

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO

EM

SAÚDE DA FAMÍLIA

**ESTRATEGIA PARA ALEVAR A ADESÃO DE PACIENTES DIABÉTICOS À
ACÕES PROGRAMÁTICAS DA PSF “BOA VISTA/ NOSSO TETO” NO
MUNICÍPIO RIO CLARO/SP.**

AUTORA: Dra. ANA IVIS CRUZ ECHEVARRIA

ORIENTADOR (A): NILCE EMY TOMITA

RIO CLARO

MAIO 2015

SUMÁRIO

1. Introdução.....	3
2. Objetivos.....	5
3. Revisão Bibliográfica.....	6
4. Metodologia	9
5. Resultados Esperados.....	11
6. Cronograma.....	12
7. Referências.....	13
8. Apêndices	14

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome do metabolismo que resulta no acúmulo de glicose no organismo. Por uma deficiência na função da insulina, o hormônio responsável por metabolizar a glicose, o organismo não absorve a glicose e as taxas de açúcar no sangue aumentam de forma permanente, o que se denomina hiperglicemia e dá origem ao diabetes. O diabetes configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O número de pessoas portadoras de diabetes, é crescente em todos os países. Atualmente, mais de 250 milhões de pessoas convivem com a doença, mas espera-se que este número chegue a 380 milhões, em 2025. De acordo com a American Diabetes Association existem cerca de 6.2 milhões de pessoas não diagnosticadas e cerca de 41 milhões de pessoas que poderiam ser consideradas pré-diabéticas no mundo. O Brasil ocupa a 4ª posição entre os países com maior prevalência de diabetes: são 13,4 milhões de pessoas, e muitas ainda nem foram diagnosticadas.

Estudos desenvolvidos na população brasileira encontraram uma prevalência geral de DM de 7,6% em pessoas de 30 a 69 anos. A alta prevalência associada às complicações agudas e crônicas inerentes à doença torna o DM um dos principais problemas de saúde pública em Brasil, representando alto custo social e grande impacto na morbi-mortalidade da população

-O primeiro grupo de complicações agudas se refere à elevação brusca da glicose no sangue, hiperglicemia. Ela pode levar o paciente a urinar excessivamente, sentir muita sede, emagrecer, desidratar e até perder a consciência, chegando ao coma diabético.

- O segundo grupo de complicações crônicas são as decorrentes da glicemia aumentada e mantida durante meses ou anos, podendo levar a alterações vasculares no coração, nos olhos (retinopatia), nos rins (nefropatia) e nos nervos (neuropatia).

A doença cardiovascular é a primeira causa de mortalidade nos indivíduos com DM tipo 2, a retinopatia a principal causa de cegueira adquirida, a nefropatia uma das maiores responsáveis pelo ingresso em programas de diálise e o pé diabético é importante causa de amputações de membros inferiores.

O DM é uma doença de base genética e hereditária, é muito comum achar várias pessoas de uma mesma família sofrendo da mesma, mas, além do fator genético, o diabetes é uma doença totalmente ligada ao estilo de vida adotado. Uma pessoa com alimentação desequilibrada, rica em gorduras, carboidratos, açúcares e produtos industrializados, e pobre em vegetais, legumes tem mais propensão a desenvolver o diabetes. Sedentarismo, obesidade e tabagismo também são fatores de risco, juntos, contribuem para o aparecimento da doença.

Do total de aspectos relacionados com o tratamento da DM, os fatores condutais ocupam ao menos 50% dos mesmos, e estima-se que o descuido deles pode conduzir à morte na mesma proporção. Os pacientes com DM requerem cuidado médico, mas, além disso, necessitam de uma adequada

educação para auto manejar a doença, prevenir complicações agudas e reduzir o risco de complicações crônicas. Embora, é preciso uma adequada adesão dos mesmos ao autocuidado para finalmente, aumentar a sua qualidade de vida.

