

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**DÁLYA PETEA HENRIQUE DE CARVALHO**  
**LOURDELEIDE DE SOUSA CANTANHEDE**

**PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DE PACIENTES PORTADORES DE DIABETES  
MELLITUS TIPO 2 EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM ANAPURUS - MA**

São Luís  
2010

**DÁLYA PÉTEA HENRIQUE DE CARVALHO  
LOURDELEIDE DE SOUSA CANTANHEIDE**

**PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DE PACIENTES PORTADORES DE DIABETES  
MELLITUS TIPO 2 EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM ANAPURUS - MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Saúde da Família  
do Laboro – Excelência em Pós-Graduação/  
Universidade Estácio de Sá, para obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Mestre Rosemary Ribeiro  
Lindholm.

São Luís  
2010

**DÁLYA PÉTEA HENRIQUE DE CARVALHO  
LOURDELEIDE DE SOUSA CANTANHEDE**

**PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DE PACIENTES PORTADORES DE DIABETES  
MELLITUS TIPO 2 EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM ANAPURUS - MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Saúde da Família  
do Laboro – Excelência em Pós-Graduação/  
Universidade Estácio de Sá, para obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em     /     /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup>. Rosemary Ribeiro Lindholm** (Orientadora)

Mestre em Enfermagem Pediátrica  
Universidade de São Paulo – USP

---

**Prof<sup>a</sup>. Mônica Elinor Alves Gama** (Examinadora)

Doutora em Medicina  
Universidade de São Paulo – USP

## RESUMO

Estudo descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa, realizada com vinte e cinco pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, cadastrados no HIPERDIA do Município de Anapurus–MA, tendo como objetivo geral traçar o perfil sócio-demográfico, tratamento medicamentoso e hábitos de vida dos diabéticos. Para tanto, utilizou-se como fonte de pesquisa publicações especializadas como livros, revistas e internet. A análise dos dados fornecidos pelos pacientes diabéticos que participaram do estudo demonstrou que a maioria é de cor parda, do sexo feminino, apresentando renda familiar com mais de um salário mínimo. Em relação ao hábito de vida dos pacientes, todos afirmam que fazem dieta e atividades físicas esporadicamente. De acordo com o tratamento medicamentoso, todos os pacientes em estudo usam Metformina e Glibenclamida para manter os níveis de glicose no padrão de normalidade.

Palavras-chave: Diabetes. Conhecimento. Tratamento.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, a todos que contribuíram para realização desse trabalho de pós-graduação.

Aos nossos familiares, aos amigos, em especial a Prof<sup>a</sup>. Rosemary Ribeiro Lindholm, pela orientação e disposição.

A todos os Professores e Coordenadores do Curso de Especialização de Saúde da Família da Laboro.

## ABSTRACT

Descriptive study, quantitative and qualitative, with twenty-five patients with type 2 diabetes mellitus who were registered in the Municipality of HIPERDIA Anapurus-MA, aiming to outline the general socio-demographic profile, drug treatment and lifestyle habits of diabetics. We used as a source of research publications such as books, magazines and internet. The analysis of data provided by diabetic patients who participated in the study showed that most are brown, female, with family income more than minimum wage. In relation to the habit of life, all say that diet and physical activity sporadically. According to the drug treatment, all patients in a study using Metformin and Glibenclamide to keep glucose levels normal range.

