



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
LEIDYS DE LA CRUZ FERNANDEZ

ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS PARA AMPLIAÇÃO DO  
CONHECIMENTO SOBRE DIABETES MELLITUS NA UBS DA  
COLINA

IGARAPÉ-AÇU/PA

JANEIRO 2018



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LEIDYS DE LA CRUZ FERNANDEZ

ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS PARA AMPLIAÇÃO DO  
CONHECIMENTO SOBRE DIABETES MELLITUS NA UBS DA  
COLINA

Trabalho de Conclusão do  
Curso de Especialização em  
Saúde da Família pela  
Universidade Federal de  
Ciências da Saúde de Porto  
Alegre / UNA-SUS. Prof. Tutor:  
Warley Aguiar Simões

IGARAPÉ-AÇU / PA

JANEIRO 2018

## **SUMÁRIO**

1- INTRODUÇÃO	04
2 - ESTUDOS DE CASO CLÍNICO	06
3 - PROMOÇÃO DE SAÚDE. EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	14
4- VISITA DOMICILIAR	18
5 – REFLEXÕES CONCLUSIVAS	22
6- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
7- ANEXO. (PROJETO DE INTERVENÇÃO)	25

## 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária de Saúde (APS) configura uma importante ferramenta para a saúde pública, pois é considerada a porta de entrada dos usuários com os sistemas de saúde, e tem o intuito de prestar atendimento coletivo ou individual, na qual envolve ações de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e preservação da saúde.

O serviço é organizado hierarquicamente pelos secretários e coordenadores, posteriormente realizado por meio de profissionais que prezam pelo trabalho em conjunto, visando atender uma população adstrita em um território delimitado, utilizando-se de recursos tecnológicos para bem atender a comunidade e sanar os problemas de saúde existentes. Norteia-se pelos princípios da acessibilidade, atendimento universal, integral e humanizado, organização do cuidado, do vínculo com o estabelecimento de saúde e a continuidade da assistência, da responsabilidade, da equidade e da participação social (BRASIL, 2007).

Para desenvolver a APS no Brasil, o Ministério de Saúde criou a ESF (Estratégia de Saúde a Família) para reorientar o modelo de assistência à comunidade por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL 1997).

O processo de territorialização é parte indispensável para a organização dos serviços na ESF, pois por meio dela, é possível identificar os clientes que estarão sobre seus cuidados, além de realizar um planejamento que visa contínuo acompanhamento da população (BRASIL, 2006).

No ano 2016 fui designada ao Brasil através de uma seletiva para participar do Programa Mais Médico para Brasil. Minha chegada foi no mês de Julho, fui nomeada no Estado do Pará, município Igarapé Açu. Desde então atuo em uma Unidade Básica de Saúde que fica na zona urbana do município, (UBS) da Colina onde já com a experiência de ser há 6 anos especialização em Medicina Geral Integral e um Diplomado em Cuidados Intensivos e Emergências, pude me familiarizar uma vez mais com as funções da Atenção Primária de Saúde agora em Brasil com pacientes de idioma e costumes diferentes mas que constituem uma linda experiência para mim.

A área de abrangência atende dois bairros, Colina e Piçarreira, tem 9 (nove) micro áreas consideradas de risco pelas características de seus habitantes com baixo nível socioeconômico. Existem diversas igrejas de diferentes religiões, Católicas e Evangelistas..., escola pública e creche.

A população atendida abrange um total de 3.202 usuários, segundo dados de dezembro de 2016 fornecidos pelo SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).

<b>FAIXA ETARIA</b>	<b>HOMEN</b>	<b>MULHIER</b>	<b>TOTAL</b>
0-30 anos	974	1034	2008
31-60 anos	417	630	1047
+60 anos	133	170	303
<b>TOTAL</b>	<b>1524</b>	<b>1678</b>	<b>3202</b>

As doenças mais prevalentes nos atendimentos são: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) CID I10, Diabetes Mellitus tipo 2 CID E14.9 (DM), Micoses Cutâneas, Parasitoses Intestinais, Infecções de vias aéreas superiores e Infecções do trato urinário baixo.

Quanto às causas de óbitos, as três mais frequentes são: Doenças de aparelho circulatório; Neoplasias (neoplasias do estomago); Doenças de aparelho respiratório. Entre as mulheres, a principal causa de óbito é Diabetes Mellitus e entre os homens Infarto Agudo do Miocárdio. A população atendida, em sua maioria, não tem acesso à água tratada, mas a Vigilância Sanitária do município faz teste periódico através do Sistema SISAGUA em parceria com LACEM.

O Projeto de Intervenção na UBS foi sobre Diabetes Mellitus com o título "Ampliação do conhecimento sobre Diabetes Mellitus na UBS da Colina". A ideia de desenvolver este trabalho surgiu depois de vivenciar no cotidiano de minhas consultas que existiam inúmeros pacientes portadores de Diabetes Mellitus com elevado nível de desconhecimento de sua doença, motivo pelo qual se torna evidente a necessidade de educar aos pacientes diabéticos assistidos dentro da rede de assistência básica de saúde, com o intuito de

alcançar um melhor esclarecimento sobre a doença e com isso uma melhor qualidade de vida.

## **2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO**

Na travessa Bom Jesus a casa número 06, é ocupada por uma família pequena formada por quatro integrantes o Sr. Mauricio com sua esposa Laura e seus filhos Miguel e Lídia. A mesma é uma família funcional com apoio um dos outros. Pela área de abrangência da UBS da Colina, eles encontram-se recebendo todo atendimento em quanto à saúde. Segundo a agenda profissional da equipe, na segunda feira se realiza consulta pela demanda espontânea e aproveitando a oportunidade, a Sra. Laura, leva também seu esposo o Sr. Mauricio de 53 anos de idade natural do Estado Pará, município Igarapé Açu, ele trabalha em Ciências da Informática e atualmente encontra-se desempregado, motivo pelo qual tem incrementado o consumo de cigarros.

