b>39</b>
9.1ANEXO 1.....	39
9.2ANEXO 2.....	40

## INTRODUÇÃO

A atenção primária é a porta de entrada ao sistema de saúde. Nosso compromisso fundamental é a promoção e prevenção, as quais para ter êxito devem ser baseadas em uma série de estratégias e ações programáticas integradas: a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações. A hipertensão arterial e o Diabetes Mellitus representam dois dos principais fatores de risco das doenças cardiovasculares e primeira causa de morte no Brasil (COELHO, 2005; JARDIM, 2007; SANCHEZ; PIERIM; MION JÚNIOR, 2004).

Existem muitas possibilidades de associação das duas doenças num mesmo paciente, elas têm vários fatores de risco e aspectos em comum, como exemplo, a obesidade, sedentarismo e dislipidemias. As doenças são crônicas e incuráveis, produzem complicações em órgãos como o coração, rins, cérebro, nervos periféricos, complicações ósseas crônicas que podem ser evitadas com mudanças de estilo de vida (BRASIL, 2013).

Não há dúvida que, nesse momento de aumento acelerado da incidência do diabetes tipo 2, na maioria dos países do mundo, com o Brasil incluído, as conseqüências sociais, financeiras e humanas desta “epidemia” dependerão da adaptação dos recursos e da organização dos sistemas de saúde para prevenir e enfrentar as complicações da doença. Ao mesmo tempo, a prevenção do diabetes, através da luta contra a obesidade e o sedentarismo, tem um papel essencial para preservar o futuro (FONTBONNE A, 2013).

Trabalho na estratégia de saúde da família (ESF) de Morrinhos do Sul, que apresenta uma população de 3, 175 pessoas, a divisão por sexo está calculada em 1, 613 do sexo masculino e 1562 do sexo feminino, com predomínio do sexo masculino e faixa etária entre 30 e 59 anos. A maior parte dos usuários mora na zona rural (IBGE, 2016).

Com relação à saúde no município, temos uma ESF com um posto de saúde central e três postos no interior. Minha equipe de saúde está formada por uma médica, uma enfermeira, um pediatra, uma ginecologista, dois dentistas, sete auxiliares de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, uma farmacêutica,

uma recepcionista e uma moça de limpeza, sendo nossa principal atividade laboral: prevenção e promoção da saúde e trabalho em equipe.

O padrão atual de vida associa-se a crescente incidência de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes Mellitus, hipertensão arterial sistêmica (HAS), neoplasias, infecções respiratórias, alérgicas e acidentes de trânsito.

Com relação aos problemas de maior relevância na ESF Morrinhos do Sul foram priorizados pela equipe os seguintes pontos: aumento de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão e diabetes tipo 2), neoplasias e infecções respiratórias.

A ESF tem um total de 220 diabéticos, representando 6,9% da população. Valores altos de acordo com critérios da OMS (BRASIL, 2013). Dos pacientes com diabetes 100% têm um bom acompanhamento e seguimentos em consultas e visitas domiciliares. A equipe tem planejado as visitas domiciliares, com prioridade aos pacientes com atraso nas consultas agendadas e exames.

A Diabetes Mellitus Tipo 2 é considerada uma doença não transmissível com repercussão na saúde, é um fator de risco para agravos comuns na saúde coletiva, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, e tendo em conta o aumento da procura dos serviços médicos na demanda cotidiana e o aumento dos casos de Diabetes na comunidade foi o problema escolhido. Por este motivo decidiu-se fazer um estudo de intervenção buscando promover estilos de vida saudável para melhorar a qualidade de vida desta população.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

Contribuir para a promoção de estilos de vida saudáveis em usuários com Diabetes Mellitus Tipo 2, pertencentes à ESF de Morrinhos do Sul.

### **Objetivos específicos**

- 1- Identificar os fatores de risco para os usuários com Diabetes Mellitus tipo 2 na população assistida pela ESF de Morrinhos do Sul;
- 2- Realizar atividades de educação sobre promoção em saúde e estilos de vida saudáveis em usuários com Diabetes Mellitus tipo 2 na população atendida na ESF de Morrinhos do Sul;
- 3- Monitorar se as ações de promoção de saúde são efetivas na melhoria da qualidade de vida dos usuários com Diabetes Mellitus tipo 2 da comunidade de Morrinhos do Sul.