Key-words: Diabetes. Knowledge. Treatment.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição percentual dos 25 pacientes diabéticos, segundo o sexo. Unidade Básica de Saúde de Angical. Anapurus-MA. 2009.....	17
Gráfico 2 -	Distribuição percentual dos 25 pacientes diabéticos, segundo a idade. Unidade Básica de Saúde de Angical. Anapurus-MA. 2009.....	18
Gráfico 3 -	Distribuição percentual dos 25 pacientes diabéticos, segundo o estado civil. Unidade Básica de Saúde de Angical. Anapurus-MA. 2009.....	19
Gráfico 4 -	Distribuição percentual dos 25 pacientes diabéticos, segundo a renda familiar. Unidade Básica de Saúde de Angical. Anapurus-MA. 2009.....	20
Gráfico 5 -	Distribuição percentual dos 25 pacientes diabéticos, segundo a quantidade de pessoas residentes por domicílio. Unidade Básica de Saúde de Angical. Anapurus-MA. 2009.....	21
Gráfico 6 -	Distribuição percentual dos 25 pacientes diabéticos, segundo o hábito alimentar dos pacientes estudados. Unidade Básica de Saúde de Angical. Anapurus-MA. 2009.....	22
Gráfico 7 -	Distribuição percentual dos 25 pacientes diabéticos, com relação a serem portadores ou não de hipertensão arterial. Unidade Básica de Saúde de Angical. Anapurus-MA. 2009.....	23
Gráfico 8 -	Distribuição percentual dos 25 pacientes diabéticos, segundo seus antecedentes familiares. Unidade Básica de Saúde de Angical. Anapurus-MA. 2009.....	24
Gráfico 9 -	Distribuição percentual dos 25 pacientes diabéticos, segundo a realização de exames na consulta de diabetes. Unidade Básica de Saúde de Angical. Anapurus-MA. 2009.....	25

Gráfico 10 -	Distribuição percentual dos 25 pacientes diabéticos, segundo o uso de medicamentos hipoglicemiantes. Unidade Básica de Saúde de Angical. Anapurus-MA. 2009.....	26
Gráfico 11 -	Distribuição percentual dos 25 pacientes diabéticos, segundo a realização de atividade física. Unidade Básica de Saúde de Angical. Anapurus-MA. 2009.....	27



## SUMÁRIO

	p.
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	14
<b>2.1 Geral</b> .....	14
<b>2.2 Específicos</b> .....	14
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	15
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	17
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	28
REFERÊNCIAS .....	29
APÊNDICES .....	31

## 1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus tipo 2 é definido como diversos graus de deficiência na produção e ação de insulina. Surge, em geral, em indivíduos acima de 40 anos com característica de obesidade, sobrepeso, sedentarismo, carga genética e fatores ambientais (VIEIRA, 2000).

Diabetes mellitus distingue-se nos dias de hoje como um problema de saúde pública, tendo uma grande relevância. Isso se dá, na maioria dos casos, por consequência de estilo de vida, maus hábitos alimentares e falta de informação de uma boa saúde, mas seu principal fator da ocorrência dessa patologia é a carga genética que o paciente apresenta e fatores ambientais.

Sua incidência nas últimas décadas vem crescendo em decorrência de vários fatores, como maiores taxas de urbanização, industrialização, sedentarismo, obesidade, aumento da esperança de vida e maior sobrevivência dos diabéticos. Juntamente com as doenças cardiovasculares, neoplasias malignas e causas externas, a diabetes está entre os mais sérios problemas de saúde, pelo número maior de pessoas afetadas. Isto se revela, assim, pela considerável morbidade associada a sua presença, pelos custos envolvidos em controle e no tratamento de suas complicações, e ainda pelas incapacitações que produz além do número de anos de vida perdidos, em decorrência da mortalidade prematura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985).

Mundialmente os números novos de casos de Diabetes Mellitus vêm crescendo, a cada dia, por consequência do estilo de vida da população. Estima-se que 2% a 5% da população seja portadora do diabetes, embora metade desse total ignore sua condição (PAIVA, 1986).

De acordo com estes estudos, nos países em desenvolvimento o número de adultos com a doença deve aumentar cerca de 170%, passando assim de 84 milhões em 1995 para 228 milhões em 2025, enquanto nos países desenvolvidos o crescimento estimado é de 42%, indo de 51 milhões em 1995 para 72 milhões em 2025 (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 1998).