Com histórico familiar de mãe e pai diabéticos, ambos falecidos por complicações da doença. O senhor tem habito de fumar de 20 e mais cigarros no dia sem cumprir critérios e cuidado referente à bronquite crônica, e ha dois meses atrás a senhora Laura percebe declínio no seu estado de saúde, levando a ser desprezível consigo mesmo a ponto de não se importar com sua saúde, higiene e ate mesmo sua aparência. Com tudo, está apresentando fraqueza, e muita sede, porem não apresenta sinais infecciosos.

Mediante o atendimento descreveu-se que há 3 dias começou com visão nublada (turva) e muita sonolência. Menciona notar perda de peso não quantificada, mas da para perceber quando coloca algum tipo de roupas que ficam mais folgadas. Nega consumo de álcool durante o período deterioro clinico.

### **- HDA (Histórico da Doença Atual):**

Paciente masculino de 53 anos de idade, da raça branca, trabalhador, graduado de técnico em Ciências Informática, comparece a consulta acompanhado de sua esposa com queixa de decaimento que vem aparecendo ha 2 meses, de moderada intensidade, sentindo a todas horas, durante o dia e a noite.

Refere outros sintomas acompanhantes como sede, perda de peso não quantificável, sonolência e ha 2 dias começou com visão nublada.

- **APP** (Antecedente Patológico Pessoal):

Hábito de fumar. (mais de 20 cigarros ao dia).

Obesidade.

- **APF** (Antecedente Patológico Familiar):

Mae Diabetes Mellitus. Falecida.

Pai Diabetes Mellitus. Falecido.

### **REGISTRADO NO PRONTUÁRIO (PRIMEIRA CONSULTA)**

**Peso:** 98 kg

**Altura:** 1.70cm

**Temperatura:** 36.4

**TA:** 130/70 mmHg depois de 1min.igual valor.

**IMC:** 33.9

**CA:** 90 cm

### **EXAME FÍSICO**

- Pele e mucosa: ligeiramente ressecadas e cores normais. Não há presença de lesões.
- Exame da cavidade oral: não há presença de gengivite nem problemas odontológicos.
- Pescoço: tireoide não visível nem palpável. Não há adenopatias.
- Ausculta cardíaca e pulmonar: sem alterações, rítmico cardíaco sem alterações. FC: 82 bpm FR: 19 rpm.

- Abdômen: Globuloso que acompanha os movimentos respiratórios. Não viceromegalha, percuta-o não dolorosa, ruídos hidroaéreos presentes e normais.
- Exame dos pés: não lesões cutâneas, unhas cortas e limpas. Não presença de calos nem deformidades. Pulsos arteriais periféricos presentes e sincrônicos.
- TCS: Não infiltrado.
- SNC: Paciente orientado em tempo, espaço e pessoa. Não há sinal de focalização neurológica.
- Exame de fundo do olho. Não contamos com aparelho.

Conforme ao quadro clínico presente e o exame físico realizado, concluiu-se a possibilidade diagnóstica de:

**ID (Impressão Diagnóstica):**

- Diabetes Mellitus Tipo II.
- Obesidade.

Segundo o Caderno de Atenção Básica, nº 36. Brasília 2013. Os sinais e sintomas característicos que levantam a suspeita de diabetes são os “quatro P’s”: poliúria, polidípsia, polifagia e perda inexplicada de peso. Embora possam estar presentes no DM tipo 2, esses sinais são mais agudos no tipo 1.

### **Conduta**

1- Solicito exames de glicemia em jejum e Hb1AC. Hemograma, Colesterol, Triglicérideo, Creatinina, Urina.

Na pesquisa dos Cadernos de Atenção Básica, nº 36. Brasília 2013. O diagnóstico de diabetes baseia-se na detecção da hiperglicemia. Existem quatro tipos de exames que podem ser utilizados no diagnóstico do DM: glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas (TTG) e, em alguns casos, hemoglobina glicada (HBA1C).



2- Palestras Educativas em relação à possibilidade diagnóstica para o paciente mudar estilo de vida. . Cadernos de Atenção Básica, nº 35. Brasília 2013. O processo educativo deve preconizar a orientação de medidas que comprovadamente melhorem a qualidade de vida: hábitos alimentares saudáveis, estímulo a atividade física regular, redução do consumo de bebidas alcoólicas e abandono do tabagismo.

3- Frisar a importância de abandonar o hábito de fumar.

4- Cuidado da pele e os pés (explico).

5- Notifico o caso novo ao resto da equipe da unidade.

6- Encaminhamento com Nutricionista com a possibilidade diagnóstica de Diabetes Mellitus e presença de Obesidade.

7- Retorno com exames.

## **SEGUNDA CONSULTA**

Paciente comparece a consulta expressando ter algum tipo de melhora, pois tem feito mudanças na dieta orientada por a Nutricionista, diminuiu a quantidade de cigarro ao dia mas ainda continua se sentindo muito apegado ao hábito. (abstinência).

### **Triagem do dia**

**Peso:** 96 kg.

**Altura:** 1,70cm.

**Temperatura:** 36

**TA:** 130/70 mmHg.

**CA:** 89cm

### **EXAME FÍSICO**

- Pele e mucosa: ligeiramente ressecadas e cores normais. Não há presença de lesões.

- Exame da cavidade oral: não há presença de gengivite nem problemas odontológicos. Não candidíase.
- Pescoço: tireoide não visível nem palpável. Não há adenopatias.
- Ausculta cardíaca e pulmonar: sem alterações, rítmico cardíaco sem alterações. FC: 82 bpm FR: 19 rpm.
- Abdômen: Globuloso que acompanha os movimentos respiratórios. Não viceromegalha, percuta-o não dolorosa, ruídos hidroaéreos presentes e normais.
- Exame dos pés: não lesões cutâneas, unhas cortas e limpas. Não presença de calos nem deformidades. Pulsos arteriais periféricos presentes e sincrônicos.
- TCS: Não infiltrado.
- SNC: Paciente orientado em tempo, espaço e pessoa. Não há sinal de focalização neurológica.
- Exame de fundo do olho. Não contamos com aparelho.