A adesão ao tratamento refere-se ao uso adequado da medicação, ao seguimento de dietas e à prática diária de atividades físicas para o favorecimento da mudança de comportamento e adoção de hábitos de vida saudáveis. A adesão não pode ser pensada como um construto unitário, mas, sim, multidimensional, pois as pessoas podem aderir muito bem a um aspecto do regime terapêutico, mas não aderir aos outros. O documento publicado pela Organização Mundial da Saúde descreve cinco fatores principais que poderão influenciar a adesão ao autocuidado: características pessoais; condição socioeconômica e cultura; e aspectos relacionados ao tratamento; à doença; ao sistema de saúde e à equipe profissional. A não adesão ao tratamento de doenças crônicas, chegam a 50% ou mais; destaca-se o DM como uma das doenças que apresentam baixas taxas de adesão ao regime terapêutico. A compreensão das variáveis que influenciam a adesão é um dos pilares que fundamenta o planejamento e a execução de intervenções educativas, pela sua relevância na promoção do autocuidado. A educação em DM, quando adequada ao contexto socioeconômico e cultural das pessoas, proporciona conhecimento, habilidades, atitudes e motivação para controlar a doença.

Em nosso trabalho no Programa de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde (UBS) Boa Vista/ Nosso Teto, do município Rio Claro; estado São Paulo, no período correspondente aos meses de Junho até Dezembro de 2014 temos atendido um total de 1376 pacientes, destes, 303 tem DM, deles 19 são casos novos, do total de pacientes atendidos com DM 109 encontravam-se descompensados, em muitas ocasiões trata-se de pacientes que não aderiram ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Em nossa motivação por melhorar a qualidade de vida da população atendida estamos desempenhando um conjunto de ações para melhorar a adesão dos pacientes com DM ao controle e tratamento da doença.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Elevar o nível de adesão dos pacientes com Diabetes Mellitus da Unidade Básica de Saúde Boa Vista/ Nosso Teto ao tratamento da doença para obter o melhor controle dos mesmos.

2.2. Específicos

1. Levantar as causas mais freqüentes que condicionam a não adesão dos pacientes com Diabetes Mellitus ao tratamento da doença.
2. Realizar estratégias de intervenção a fim de modificar as causa e aderir o paciente no tratamento adequado de Diabetes Mellitus.
3. Elevar o controle dos pacientes diabéticos da unidade, diminuindo assim o risco de complicações associadas à doença.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O Brasil assiste, desde a década de 1960, a sua transição demográfica e epidemiológica caracterizada pelo envelhecimento populacional e aumento das doenças crônico-degenerativas. Dentre as doenças crônicas mais frequentes, destaca-se o Diabetes Mellitus (DM). O Diabetes Mellitus é uma doença conhecida desde a antiguidade. Os egípcios documentaram as primeiras descrições há três mil anos e o descreveram como uma enfermidade que se caracteriza por uma abundante emissão de urina. Nos séculos V e VI, médicos indianos já mencionaram que a urina de pacientes com diabetes era adocicada, comprovando o fato pela observação de formigas e outros insetos que eram atraídos pela urina desses pacientes. (Manual de Diabetes. São Paulo 1992).

Para Assunção e Ursine (2008), o DM consiste em uma síndrome metabólica crônica, de evolução grave, lenta e progressiva. Caracterizada pela falta ou produção diminuída de insulina e/ ou da incapacidade dessa em exercer adequadamente seus efeitos metabólicos, levando à hiperglicemia e glicosúria.

E segundo Smeltzer e Bare (2005), o Diabetes Mellitus é classificado em:

- Diabetes Mellitus tipo 1,
- Diabetes Mellitus tipo 2
- Diabetes Mellitus gestacional,
- Diabetes Mellitus associado a outras condições ou síndromes são mais raro.

Silva e outros (2006), afirma que a doença não tem cura, mas que pode ser controlada, desde que sejam efetuadas mudanças no seu cotidiano, com adaptações de rotinas, inclusão de novos hábitos, enfim, as pessoas precisam ter limites e novas obrigações.