Já no Brasil essa patologia atinge cerca de 5 milhões de pessoas, com uma previsão de cerca de 10 milhões de pessoas para 2025 (AZEVEDO; PAPELBAUM; DELTA, 2002).

Diabetes Mellitus tipo 2 é incontestavelmente o mais comum, pois é responsável por 90% de todos os casos registrados. Ocorre com maior incidência após os 40 anos de idade, aumentando progressivamente com o envelhecimento, observando-se que 80% dos pacientes são obesos (TEIXEIRA; MACHADO, 1999).

Está entre a sétima doença de maior mortalidade e morbidade em diferentes grupos populacionais. Isso se dá devido as suas complicações crônicas macro e microvascular. As complicações microvasculares são causas importantes de retinopatia diabética e neuropatia das complicações crônicas macrovasculares. Destacam-se as doenças cardiovasculares como sendo responsáveis por 80% de mortalidade em paciente com Diabetes Mellitus tipo 2 (BRASIL, 2006).

Sendo Diabetes Mellitus um problema crescente e de complicações crônicas, tendo grande índice de morbidade e mortalidade entre a população. Portanto, Diabetes Mellitus em país em desenvolvimento como o Brasil se torna mais difícil por causa da carência ao acesso aos serviços de saúde, informação quanto à patologia e seu rigoroso tratamento, pois são de grande relevância os índices de analfabetismo nos portadores, o que dificulta o tratamento adequado aos mesmos (FIGUEIREDO, 2005)

A motivação para realização do estudo ocorreu pelo fato de ter observado, alta incidência de indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2, visando aprofundar os conhecimentos sobre esta patologia.

Segundo Nancy (2005), o Diabetes Mellitus tipo 2 é mais comum e de incidência crescente. Ocorre quando o pâncreas produz insulina em quantidades insuficientes para atender as demandas do organismo. Em alguns casos, a quantidade de insulina é suficiente, mas o organismo não consegue utilizá-la.

De acordo com Almeida (1997), Diabetes Mellitus é uma doença metabólica, caracterizada pela insuficiência da ação hormonal da insulina, seja por diminuição ou ausência da secreção pelas células beta pancreáticas das ilhotas de Langerhans ou pela ineficácia do sistema receptor celular para a insulina. Para Black; Matassarini - Jacobs (1996), caracteriza-se pela intolerância a glicose. É uma doença sistêmica causada por um desequilíbrio entre o fornecimento e a demanda de insulina.

Muito conhecida como a “doença do açúcar no sangue”, a Diabetes Mellitus ocorre quando não há produção de insulina ou quando atua de forma ineficaz no organismo (FIGUEIREDO, 2005). A insulina é um hormônio

imprescindível para converter glicose e outros nutrientes em energia necessários para manutenção da vida, sendo essencial para que nosso corpo funcione bem e possa utilizar glicose como uma principal fonte de energia (SOARES; GOLDENZWAIG, 2004).

A Diabetes Mellitus tipo 2 trata-se de uma enfermidade universal, que acomete todas as classes sociais em todos os estágios de desenvolvimento, atingindo elevados índices de mortalidade (PAIVA, 1986).

Este tipo de Diabetes Mellitus surge em geral em indivíduos adultos, acima de 40 anos. É particularmente prevalente no idoso, seu início muito frequentemente é insidioso, podendo levar anos até chegar ao diagnóstico, pois seus sintomas são brandos e podem incluir fadiga, ganho de peso, má cicatrização da ferida e infecção recorrente (NETTINA, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde, os pacientes portadores da Diabetes Mellitus tipo 2, muitas vezes, são assintomáticos retardando assim seu diagnóstico dentre elas seus principais fatores de risco são: idade maior que 45 anos, sedentarismo, obesidade, hipertensão arterial, antecedentes familiar, sobrepeso, nível de HDL- colesterol baixo ou triglicérides alto, doenças cardiovasculares, história de macrosomia ou diabetes gestacional (BRASIL, 2006).