### **Resultados dos exames**

Hb: 13,5 g/dl

Hto: 41%

Leucos:  $5 \times 10^9/L$

Glicemia jejum: 130 mg/dl.

Colesterol: 200 mg/dl

TGC: 140 mg/dl

HbC1A: 7%

Creatinina: 1mg/dl.

Urina: glicosuria +++

Glicemia: 130 mg/dl.

**Diagnostico:**

Diabetes Mellitus tipo II.

Obesidade.

**Conduta**

**Tratamento não medicamentoso**

1- Manter uma alimentação adequada (indicada pela Nutricionista) e atividade física regular, evitar o fumo e o excesso de álcool e estabelecer metas de controle de peso.

2- Convite à palestra da semana na UBS para complementar o autocuidado do paciente.

3- Encaminhamento para Psicologia.

4- Retorno após 7 dias com uma glicemia de jejum ao termino da semana.

Com base nas pesquisa nos Cadernos de Atenção Básica, nº 35. Brasília 2013. Hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, sobre a qual pode ser acrescido – ou não – o tratamento farmacológico. O DM tipo 2, que acomete a grande maioria dos indivíduos com diabetes, exige tratamento não farmacológico, em geral complementado com antidiabético oral.

## **TERCEIRA CONSULTA**

Paciente chega à consulta com bom estado geral. Refere sentir-se muito melhor, já sem decaimento nem outros sintomas que antes apresentava. Alega estar mais alargado do habito da fuma dando graças à consulta com a Psicologista.

### **Triagem de hoje**

**Peso:** 95 kg

**Altura:** 1.70cm

**CA :**88cm

### **EXAME FÍSICO**

- **Pele e mucosa:** ligeiramente ressecadas e cores normais. Não há presença de lesões.
- **Exame da cavidade oral:** não há presença de gengivite nem problemas odontológicos. Não candidíase.
- **Pescoço:** tireoide não visível nem palpável. Não há adenopatias.
- **Ausculta cardíaca e pulmonar:** sem alterações, rítmico cardíaco sem alterações. FC: 82 bpm FR: 19 rpm.
- **Abdômen:** Globuloso que acompanha os movimentos respiratórios. Não viceromegalha, percuta-o não dolorosa, ruídos hidroaéreos presentes e normais.
- **Exame dos pés:** não lesões cutâneas, unhas cortas e limpas. Não presencia de calos nem deformidades. Pulsos arteriais periféricos presentes e sincrônicos.
- **TCS:** Não infiltrado.
- **SNC:** Paciente orientado em tempo, espaço e pessoa. Não há sinal de focalização neurológica.

- Exame de fundo do olho. Não contamos com aparelho.

TCS: não infiltrado.

## **RESULTADO DO EXAME**

Glicemia: 126mg/dl

### **Diagnostico**

Diabetes Mellitus tipo II compensada.

Obesidade

### **Conduta**

#### **Tratamento não farmacológico**

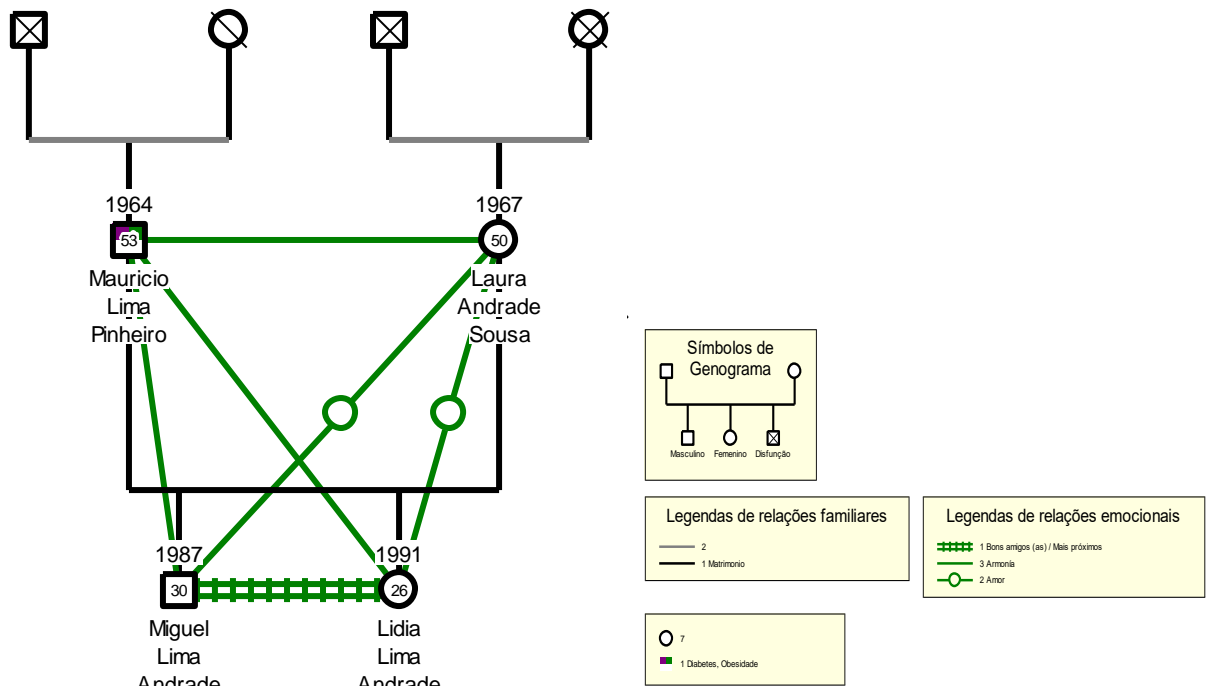
- 1- Manter uma alimentação adequada(indicada pela Nutricionista) e atividade física regular, evitar o fumo e o excesso de álcool e estabelecer metas de controle de peso.
- 2- Fazer exame de Glicemia jejum dentro de 3 meses.
- 3- Fazer exame de HbC1A dentro de 6 meses.
- 4- Retorno para dentro de 3 meses.