Na maioria dos casos o diabetes é assintomático, cerca do 50% dos casos desconhecem a doença. (Brasil 2006). Os sinais e sintomas do Diabetes mellitus quando se apresentam podem ser poliúria diurna e noturna, polidipsia, boca seca, polifagia, mialgia, fadiga constante, fraqueza generalizada, turbamento da visão, emagrecimento acelerado e prurido corporal, disfunção erétil. (DELIBERATO, 2002)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em 2006 havia cerca de 171 milhões de pessoas doentes da Diabetes, e esse índice aumenta rapidamente. É estimado que em 2030 esse número dobre. O Diabetes Mellitus ocorre em todo o mundo, mas é mais comum (especialmente a tipo 2) nos países mais desenvolvidos. O maior aumento atualmente é esperado na Ásia e na África. De acordo com a American Diabetes Association existem cerca de 6.2 milhões de pessoas não diagnosticadas e cerca de 41 milhões de pessoas que poderiam ser consideradas pré-diabéticas.

Em novembro de 2012 a International Diabetes Federation publicou a 5ª Edição Atualizada de seu Atlas: IDF DIABETES ATLAS 5th- Edition 2012 Update. Esta atualização mostra os seguintes destaques:

1. Há no mundo, 371 milhões de pessoas portadoras de diabetes com idades entre 20 e 79 anos.
- 2 . O número de pessoas portadoras de diabetes, é crescente em todos os países.
- 3 . Cinquenta por cento das pessoas portadoras de diabetes desconhecem esta condição.
- 4 . O Brasil ocupa a 4ª posição entre os países com maior prevalência de diabetes: 13.4 milhões de pessoas portadoras de diabetes. Isto corresponde a aproximadamente 6.5% da população entre 20 e 79 anos de idade.

Para se calcular o número de pessoas portadoras de diabetes em uma dada região, basta multiplicar 6.5 X a população da região entre 20 e 79 anos utilizando o CENSO do IBGE ano 2010.

O diagnóstico é determinado pelos exames laboratoriais. A glicose sanguínea em jejum superior a 110 mg/dl é sugestiva, enquanto níveis superiores a 126 mg/dl em jejum ou de 200 mg/dl em qualquer momento do dia, confirmam o diagnóstico. O exame de urina com glicosúria também é determinante para o diagnóstico definitivo. A presença de anticorpos antiinsulínicos (ac-ai) mostra que há comprometimento do pâncreas. (DELIBERATO, 2002).

O tratamento do paciente portador de Diabetes Mellitus é de suma relevância para evitar manifestações de outras comorbidades e deve incluir tanto medidas medicamentosas quanto não-medicamentosas que visem alcançar o equilíbrio metabólico, procurando tornar os glicemia, de pressão arterial e o peso o mais próximos dos parâmetros estabelecidos. Entretanto, o maior desafio para o controle da síndrome é manter a glicemia dentro de parâmetros adequados; a glicemia de jejum menor que 126 mg/dl e a hemoglobina glicosilada menor que 7%. American Diabetes Association. 2004-2005; sendo a principal meta do tratamento normalizar a atividade de insulina e os níveis sanguíneos de glicose para reduzir o desenvolvimento de complicações vasculares, infecciosos e neuropáticas. (SMELTZER; BARE, 2005).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, o tratamento básico e o controle da doença, consistem primordialmente, na utilização de uma dieta específica baseada na restrição de alimentos ricos em carboidratos, gorduras e proteínas, atividade física regular e no uso adequado de medicação. Entretanto, a adesão a esse tratamento exige comportamentos de alguma complexidade que devem ser integrados na rotina diária do portador de DM.