Os sintomas são decorrentes do aumento da glicemia e incluem: frequência urinária, sede intensa, visão embaçada, emagrecimento inexplicado e extremo cansaço (ZIMMERMAN; WLKER, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde, essa patologia apresenta consequências físicas, sociais e econômicas de grande relevância, tais como: cegueira, amputação, hemodiálise, cardiopatias. É uma das doenças que mais gera hospitalização em nosso país, seja por descompensação aguda da doença, seja por suas complicações acarretando alta ocupação de leitos hospitalares. Por isso são importantes os exames anuais como medida de prevenção para as complicações diabéticas (BRASIL, 1993).

O diagnóstico da Diabetes Mellitus, embora possa ser suspeitado clinicamente por um quadro rico de sinais e sintomas, deve sempre ser confirmado laboratorialmente. Embora métodos de *screening* por glicemia capilar venham, sendo bastante estudados, a dosagens da glicose no sangue obtido por punção venosa com paciente em jejum, é o procedimento inicial de escolha, sendo o mais comum (ALMEIDA, 1997).

Em recente sugestão da American Diabetes Association (ADA), o resultado é normal quando a taxa de glicose apresenta-se até 99mg/dl, na dosagem feita em jejum. De 100 a 125 mg/dl, a pessoa é portadora de glicemia de jejum inapropriada (pré-diabetes), sendo então necessária a realização do teste oral de tolerância a glicose (TOTG). Acima de 125 mg/dl, desde que o valor seja encontrado em pelo menos dois exames, fica confirmado o quadro da diabetes mellitus. Uma glicemia superior 200 mg/dl, colhida a qualquer hora do dia, desde que na presença de sintomas da diabetes, também é suficiente para o diagnóstico da Diabetes Mellitus (REIS, 2006).

A terapêutica atual dos diabetes é tentar normalizar a atividade da insulina e a níveis de glicose sanguínea, aliviar sinais e sintomas, prevenir e minimizar complicações, retardar e tratar as complicações crônicas (TEIXEIRA; MACHADO, 1999).

O tratamento da Diabetes Mellitus necessita de alguns cuidados, tais como modificação no estilo de vida, mudança nos hábitos alimentares, prática de atividades físicas e controle da obesidade.

O Ministério da Saúde destaca que existem dois planos de tratamento de Diabetes Mellitus tipo 2: controle glicêmico com prevenção das complicações agudas e prevenção das complicações crônicas. Dando-se o controle glicêmico através de mudanças no estilo de vida e tratamento farmacoterápico, e prevenção das complicações crônicas através das intervenções preventivas na realização de exames (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que 99% dos cuidados necessários à diabetes são realizados pelo paciente ou familiar. Dessa forma, a educação assume importância fundamental na terapêutica e na integração do diabético na sociedade (GROSSI, 2000).

Sendo assim, na Diabetes Mellitus tipo 2, as mudanças do estilo de vida constituem o aspecto básico do tratamento como atividade física extremamente importante no seu tratamento por causa de seus efeitos na diminuição da glicose sanguínea, redução dos fatores de risco cardiovasculares, melhora da circulação e tônus musculares. Esses efeitos são úteis no diabético em relação à perda de peso (SMELTZER; BARE, 2002).

O programa educativo serve de suporte para orientação dos pacientes logo que a maioria, entre eles, necessita de uma segunda pessoa para lhe auxiliar

no uso da medicação, e também na prevenção de complicações qualificando um melhor tratamento, controle metabólico, redução do número de internação e conseqüentemente nos custos envolvido no tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2 (HADDAD, 1997).

Alimentação é a parte fundamental do plano terapêutico, favorecendo o melhor controle metabólico e contribuindo para a normalização da glicemia, diminuindo os fatores de risco cardiovascular (ISSELBACHER, 1995).