Segundo o Cadernos de Atenção Básica, nº 36.Brasilia 2013. A HbA1c deve ser medida no início do tratamento e a cada três meses, podendo ser realizada duas vezes ao ano para aqueles com bom controle metabólico.

## **QUARTA CONSULTA**

Dia de visita domiciliar, a equipe foi à casa do Sr. Mauricio, aproveitamos para reavaliar e completar com genograma da sua família .Ele encontrasse satisfeito com nossa atenção e muito bem de saúde, mas lembrando que iria fazer os exames para o retorno.

## GENOGRAMA



### 3. PROMOÇÃO DA SAÚDE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Conforme a Política Nacional a Atenção Básica no Brasil é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade e deve estar localizada em local mais próximo da vida das pessoas. Tem como propósito ser o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada, sendo ela a comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Visa uma atenção de qualidade, orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Para o Ministério da Saúde (2006) o PSF é a maior estratégia que atende o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Dessa forma, a Consulta Pré-natal proporciona orientação de medidas favoráveis que visam à abordagem apropriada às necessidades peculiares das mulheres com quem interagimos em consultas no pré-natal, nas unidades básicas de saúde. É

pertinente lembrar que os contatos frequentes nas consultas entre profissionais e clientela possibilitam melhor monitoramento do bem - estar da gestante, o desenvolvimento do feto e a detecção precoce de quaisquer problemas.

O acompanhamento pré-natal é um conjunto de condutas que buscam assegurar todas as fases da gestação e do parto com medidas que visam rastrear a fim de impedir doenças e suas complicações fetais e maternas evitando ou diminuir os impactos á saúde de ambos, a assistência pré-natal é uma excelente medida preventiva e se observam os reflexos nas taxas de mortalidade materna e neonatal a cada ano.

O atendimento à saúde não deve seguir tão dependente de protocolos, deve ser adaptado às necessidades e circunstâncias apresentadas pelas diferentes pacientes e suas gestações, algumas pacientes vão necessitar de uma maior quantidade de exames, e outras não, algumas necessitarão de mais informações que outras, ou apoio psicológico; dependendo dos fatores de risco que cada gestação apresente, e não deixar de considerar seu meio familiar e sua comunidade.

Sendo o pré-natal um espaço adequado para que a mulher prepare-se para viver o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz, entendemos que o processo educativo (educação em saúde) é fundamental não só para a aquisição de conhecimentos sobre o processo de gestar e parir, mas também para o seu fortalecimento como ser e cidadã. (RIOS; VIEIRA, 2007).

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa atender com qualidade todas as gestantes brasileiras, lançado em 2011, a fim de promover a humanização e assistência a gestante, recém-nascido e criança onde estes têm os seus direitos que são:

- A mulher tem o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gestação, parto e puerpério.
- A criança tem o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis.
- Ampliação do acesso.
- Acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal.
- Transporte para o pré-natal e para o parto.
- Vinculação da gestante a uma unidade de referência para assistência ao parto.
- Realização do parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção.
- Acompanhante no parto e pós-parto, escolha da gestante.
- Atenção à saúde da criança até os 24 meses, com qualidade e resolutividade.
- Acesso ao planejamento reprodutivo.

**E tem como objetivos:**

- Novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança.
- Rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade.
- Redução da mortalidade materna e neonatal.



## **Reflexão da atenção pré-natal.**

O atendimento à gestante tem evoluído com o passar dos anos, porém vemos que os indicadores e taxas são tímidos, mesmo depois das melhorias e avanços no Programa e nos Pactos. Constatamos diversos fatores socioeconômicos, culturais, dimensões territoriais e também dimensões educativas, e até mesmo práticas e crenças domésticas que obstaculizam um melhor aproveitamento quando a gestante procura realizar seu pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Para uma melhor resolução dessas questões vemos que faltam profissionais e também falta nos profissionais a capacidade de conduzir adequadamente certas situações da gestante ou da gestação, e até mesmo quando essas mulheres não estão gestantes e ainda estão sendo assistidas pelo Programa de Saúde da Mulher. O Ministério da Saúde apresentou propostas e modificações ao longo dos anos, mas encontramos também a escassez de recursos materiais ou o congestionamento para atendimento com médico especialista ou na realização de exames complementares tanto seja para exames laboratoriais ou de imagem.

É necessário, portanto, sempre motivar os profissionais para a prática da saúde coletiva, bem como garantir a realização dos procedimentos da consulta pré-natal e o tratamento das intercorrências comuns na gravidez e organizar o sistema de atenção entre os níveis à saúde.

Para que haja uma integralização dos procedimentos a serem seguidos em um pré-natal realizado deve-se obter todo apoio dos outros setores de serviços, pois muitas das vezes faltam exames necessários para a continuação do acompanhamento, que não são realizados no PSF, faltam medicamentos, espaço físico, etc.

## **Reflexão de Promoção e Prevenção de Diabetes Mellitus (tema do projeto)**

As ações de educação em saúde realizadas possuem como foco principal o seguimento de dietas, o uso correto de medicação bem como, a verificação do nível glicêmico. Foi evidenciado ainda, pouco envolvimento de familiares nas ações de educação em saúde desenvolvidas.

Entretanto os profissionais reconhecem que essas ações são relevantes, uma vez que ajudam desde o reconhecimento dos fatores de riscos até na adesão ao tratamento apontando as dificuldades em se realizar a educação e saúde dentro da Atenção Básica. Frente a este contexto ficou claro que a promoção da saúde é algo que não deve ser ignorado, visto que o diabetes é uma patologia que gera sequelas incapacitantes decorrente de um tratamento inadequado. Desta forma, a educação em saúde caracteriza-se como elemento primordial para à melhor adesão ao tratamento desta patologia.