## Revisão da bibliografia

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (ADA, 2006).

O termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. A administração de insulina nesses casos, quando é efetuada, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e quando está presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito grave. A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura (BRASIL, 2001)

Em geral, mostram evidências de resistência à ação da insulina e o defeito na secreção de insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Em alguns indivíduos, no entanto, a ação da insulina é normal, e o defeito secretor mais intenso (BRASIL, 2005).

As transformações sofridas pela população mundial, no último século, no que diz respeito à alimentação, à expectativa de vida e às causas de morte redefiniram o perfil de suscetibilidade às doenças, ou seja, as mudanças socioeconômicas e culturais refletiram em maus hábitos alimentares, sedentarismo e conseqüente sobrepeso. A união destes fatores ao envelhecimento populacional favoreceu a ocorrência das condições crônicas como a diabetes (GOMEZ, 2006).

Com isso, estas doenças crônicas passaram a ocupar lugar de destaque entre os problemas de saúde pública, visto que, seus portadores necessitam de um acompanhamento contínuo e cuidadoso, casos contrários, podem evoluir para complicações conseqüentes da doença. Estas últimas são, em sua maioria, graves e geram grande transtorno à sociedade em geral, não apenas pelo ônus financeiro de seu tratamento, mas também pela redução da qualidade de vida e produtividade do indivíduo acometido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reporto no ano 2013 uma prevalência de 371 milhões de diabéticos em todo mundo (RUBINSTEIN, 2007).

A prevalência a nível mundial da Diabetes Mellitus (DM) aumentou em grau impressionante durante os dois últimos decênios tanto da Diabetes Mellitus de tipo 1 como da Diabetes Mellitus de tipo II. A prevalência de DM de tipo 2 e sua precursora tolerância da glicose alterada em determinadas ilhas do Pacífico, intermediária em países como Índia e Estados Unidos, e relativamente baixa em Rússia e China. É provável que esta variabilidade se deva tanto a fatores genéticos como ambientais. A prevalência da Diabetes Mellitus varia também entre as diferentes populações étnicas dentro de um país. No ano 2000, a prevalência da Diabetes Mellitus nos Estados Unidos foi de 10.2% entre os afroestadounidenses, 10.2% entre os hispanoestadounidenses, 15.5% em nativos (ameríndios e esquimales de Alaska) e 7.8% em brancos não hispanos. O início da Diabetes Mellitus tipo 2 ocorre, entre os 40 -59 anos de idade. Além disso, espera-se contribuir para reduzir o uso excessivo de medicamentos e melhorar o seguimento e a avaliação dos diabéticos. (HARRISON; GRAW HILL, 2008).

O Brasil já dispõe de alguns resultados de estudos epidemiológicos que permitem demarcar a situação atual do diabetes no país e tentar prever sua evolução. Desde a primeira estimativa de 7,6%, fornecida por um estudo de porte nacional conduzido em 1987, várias outras foram obtidas e, em geral, confirmam prevalências entre 5% e 12%. Os inquéritos VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), do Ministério da Saúde, permitem acompanhar anualmente a prevalência do diabetes auto-referido: cresceu significativamente entre 2006 e 2010 ( $p < 0,01$ ), de 4,4% para 5,4%, nos homens, e de 5,9% para 7,0%, em mulheres (FONTBONNE A., 2013).

## **METODOLOGIA**

O Projeto de Intervenção será desenvolvido no território de abrangência da Estratégia de Saúde da Família do município Morrinhos do Sul, Rio Grande do sul, no período de maio de 2017 a setembro de 2017.

Trata-se de um estudo de intervenção educacional com o objetivo de contribuir a promoção de estilos de vida saudáveis em usuários com Diabetes Mellitus tipo 2 pertencentes à ESF de Morrinhos do Sul.