O Ministério da Saúde enfatiza que a interrupção do habito de fumar também deve ser aderida, pois a nicotina estreita os vasos sanguíneos (BRASIL, 2002).

Os agentes hipoglicemiantes orais constituem drogas que possuem a capacidade de reduzir os níveis glicêmicos de pacientes diabéticos do tipo 2 que não podem ser tratados apenas por dieta e exercícios físicos (SMELTZER; BARE, 2002).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Traçar o perfil sócio-econômico e demográfico dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 cadastrados no Programa de Controle de Diabetes do município de Anapurus - MA.

### **2.2 Específicos**

- a) Identificar as características sócio-demográficas dos clientes portadores de diabetes;
- b) Verificar algumas características de saúde e do tratamento medicamentoso dos diabéticos;
- c) Identificar os hábitos de vida dos diabéticos.

### **3 METODOLOGIA**

#### **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo de caráter prospectivo com variáveis quantitativas.

#### **Local de estudo**

A pesquisa foi realizada no Posto de Saúde do Angical, localizado na zona rural do município de Anapurus – MA. Anapurus localiza-se a 274 km da capital do Estado do Maranhão, tendo por volta 12.800 (doze mil e oitocentos) habitantes. Já o povoado Angical localiza-se a 20 km para sede de Anapurus. O Posto de Saúde é composto por três salas de consultório, sendo estas destinadas à consulta médica, enfermagem e odontológica, possui uma sala de recepção e triagem, com um quadro de funcionários composto por 01 (um) Médico, 01 (uma) Enfermeira, 01 (um) Dentista, 01 (um) Auxiliar de Enfermagem, 01 (um) Auxiliar de Dentista e 01 (uma) Recepcionista, totalizando 06 (seis) funcionários.

O município de Anapurus possui um total de 04 (quatro) Unidades Básicas de Saúde da Família, em sua zona rural, onde estão implantadas as equipes da Saúde da Família.

#### **População**

A população diabética é composta de 30 pacientes cadastrados no Programa de Controle de Diabetes no referido Posto de Saúde. Foram estudados todos os clientes que se apresentaram para consulta de diabetes na Unidade Básica de Saúde no período de 01 de fevereiro a 03 de abril de 2009, totalizando 25 pacientes.



## **Coletas de dados**

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário composto de perguntas abertas e fechadas relacionadas aos objetivos. Na oportunidade foram lidos ou explicados os objetivos da pesquisa deixando os clientes a vontade para participarem. Os dados foram coletados durante as consultas de enfermagem e de escolha aleatória (APÊNDICE A).

## **Análise dos dados**

Os dados foram analisados utilizando-se o programa Excel 2007 da Microsoft e apresentados por meio de gráficos e tabelas.

## **Considerações éticas**

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, para apreciação e aprovação, uma vez que envolve seres humanos. A pesquisa foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa (APÊNDICE B).

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise dos dados, 52% dos diabéticos tipo 2 entrevistados são do sexo feminino e 48% do sexo masculino.