### **4. VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE NO DOMICILIO**

A assistência prestada por meio de a Visita Domiciliar (VD) constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família in loco, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos.

A VD tem sido apontada como importante veículo de operacionalização de parte de um programa ou de uma política de assistência à saúde presente na sociedade em dado momento histórico, possibilitando a concretização da longitudinal idade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família.

No Brasil, o enfoque da intervenção domiciliária foi introduzido no início do século XX, por meio de práticas sanitárias trazidas da Europa e vem ganhando visibilidade, e sua prática tem-se tornado indispensável no Brasil desde a década de 1990 com a progressiva efetivação de um novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na promoção da saúde individual e coletiva, inicialmente por meio do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e,

por fim, com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), na última década.

De acordo com a Portaria GM nº 648, de 29/3/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelecem diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção, é atribuição comum a todos os profissionais da equipe da saúde da família realizar o cuidado em saúde da população adstrita, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário.

Para a ESF, a VD é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Estabelece o rompimento do modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional tecnocrática e de pouca interação com o usuário, voltando-se à nova proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar.

Para a execução da VD, o primeiro passo é definir seu foco, que pode abranger um ou mais dos seguintes objetivos:

- Conhecer o domicílio e suas características ambientais, identificando socioeconômicas e culturais.
- Verificar a estrutura e a dinâmica familiar com elaboração do genograma, familiograma ou eco mapa.
- Identificar fatores de risco individuais e familiares.
- Prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em caso de acamados.
- Auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, estimulando a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não.
- Promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida.

- Propiciar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde-doença.
- Adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares.
- Intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares.
- Estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o autocuidado.
- Aperfeiçoar recursos disponíveis, no que tange a saúde pública, promoção social e participação comunitária.

A organização e a sistematização da visita dão-se por meio do planejamento, execução e avaliação conjunta de profissionais. As visitas devem ser programadas rotineiramente pela equipe de saúde da família, devendo a seleção do indivíduo e/ou das famílias ser pautada nos critérios definidores de prioridades, por conta de especificidades individuais ou familiares.

À equipe nuclear da ESF cabe a responsabilidade por todos os encaminhamentos e acompanhamentos sistemáticos de cada situação identificada no domicílio. Na avaliação, a equipe pode definir a necessidade de intervenção da equipe matricial presente no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou de outros níveis de assistência.

A atenção integral ao indivíduo e/ou sua família deve ser garantida por essa equipe responsável pela articulação da referência e da contra referência. No contato com o indivíduo e sua família, a equipe deve identificar, ainda, a rede de cuidados disponível para se envolver direta ou indiretamente no apoio às situações de risco.

Pensar e executar a VD de forma sistematizada constitui um desafio, pois a VD é vista muitas vezes como uma tarefa tecnicista e não como uma ferramenta de trabalho da equipe da ESF. Valorizar a subjetividade dos usuários, criando vínculos de corresponsabilização entre os sujeitos, bem

como ativar as redes sociais voltadas para a produção do cuidado em saúde são mecanismos de busca da integralidade da assistência e dos serviços de saúde.

O Diabetes Mellitus é responsável por 90% dos casos mundiais, em grande parte devido ao excesso de peso e sedentarismo. Diante desse contexto nossa equipe adota medidas educativas como palestras e visitas domiciliares para um trabalho preventivo sobre o tema em questão. No dia correspondente a visita foi realizada o nosso paciente S.r. Mauricio (descrito na atividade 2 do portfolio).

Objetivo da visita: Orientar a paciente sobre a importância do controle da doença, medicamentos, exames e acompanhamentos, alimentação adequada e exercícios físicos.

Primeiramente foi realizada uma reunião da equipe onde se discutiu o caso do paciente em questão. Foram dadas orientações sobre os medicamentos, exames e acompanhamentos, que o paciente necessitava de uma explicação mais detalhada sobre a alimentação correta e uso de adoçantes.

Evidenciou-se que por meio da prática da visita domiciliar, há a possibilidade mais concreta e acessível de atingir os objetivos principais, que são a transmissão de orientações e assistência específica, conforme a necessidade real do determinado paciente. Essa interação entre o cuidador e o que precisa de cuidados, propicia uma significativa e frequente evolução no processo preventivo e curativo. A visita domiciliar “é vital para a educação em saúde” (Tyllmann e Perez, 1998).

## 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

O Diabetes Mellitus (DM), com suas complicações agudas e crônicas, são considerados um problema de saúde pública que compromete a produtividade, qualidade de vida e sobrevivência dos indivíduos, envolvendo custos elevados para seu controle e terapêutica. Durante minha trajetória no curso fiz atividades (projeto de intervenção) com objetivo de avaliar o conhecimento dos portadores de DM sobre a importância da manutenção dos níveis glicêmicos visando à prevenção de complicações. Diante dos resultados apontados, mostra-se necessário a criação de programas mais esclarecedores com respeito à prevenção de complicação do DM.

A iniciativa para realizar este trabalho surgiu a partir da minha própria prática. Ao fazer parte de uma instituição de Saúde Básica, percebi a necessidade de ingressar no curso de especialização na família e após várias leituras, realização de tarefas, compreendi a importância da formação continuada e como ela é fundamental ao profissional da Atenção Primária, porém é imprescindível que a formação não fique restrita ao período de duração do curso, ou seja, é preciso que, junto aos conhecimentos adquiridos nesse período, ocorra continuidade na formação.

A intenção em realizar esse curso justifica-se, inicialmente, pelo desejo de aprofundar conhecimentos e saberes no campo da saúde, o que colabora para o melhor desempenho das funções no cotidiano. Além disso, é fundamental para todo Profissional a formação continuada, visto que é necessário estar sempre se atualizando.