A adesão ao tratamento em pacientes crônico representa a extensão no qual o comportamento da pessoa coincide com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde, contemplando três estágios:

- 1) concordância, no qual o indivíduo, inicialmente, concorda com o tratamento, seguindo as recomendações dadas pelos profissionais da saúde. Existe, frequentemente, uma boa supervisão, assim como uma elevada eficácia do tratamento;
- 2) adesão, fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o autocuidado, no qual, com uma vigilância limitada, o doente

continua com o seu tratamento, o que implica uma grande participação e controle da sua parte;

3) manutenção, quando, já sem vigilância (ou vigilância limitada), o doente incorpora o tratamento no seu estilo de vida, possuindo um determinado nível de autocontrole sobre os novos comportamentos

Em estudo dos fatores associados à adesão ao tratamento da diabetes mellitus de pacientes assistidos pelo Programa Saúde da Família, em Belo Horizonte verificou-se associação entre a não adesão ao tratamento não farmacológico e baixa renda, local de residência, conhecimento sobre complicações, motivação com o tratamento.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma abordagem acerca da adesão dos portadores de Diabetes Mellitus ao tratamento da doença. Inicialmente, realizasse uma busca bibliográfica; um grande número de artigos, está sendo definida. Além disso, estamos realizando uma leitura seletiva dos títulos e resumos com objetivo de restringir e delimitar os artigos que explanam sobre o tema em questão. Essa busca justifica-se pelo nosso grande interesse em discutir e acompanhar o tratamento do usuário diabético, o que se torna relevante, uma vez que o presente estudo discute a adesão ao tratamento. Uma vez feita esta revisão e ampliando nossos conhecimentos sobre o Diabetes Mellitus e os fatores relacionados à não adesão dos pacientes ao tratamento da doença. Nos propomos elaborar um projeto educativo de intervenção.

4.1 CENÁRIO DAS AÇÕES

O nosso projeto será desenvolvido na PSF Boa Vista /Nosso Teto, no bairro Boa Vista do município Rio Claro do estado São Paulo. O mesmo é muito importante para a população porque tem o intuito de melhorar a adesão, diminuindo no máximo possível o descontrole metabólico e as complicações da doença e aumentando no possível a qualidade de vida do paciente.

4.2 SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

O projeto incluirá todos os usuários a partir de 18 anos com Diabetes Mellitus acompanhados pelo serviço de saúde do PSF Boa Vista/ Nosso Teto no município Rio Claro/SP, que de forma voluntária desejem participar no mesmo e que encontrem-se mentalmente aptos, além das pessoas que cuidam de pacientes com a doença.

4.3 ESTRATÉGIAS E AÇÕES

O projeto será apresentado na reunião semanal da PSF Boa Vista/Nosso Teto que ocorrerá na primeira semana do mês de Janeiro, esclarecendo todas as etapas de trabalho e os profissionais que estarão envolvidos.

Será realizado treinamento para os Agentes Comunitários de Saúde e técnicos de enfermagem com o propósito de aumentar seus conhecimentos sobre Diabetes Mellitus e o tratamento da mesma e inserir eles na realização do projeto, o qual será feito pelas duas medicas generalistas, e as duas enfermeiras do PSF, a partir da segunda semana de Janeiro, 1 vez por semana e durante 1 mês.

Serão realizadas pelas equipes de saúde da PSF Boa Vista/ Nosso Teto palestras quinzenais para cada uma das áreas de nosso posto, com duração de 40 minutos, onde além da abordagem em educação em saúde deverá ser revelada a importância do tratamento da diabetes Mellitus e materiais de consulta com informação acerca do tema. Existe na nossa PSF grupos educativos de pacientes com Diabetes Mellitus que reúnem-se toda segunda feira abrangendo atividade física, orientações alimentares, roteiro audiovisual, entre outros; além de utilizar os espaços das consultas medicas de enfermagem e as visitas domiciliares para oferecer orientações individuais aos pacientes e cuidadores. Em todos estes cenários, as médicas, enfermeiras, técnicos de enfermagem e ACS utilizarão materiais com informações

atualizadas e compreensíveis para os pacientes relacionadas com Diabetes Mellitus. Serão expostos para os pacientes as complicações mas frequentes da doença, dentre outros temas de interesse, explicando aos mesmos o tratamento e a importância do mesmo para poder ter uma vida saudável ainda sendo portador de Diabetes Mellitus.