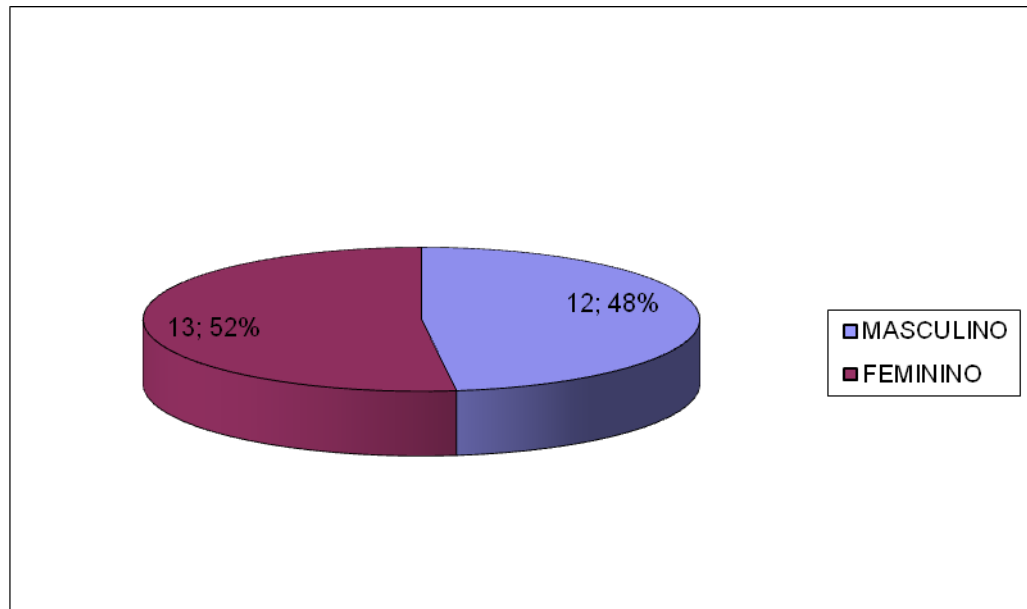


Gráfico 1 - Distribuição percentual dos 25 pacientes diabéticos, segundo o sexo. Unidade Básica de Saúde de Angical. Anapurus-MA. 2009.

O resultado observado confirma o divulgado por Almeida Filho (2003) em seu estudo que revela uma prevalência maior de diabetes entre pessoas do sexo feminino.

Com relação a idade dos diabéticos tipo 2, constatou-se que a maior incidência se deu em 33% dos entrevistados com 66 anos e em 17% com 65 anos.

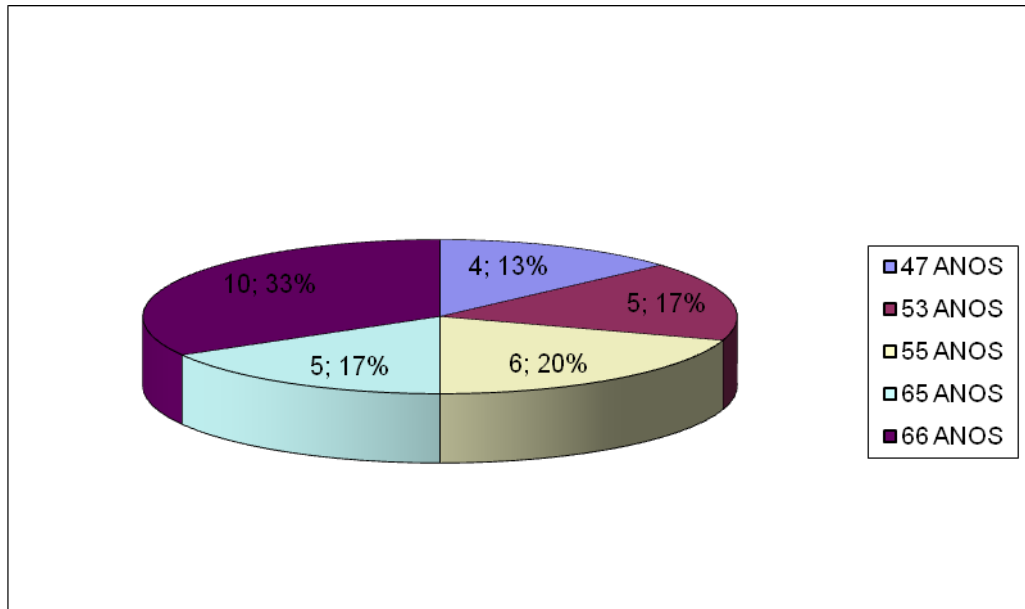


Gráfico 2 - Distribuição percentual dos 25 pacientes diabéticos, segundo a idade. Unidade Básica de Saúde de Angical. Anapurus-MA. 2009.