O acompanhamento nos domicílios possibilitou fortalecer o elo entre os indivíduos: família / profissional / comunidades, a participar dos processos de mapeamento de necessidades de atendimento básico de saúde; realizar visitas domiciliares e relatórios destas visitas, coletar e registrar dados de saúde solicitados pela equipe técnica; além de levantar a dinâmica social da comunidade, ou seja, suas necessidades, costumes, cultura; desenvolver ações básicas de saúde com ênfase em orientação e prevenção de doenças; participar de ações contra dengue e outras doenças epidemiológicas; levantar locais de riscos sociais, planejar ações educativas visando prevenção de

saúde; realizar consultas de atendimentos espontâneos; participar de reuniões diárias com a equipe; desenvolver e participar de pesquisas na área de saúde; transcrever a prescrição dos pacientes crônicos e controlados pela equipe em uso de medicações; ajudar na organização das unidades básicas de saúde; foram atividades reforçadas com conhecimentos do curso da especialização.

A avaliação de cursos a distância tem se mostrado um grande desafio para as equipes que trabalham com esta modalidade de ensino. Isso se deve, sobretudo, à complexidade de atores envolvidos e da própria característica do curso, como a separação física entre aluno – instituição - docente. É necessária uma atenção constante, a fim de minimizar e solucionar com rapidez desvios de percurso que possam comprometer a qualidade desejada. Mas para mim foi de ótima ajuda a meu profissionalismo enriquecendo-me como Profissional da Atenção Primária.

## 6. REFERÊNCIAS

<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/direito/promocao-da-saude-da-gestante-abordagem-da-atencao-no-pre-natal/52734>

[www.uff.br/promocaodasaude/pre-natal4PSF.2007.pdf](http://www.uff.br/promocaodasaude/pre-natal4PSF.2007.pdf).

[www.lume.ufrgs.br](http://www.lume.ufrgs.br)

<http://www2.ghc.com.br/gepnet/publicacoes/atencaosaudedagestante.pdf>

[www.uff.br/tcs2/.../A\\_VISITA\\_DOMICILIAR\\_NO\\_MBITO\\_DA\\_ATENO..](http://www.uff.br/tcs2/.../A_VISITA_DOMICILIAR_NO_MBITO_DA_ATENO..)

[www.scielosp.org/pdf/csp/v25n5/17.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n5/17.pdf)

[www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/eae/arquivos/.../1031.pdf](http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/eae/arquivos/.../1031.pdf)

<http://www.redepsi.com.br/2006/09/04/>

[www.grupotecnicas.blogspot.com/2011/11/visita-domiciliar.html](http://www.grupotecnicas.blogspot.com/2011/11/visita-domiciliar.html)

[www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/64E](http://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/64E)

[www.scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S...](http://www.scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S...)

[www.creasbigua.blogspot.com/2012/05/visita-domiciliar...](http://www.creasbigua.blogspot.com/2012/05/visita-domiciliar...)

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PORTADORES DE DIABETES MELITTUS SOBRE A IMPORTÂNCIA DA MANUTENÇÃO DOS NÍVEIS GLICÊMICOS PARA PREVENÇÃO DA NEFROPATIA DIABÉTICA

Michelly Cristina Miguel da Silva, Anderson Sena Barnabe, João Victor Fornari, Renato Ribeiro Nogueira Ferra



# ANEXO



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

LEIDYS DE LA CRUZ FERNÁNDEZ

AMPLIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE DIABETES MELLITUS NA UBS  
DA COLINA

IGARAPÉ-AÇU – PA

MAIO 2017



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

LEIDYS DE LA CRUZ FERNÁNDEZ

AMPLIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE DIABETES MELLITUS NA UBS  
DA COLINA

Trabalho avaliativo do curso de  
Especialização em Saúde da  
Família.

Orientador: Daniel Demétrio

IGARAPÉ-AÇU – PA

MAIO 2017

## **RESUMO**

Este projeto de intervenção é uma proposta de trabalho com usuários diabéticos cadastrados na Unidade Básica de Saúde da Colina. Neste estudo apresenta-se a ampliação do conhecimento da Diabetes Mellitus como uma alternativa de abordagem de acompanhamento dos pacientes portadores da doença. Com base nas estratégias pretende-se melhorar o nível de conhecimento sobre a doença e repassar boas praticas de hábitos e costumes, buscando um atendimento de qualidade que auxilie na diminuição da morbimortalidade desta população.

**PALABRAS CHAVES:** Diabetes Mellitus. Nível do conhecimento.

## SUMÁRIO

1. Introdução	04
2. Problema	07
3. Justificativa	07
4. Objetivos	08
4.1. Objetivo Geral	08
4.2. Objetivo Específico	08
5. Revisão de Literatura	09
6. Metodologia	11
7. Cronograma	13
8. Recursos Necessários	14
9. Resultados Esperados	14
10. Referências Bibliográficas	15

## 1. INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus é uma das doenças crônicas que mais avança entre a população mundial. A Federação Internacional de Diabetes estima que são cerca de 250 milhões de pessoas com o problema em todo o mundo – 4% delas (10 milhões) estão no Brasil. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, 33% da população brasileira dos 60 aos 79 anos de idade têm diabetes ou alguma alteração relacionada à glicose (RODRIGUES, 2012).

No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se a prevalência de DM na população adulta em 7,6% (MALERBI; FRANCO, 1992) dados de 2010 apontam taxas mais elevadas, em torno de 15%, no estado de Para, por exemplo, (MORAES; FREITAS; GIMENO, 2010).

Estudo recente, realizado em seis capitais brasileiras, com servidores de Universidades Públicas, na faixa etária de 35 a 74 anos, porém com medidas laboratoriais mais abrangentes, encontrou uma prevalência cerca de 20%, aproximadamente metade dos casos sem diagnóstico prévio (SCHMIDT; HOFFMANN; DINIZ, 2014). Em 2014, estimou-se que existiriam 11,9 milhões de pessoas, na faixa etária de 20 a 79 anos, com diabetes no Brasil, podendo alcançar 19,2 milhões em 2035 (IDF, 2014).