Prévio consentimento livre e esclarecido (apêndice A), aplicara-se a o paciente ou cuidador que deseje participar da investigação uma entrevista (apêndice B), que tem como objetivo conhecer alguns dados gerais do paciente assim como o conhecimento e adesão dos pacientes ao tratamento do Diabetes Mellitus, para elaborar um projeto de intervenção mediante o qual, oferecendo a informação necessária sobre DM, tratamento, complicações, esclarecendo duvidas, tentaremos elevar o nível de adesão dos pacientes com Diabetes Mellitus da Unidade Básica de Saúde Boa Vista/ Nosso Teto ao tratamento da doença para obter o melhor controle dos mesmos.

4.4 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O projeto será monitorado quinzenalmente em reunião realizada pela equipe de saúde da nossa unidade. Serão discutidas situações especiais que forem determinadas nos encontros com os pacientes. Será desenvolvida pesquisa de satisfação com usuários, de modo a construir a avaliação do nível de aceitação mostrado pelos pacientes depois do estudo e o nível de adesão dos mesmos a o tratamento

RECURSOS NECESSÁRIOS

RECURSOS HUMANOS

6 agentes comunitários de Saúde

2 técnico de Enfermagem

2 enfermeiro

2 médico

RECURSOS MATERIAIS

Computadores

Fichas de Acompanhamento de Domiciliar

Folhas A4

Impressora

Canetas

Salas para a realização das ações educativas

5. RESULTADOS ESPERADOS

Ao final dessa intervenção espera-se levantar as causas mais frequentes que condicionam a não adesão dos pacientes com Diabetes Mellitus da Unidade Básica de Saúde Boa Vista/ Nosso Teto ao tratamento da doença e elevar o nível de adesão dos pacientes ao tratamento para obter o melhor controle dos mesmos, tentando diminuir assim o descontrole metabólico e o risco de complicações associadas à Diabetes. Os ACS e técnicos de enfermagem serão também uma parte importante no estudo, esperamos que eles também aumentem seus conhecimentos sobre o tema e participem nas diferentes fases da intervenção.

6. CRONOGRAMA

Atividades (2015)	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	
Elaboração do projeto	X	X			
Apresentação do Projeto em reunião de equipe	X				
Oficinas com ACS e técnicos de enfermagem	X	X			
Coleta de dados		X	X		
Envio do projeto		X	X	X	
Entrega do TCC				X	
Apresentação do TCC					X

7. REFERÊNCIAS

1. American Diabetes Association (ADA) (2004a). Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 3 (2): 64-84
2. Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2003; 26: 3160-7.
3. Galindo V, Cavalcanti N, Lyra R. Definição, diagnóstico e classificação dos distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono. In: Lyra R, Cavalcanti N, (Org.). *Diabetes mellitus*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.
4. American Diabetes Association (ADA) (2004b). Padronização dos cuidados médicos em diabetes. *Diabetes Care*, 3 (2): 64-84
5. Torres RM. Adesão ao Tratamento: representações sociais de portadores de diabetes mellitus. [Dissertação]. Salvador: EdufBA; 2005.
6. -BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de diabetes. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
7. BRASIL. Ministério Saúde Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 16).
8. da Costa PC, Franco LJ. Introdução da sacarose no plano alimentar de portadores de diabetes mellitus: sua influência no controle glicêmico. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2005; 49(3): 403-9.
9. COSTA, Arual Augusto; ALMEIDA NETO, João Sérgio de. *Manual de Diabetes: alimentação, medicamentos, exercícios*. São Paulo: Sarvier, 1992
10. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: tratamento e acompanhamento. São Paulo: SBD; 2011.
11. Ferraz AE, Zanetti ML, Brandão EC, Campanelli LR, Foss MC, Paccola G, et al. Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no Ambulatório de Diabetes do HCFMRPUSP. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2000; 33: 170-5.
12. Sociedade Brasileira de Diabetes e Metabologia. Atualização brasileira sobre diabetes / Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2005.

13. MALAMAN, Lia Bissoli. O processo de adesão dos pacientes diabéticos aos grupos educativos como analisador das relações institucionais nas unidades básicas de saúde. 2006. 162 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000390950>>. Acesso em 05 abr. 2010.
14. Broadbent E, Donkin L, Stroh JC. Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes Care*. 2011;34(2):338-40.