De acordo com o Ministério da Saúde (1993), houve um aumento na incidência e prevalência do diabetes após os 40 anos de idade.

Segundo resultado da análise raça/cor dos pacientes diabéticos registrou-se um percentual de 100% na cor parda.

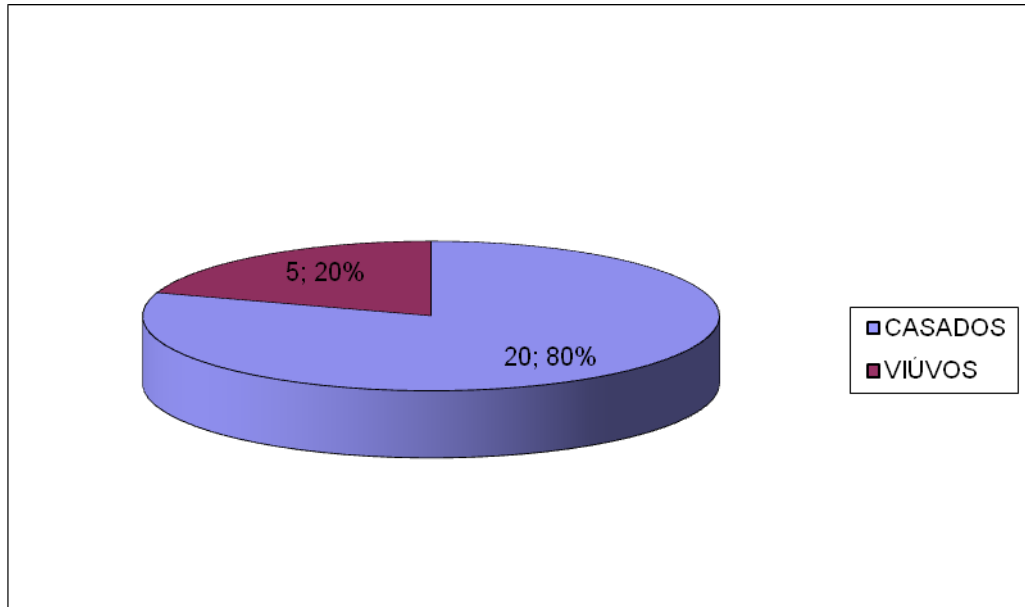


Gráfico 3 - Distribuição percentual dos 25 pacientes diabéticos, segundo o estado civil. Unidade Básica de Saúde de Angical. Anapurus-MA. 2009.

Em relação ao estado civil, o maior percentual é de pessoas casadas (80% dos pacientes).

De acordo com Vieira (2000), o principal fator para Diabetes Mellitus tipo 2 é a carga genética e o seu estilo de vida. Portanto, a raça dos pacientes não é um fator determinante para o Diabetes Mellitus tipo 2.

Na análise da renda familiar dos pacientes, pode-se inferir que esta não é o principal fator para favorecer DM tipo 2 na população estudada.

Entretanto, vale salientar que em relação a essa mesma renda familiar, constata-se que a maior incidência do Diabetes Mellitus tipo 2 é nos pacientes que recebem mais de 01 salário mínimo mensal (84% dos pacientes).