Esta investigação será realizada com um total de 50 usuários que tenham diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, maiores de 15 anos, de ambos os sexos, atendidos pela equipe da Estratégia da Saúde da Família de Morrinhos do Sul e que após o consentimento livre esclarecido querem participar do estudo (ANEXO 1).

Para a realização desta investigação será feita uma pesquisa bibliográfica, com uma ampla revisão da literatura sobre a promoção e prevenção de Diabetes Mellitus para fornecer informações atuais e sintetizá-las, destacando os dados mais importantes, levando em consideração os objetivos da investigação.

Para o desenvolvimento da intervenção, inicialmente será realizada uma entrevista individual com todos os pacientes diabéticos escolhidos pela equipe para obter dados sócios demográficos e de saúde, como: idade, sexo, escolaridade, ocupação, se recebe algum auxílio, há quanto tempo é portador de diabetes, quais são os medicamentos que consume, se segue a dieta, se tem outras doenças associadas e se realiza atividades físicas.

A técnica de entrevista (ANEXO 2) será a utilizada porque por meio dela é possível obter mais informações dos pacientes e determinar os conhecimentos que eles têm sobre sua doença em quanto a fatores de risco como: alimentação inadequada, a falta de exercícios físicos, controle de obesidade e sedentarismo, doenças crônicas associadas, além disso, a falta de adesão ao tratamento.

Para conseguir os objetivos do projeto e a execução das ações vamos a identificar a população com Diabetes Mellitus e o fator de risco presente antes de desenvolver a doença assim como as complicações secundárias que podem estar presente entre os pacientes cadastrados pela equipe. Para assim, direcionar as ações de promoção e prevenção. Essa investigação será feita através de abordagem no momento do acolhimento na equipe durante as consultas e as visitas domiciliares.

Também serão realizadas atividades de educação sobre promoção em saúde e estilos de vida saudáveis através de palestras e discussões em grupo. Será feito um programa educativo com quatro encontros dirigidos pela autora da investigação e com a participação da equipe de saúde. Acontecerá em nossa ESF e terá uma duração de 1h cada um, com uma frequência semanal.

A avaliação dos conhecimentos adquiridos e a eficácia da intervenção dos assuntos abordados serão aplicados antes e depois de cada palestra. Após cada palestra, será realizada uma reunião informal para que os participantes tirem as suas dúvidas.

Também serão feitas reuniões quinzenais, as quais serão realizadas com toda a equipe de saúde, onde se discutirá o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções se necessárias.

Vamos a fazer uma monitoração e avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe para assim lograr a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2 de nossa comunidade.

**CRONOGRAMA**

<b>Atividades</b>	<b>Mai</b>	<b>Junho</b>	<b>Julho</b>	<b>Agosto</b>	<b>Setembro</b>
<b>Elaboração do projeto</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		
<b>Estudo da literatura</b>	<b>X</b>	<b>X</b>			
<b>Coleta de dados</b>	<b>X</b>	<b>X</b>			
<b>Revisão final e digitação</b>				<b>X</b>	
<b>Entrega do trabalho final</b>				<b>X</b>	
<b>Aprovação do trabalho</b>					<b>X</b>

## **Recursos necessários**

### Principais Recursos humanos

- Médico
- Enfermeira.
- Agentes comunitários de saúde.

### Recursos de equipamentos e materiais

- Computador e Pen Drive
- Cartazes
- Papel, Lápis, Caneta, Borracha, etc.

## **Resultados esperados**

Com a implementação das ações propostas neste projeto de intervenção, espera-se elevar o conhecimento dos participantes sobre a Diabetes Mellitus e os fatores de risco desta doença. Também podemos contribuir nas mudanças de estilo de vida, a prática regular de atividade física e uma alimentação saudável. Sendo muito importante manter estilos de vida saudáveis como o exercício físico, manter um peso ideal, uma dieta rica em frutas e legumes, reduzir o consumo excessivo de doce e gorduras, não fumar, não beber álcool, para melhorar a qualidade de vida e evitar complicações futuras. Além disso, espera-se contribuir para reduzir o uso excessivo de medicamentos e melhorar o seguimento e a avaliação dos diabéticos.