8. APÊNDICES

Apêndice A

– Termo de consentimento livre e esclarecido

Nome do (a) paciente/cuidador: _____

Pesquisadora responsável: doutora do curso de Especialização em Saúde da Família, Ana Ivis Cruz Echevarria.

O presente trabalho, “AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM ADESÃO AO TRATAMENTO DA DIABETES MELLITUS NA COMUNIDADE”, tem como objetivo, conhecer os aspectos que interferem na adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus tipo 2, bem como conhecimento sobre a patologia e suas possíveis complicações na população diabética adulta a partir dos 18 anos, cadastrada no PSF Boa Vista Nosso Teto, através da aplicação de questionário, visando à investigação dos fatores modificáveis no estilo de vida dos diabéticos, que poderiam melhorar o controle da doença e qualidade de vida dos mesmos, conhecendo assim as dificuldades encontradas pelo portador de Diabetes Mellitus do tipo 2, envolvendo o tratamento medicamentoso e mudança no estilo de vida. O paciente terá a liberdade de recusar a participar ou cancelar o seu consentimento sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu tratamento e cuidado. É garantido o sigilo e privacidade dos dados envolvidos na pesquisa. Os dados e informações provenientes deste trabalho serão utilizados como fins de produção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Eu _____, venho por meio deste, manifestar meu consentimento em participar da amostragem da pesquisa acima referida pela doutora do curso de Especialização em Saúde da Família, Ana Ivis Cruz Echevarria estando consciente sobre sua justificativa, objetivos e procedimentos a serem utilizados.

Rio Claro, ____ / ____ / ____

Paciente/Cuidador:

Doutora Ana Ivis Cruz Echevarria: _____

Apêndice B –

Questionário (para ser preenchido por o paciente ou cuidador)

Dados do paciente

Nome do paciente: _____

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Profissão: _____

Escolaridade: () Analfabeto () Ens. Fund.– 1ª a 8ª série () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Ensino superior incompleto () Superior completo

Renda mensal familiar: _____

1) Com qual frequência procura o serviço de saúde para a realização da consulta para diabetes para controle glicêmico? _____

2) Quais as orientações foram fornecidas frente ao diagnóstico de Diabetes Mellitus?

() sobre medicação

() dieta

() atividades físicas

() possíveis complicações

() diversas orientações

() nenhuma

3) Se recebeu alguma orientação sobre Diabetes Mellitus, de qual categoria profissional você recebeu a orientação?

() Médico

() Enfermeiro

() Técnico de Enfermagem

() Agente Comunitário de Saúde

() outras, quais? _____

4) Quais tipos de dietas foram orientadas sobre o Diabetes Mellitus?

() eliminação de açúcares

() redução carboidratos

() redução gorduras em geral

() eliminação de açúcares, redução carboidrato e gorduras em geral

5) Quais dos grupos de alimento abaixo você consome no seu dia a dia?

() arroz, batatas, massas

() folhas verdes

() refrigerantes

() biscoitos, bolos, bolacha

() outros, quais? _____

6) Pratica atividade física? () sim () não

6.1 Se sim, quais? _____

6.2 se não Por quê? _____

6.3 Se você pratica atividade física, com que frequência?

() diariamente () 2 vezes na semana () 3 vezes na semana

7) Você faz uso de bebida alcoólicas.

() sim () não

8) você tem prescrição de medicamentos para o control do Diabetes.

() não

() sim; quais? _____

8.1 Se sem

-Você faz uso regular dos medicamentos hipoglicemiantes para o controle glicêmico? () sim () não

Se não; por quê? _____

9) Possui alguma doença associada ao Diabetes Mellitus?

() sim () não Se sim Quais? _____

10) Você sabe que o portador de Diabetes Mellitus pode desenvolver complicações crônicas devido ao controle inadequado das taxas de glicemia.

() sim, Quais? _____

() não