“Devido a sua alta prevalência e morbidade, faz-se necessário uma maior atenção à prevenção, a fim de evitar o desenvolvimento de novos casos ou que os existentes evoluam para quadros mais graves” (BRASIL 2010).

Evidências de ensaios clínicos realizados nos países desenvolvidos e países em desenvolvimento, mostram que uma grande percentagem dos casos de diabetes tipo 2 pode ser prevenida ou significativamente atrasado se os principais fatores de risco modificáveis são reduzidos: A falta de exercícios físicos e de uma dieta equilibrada executados concomitantemente afetava a qualidade de vida do paciente com diabetes, elevando seu índice glicêmico e agravando seu estado de saúde.

Da mesma forma, vários estudos têm mostrado que através de um combo completo de tratamento e suporte, as complicações da diabetes de tipo1 e tipo 2 também pode ser evitado ou significativamente retardado , permitindo que pessoas com diabetes viver uma vida mais longa e saudável (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2010).

Estudos e pesquisas mostram que a diabete a nível nacional e internacional é uma doença crônica que vem aumentando a cada dia por estilos de vidas inadequadas e desconhecimento da mesma. A ideia de desenvolver este trabalho surgiu depois de vivenciar no cotidiano de minhas consultas que existiam inúmeros pacientes portadores de diabetes com elevado nível de desconhecimento de sua doença, motivo pelo qual se torna evidente a necessidade de educar aos pacientes diabéticos assistidos dentro da rede de assistência básica de saúde, com o intuito de alcançar um melhor esclarecimento sobre a doença e com isso uma melhor qualidade de vida.

## **2. PROBLEMA**

Não conhecimento da Diabetes Mellitus pelos usuários portadores da doença cadastrados na Unidade Básica de Saúde da Colina.

## **3. JUSTIFICATIVA**

Na área da Unidade Básica de Saúde da Colina, existem 3.202 pacientes. Nesta população estima-se ao menos 753 diabéticos cadastrados que precisam de acompanhamento dos profissionais da equipe de saúde, sendo também de grande importância o autocuidado para a prevenção de outras complicações.

A ampliação do conhecimento mediante atividades educativas é uma estratégia para buscar acompanhar os pacientes prestando um atendimento de qualidade.



## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Geral:**

Melhorar o nível de conhecimento sobre a Diabetes Mellitus em pacientes portadores da doença, e repassar boas práticas de hábitos e costumes para que possam prevenir complicações após uma intervenção educativa.

### **4.2 Específicos:**

- Propor uma equipe com fins educativos para pacientes diabéticos;
- Identificar o conhecimento dos usuários portadores de Diabetes Mellitus e assim elaborar medidas educativas;
- Reforçar sobre a continuidade das boas praticas para que possam manter uma qualidade de vida.

## 5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo a SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (2016) Diabetes Mellitus é uma doença caracterizada pela elevação da glicose no sangue (hiperglicemia). Pode ocorrer devido a defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina, que são produzidas no pâncreas, pelas chamadas células betas. A falta da insulina ou um defeito na sua ação resulta, portanto em acúmulo de glicose no sangue, o que chamamos de hiperglicemia.

Sabe-se hoje que diversas condições que podem levar ao diabetes, porém a grande maioria dos casos está dividida em dois grupos: Diabetes Tipo 1 e Diabetes Tipo 2.

Diabetes Tipo 1 (DM 1)- Essa forma de diabetes é resultado da destruição das células beta pancreáticas por um processo imunológico. Em geral costuma acometer crianças e adultos jovens. Diabetes Tipo 2 (DM 2) - nesta forma de diabetes está incluída a grande maioria dos casos (cerca de 90% dos pacientes diabéticos) a insulina é produzida pelas células betas pancreáticas, porém, sua ação está dificultada, caracterizando um quadro de resistência insulínica, mas pode ser desencadeado em qualquer faixa etária.

A instalação do quadro é mais lenta e os sintomas - sede, aumento da diurese, dores nas pernas, alterações visuais e outros - podem demorar vários anos até se apresentarem.

Com base na literatura do livro EFEITO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE O CONHECIMENTO DA DOENÇA EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS (2012), O diabetes mellitus (DM) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida dos pacientes. É uma das principais causas de insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular.

Assim, a prevenção do diabetes e suas complicações tem sido prioridade para a saúde pública, e o cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família continua sendo um desafio para a equipe de saúde.

A educação em saúde é uma das estratégias que pode contribuir para reduzir a alta prevalência de complicações em pessoas com DM(2). Educar os pacientes

com DM pode ter papel fundamental no incentivo e apoio para assumirem a responsabilidade no controle do dia a dia da sua condição.

De acordo a o PLANO MUNDIAL CONTRA A DIABETES (2011 -2030) em todo o mundo, 4,6 milhões de mortes são atribuídas a cada ano a diabetes e, em alguns países, as crianças e jovens morrem por falta de insulina sem haver sido nem mesmo diagnosticado. O diabetes se encontra entre os 10 principais causas de incapacidade em todo o mundo e prejudica a produtividade e desenvolvimento humano. Se nenhuma ação for tomada, espera-se que o número de pessoas com diabetes aumentará de 366 milhões ao longo de 2011 - 552,000,000 em 2030, ou um adulto em cada dez.

Em termos mundiais, 135 milhões apresentavam a doença em 1995, 240 milhões em 2005 e há projeção para atingir 366 milhões em 2030, sendo que dois terços habitarão países em desenvolvimento.

A pôs pesquisa nos ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DO DIABETES MELLITUS E SEU INPATO NO INDIVIDUO E NA SOCIEDADE (2012) reflexasse dados sobre prevalência de DM representativos da população residente em 9 capitais brasileiras datam do final da década de 80 . Estimou-se que, em média, 7,6% dos brasileiros entre 30 e 69 anos de idade apresentavam DM, que incidia igualmente nos dois sexos, mas que aumentava com a idade e a adiposidade corporal. As maiores taxas foram observadas em cidades como São Paulo e Porto Alegre, sugerindo o papel da urbanização e industrialização na patogênese do DM 2.