## Referências bibliográficas

COELHO et al., 2005; JARDIM et al., 2007; SANCEZ; PIERIN; MION JÚNIOR, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. Brasília. Ministério da saúde, 2013.

Maraver Gomez S. Guia Pratica de Saúde Bairro Adentro I em Caracas. Ministério de Saúde da República Bolivariana de Venezuela. 2006.

Rubinstein A. Atenção Primária: Conceitos, Organização e Prática. 6. ed. Espanha. 2007.

Harrison, Mc Graw Hill. Princípios de Medicina Interna. 16ª edição. Capítulo 230. Espanha, 2008.

Fontbonne A. Diabetes tipo 2: um cenário preocupante. Recife: Portal DSS-nordeste, 2013.

American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 29 (Suppl1) S-43- S48, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes Mellitus: hipertensão arterial e diabetes Mellitus / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001: p104.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – Brasília: Ministério da Saúde, 2005: p 236.

Coletivo Internista. Revista Espanhola. Diabetes Mellitus. Volume II Espanha. 2010.

Roca R. Temas de Medicina Interna. Volumem1 IV Edição. Cuba. 2005

Alvarez Sintes, R. Medicina Geral Integral II. Edição. Cuba 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade /Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006: p 108.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria De Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011: vigilância de Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília; 2012.

## **ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) participar do estudo intitulado: “Contribuição para a promoção de estilos de vida saudáveis em usuários com Diabetes Mellitus tipo 2 pertencentes à ESF Morrinhos do Sul, do Município Morrinhos do Sul/RS” da autora Mayelín Pérez Expósito, com o objetivo de contribuir para a promoção de estilos de vida saudável em usuários com Diabetes Mellitus tipo 2.

No caso de você ter alguma dúvida sobre esta pesquisa, poderá a qualquer momento, solicitar esclarecimento sobre qualquer um dos itens descritos acima. Você, também tem assegurado o direito de recusar-se a participar deste estudo ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo ao seu tratamento.

Você tem garantia de que seus dados deste estudo serão publicados apenas para fins acadêmicos e científicos e que será mantido o sigilo sobre sua identidade.

Sua participação neste estudo não lhe acarretará qualquer custo, despesas ou ônus de nenhuma natureza. Também, não haverá qualquer forma de ganhos, ressarcimentos e/ou indenizações.

Tendo em vista o estabelecido acima eu \_\_\_\_\_

Declaro que consinto de minha livre e espontânea vontade, em participar da pesquisa intitulada: “Contribuição para a promoção de estilos de vida saudáveis em usuários com Diabetes Mellitus tipo 2 pertencentes à ESF Morrinhos do Sul do Município Morrinhos do Sul/RS”.

Declaro ainda ter conhecimento de que os meus dados serão preservados em caso de divulgação dos resultados e que a qualquer momento posso desistir da participação no estudo. Autorizo a divulgação científica dos dados desta pesquisa.

Morrinhos do Sul \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2017

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante na pesquisa

\_\_\_\_\_  
Doc de identificação

Ou responsável

**ANEXO 2: Entrevista**

1-Data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2-Sexo:  masculino feminino

3-Estado civil:

 solteiro (a) casado (a) Divorciado (a) viúvo (a)

4-Escolaridade:

 Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo Ensino médio incompleto  Insulina Ensino médio completo  outros Ensino superior incompleto Ensino superior completo

5-Está trabalhando:

 sim  não

6-Fonte de renda:

 trabalho autônomo carteira assinada pensionista aposentado

7-Renda familiar:

 um salário mínimo dois salários mínimos três salários mínimos quatro ou mais salários  
mínimos

8-Tempo de diagnóstico da

Diabetes: \_\_\_\_\_

9-Que tratamento realiza:

 Dieta Hipoglicemiante oral

10- Segue a dieta:

 sim  não

11- Tem outras doenças

associadas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12- Realiza atividades físicas

 não regularmente irregularmente outros