A Estratégia Saúde da Família aponta como um modelo de reorientação assistencial privilegiado para o desenvolvimento de práticas de promoção para o autocuidado devido às suas características de maior proximidade com a população e ênfase nas ações preventivas e promocionais permitindo a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos usuários com diabetes.

O conhecimento acerca da doença é a base para o desenvolvimento de ações para o autocuidado em diabetes, embora a aquisição de conhecimento não obrigatoriamente se traduza em mudança de comportamento. O estilo de vida e as crenças também podem ter forte influência. Melhorar os conhecimentos de indivíduos com DM parece

ser fundamental para o reforço da sua capacidade e confiança para desenvolver ações de autocuidado que, juntos, contribuem para melhorar a gestão da doença.

## **6. METODOLOGIA**

### **- Local**

A atividade do projeto de intervenção ocorrera na UBS da Colina pertencente ao município de Igarapé-Açu.

### **- Público-alvo**

O público a ser beneficiado serão os diabéticos maiores de 18 anos pertencentes á UBS da Colina.

### **- Participantes**

Profissionais que atuam no atendimento destes pacientes em serviços de atenção primária à saúde, como médicos, odontologistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Além de um professor de educação física.

### **- Ações**

- Divulgação do projeto: Será apresentado o projeto aos profissionais da saúde da unidade, professores e demais pessoas interessadas na participação, com o objetivo de mostrar a importância das estratégias educativas de saúde para diminuir as complicações nos diabéticos.
- Treinamento dos profissionais: Os gestores de saúde da comunidade participarão de um seminário que terá como conteúdo os principais fatores de risco, sinais e sintomas da doença, suas complicações e importância da prevenção delas na atenção básica.
- Processo de implantação: Após o treinamento dos profissionais, a estratégia principal é implantar grupos e palestras educativas com a finalidade, inicialmente de conhecer qual é o nível de conhecimento que os usuários têm sobre o assunto a traves da aplicação de um questionário e a partir disso criar novas estratégias de trabalho.

## 7. CRONOGRAMA

DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DESTINADAS AO PÚBLICO ALVO DURANTE 2018/2019 NA UBS DA COLINA													
Ações	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J
Identificar os pacientes diabéticos cadastrados e assistidos na UBS da Colina	x	x	x										
Realizar reunião com a equipe, apresentar os dados e elaboração de estratégias de intervenção.				x	x								
Realização de consultas direcionadas.						x	X	x	x	x	x	x	
Criação do grupo motivacional (Hiperdia).						x							
Elaboração de panfletos para divulgação da importância de tratamento e controle da doença						x							
Avaliação da intervenção													x

## **8. RECURSOS NECESARIOS**

- Sala para realização de grupos;
- Balança;
- Esfigmomanometro
- Glicômetro (para teste rápido);
- Requisição para exames laboratoriais;
- Equipamento de multimídia;
- Caneta;
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades;
- Profissional Médico, Enfermeiro, Téc./Aux. Enfermagem, ACS;
- Listas com pacientes estratificados;
- Boletins de atendimento coletivo;
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade.

## **9. RESULTADOS ESPERADOS**

- Compartilhamento de vivências e conhecimentos entre pacientes e profissionais;
- Acordar compromissos para melhorar a situação de saúde do paciente;
- Ampliar a responsabilidade de cada participante com relação ao seu próprio tratamento;
- Estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar;
- Acompanhar um maior número de pacientes motivando as mudanças de hábitos de vida e comportamentos com a finalidade de melhorar o seu estilo de risco;
- Melhorar os conhecimentos da população em relação à doença Diabetes Mellitus.



## 10. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES. Plan mundial contra La Diabetes 2001-2021. Sep. 2010 Disponível em: <https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>.

IDF Diabetes Atlas. 6a ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2014. Disponível em: <http://www.idf.org/diabetesatlas>.

MALERBI, D; FRANCO, L. J. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the Urban Brazilian population aged 30 a 69 years. Diabetes Care, v. 15, n. 11, p. 1509-1516, 1992.

MORAES, A. S.; FREITAS, I. C. M.; GIMENO, S. G. A et al. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil 2006: Projeto OBEDIARP. Cadernos de Saúde Pública, v. 26, n. 5, p. 929-941, 2010.

RODRIGUES, F. Portal Brasil. Diabetes, Abr.2012. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/diabetes>.

SCHMIDT, M.I.; HOFFMANN, J. F.; DINIZ, M. F. S. et al. High prevalence of diabetes and intermediate hyperglycemia – The Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). Diabetol Metab Syndr, v. 6, n. 123, p. 1-9, 2014.

<http://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes/>

[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt\\_a08v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a08v20n3.pdf)

<https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>

<http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/73-capitulo-1-aspectos-epidemiologicos-do-diabetes-mellitus-e-seu-impacto-no-individuo-e-na-sociedade>.

INTERVENÇÃO PREVENTIVA SOBRE O DIABETES NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FRANCELINOS EM JUATUBA/MINAS GERAIS  
BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS  
2016 (Diabetes. Atividades Físicas. Prevenção)

[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=0&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&q=Diabetes.+Atividades+F%C3%ADsicas.+Preven%C3%A7%C3%A3o&index=tw&search\\_form\\_submit=Pesquisar](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=0&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&q=Diabetes.+Atividades+F%C3%ADsicas.+Preven%C3%A7%C3%A3o&index=tw&search_form_submit=Pesquisar)

Estratégia de educação em saúde para melhorar o descontrolado da diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família Santa Helena 1 do município de Governador Valadares, Minas Gerais (Yanelis Zayas Garcia) 2016

<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=0&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&q=+Estrat%C3%A9gia+de+educa%C3%A7%C3%A3o+em+sa%C3%BAde+para+melhorar+o+descontrole+da+diabetes+mellitus+na+Estrat%C3%A9gia+Sa%C3%BAde+da+Fam%C3%ADlia+S>