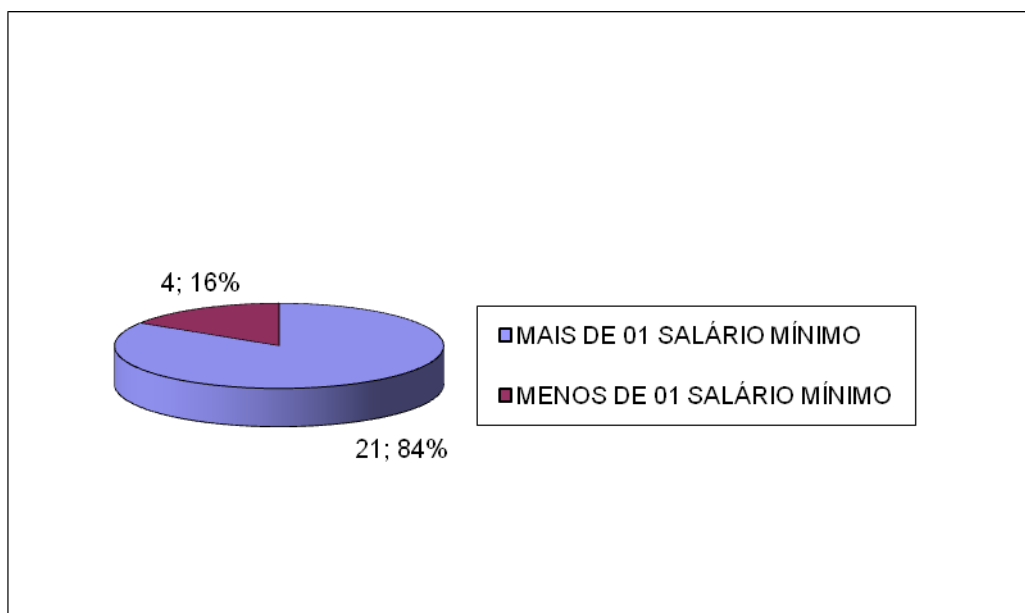


Gráfico 4 - Distribuição percentual dos 25 pacientes diabéticos, segundo a renda familiar. Unidade Básica de Saúde de Angical. Anapurus-MA. 2009.

No estudo sobre o número de pessoas que residem com diabéticos, os dados obtidos demonstram que 68% dos pacientes moram com 02 pessoas e 32% moram com 05 pessoas.

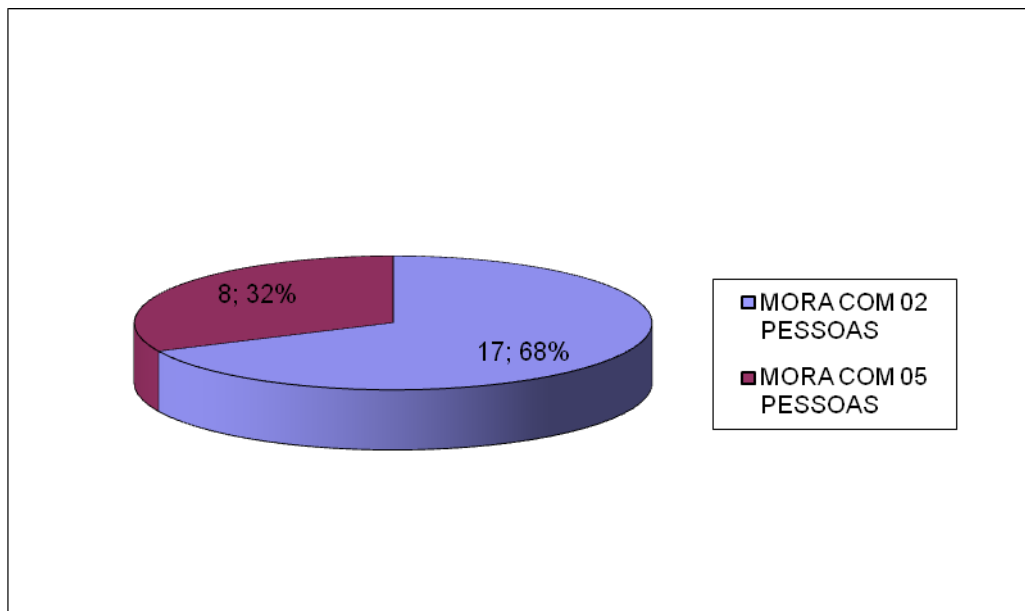


Gráfico 5 - Distribuição percentual dos 25 pacientes diabéticos, segundo a quantidade de pessoas residentes por domicílio. Unidade Básica de Saúde de Angical. Anapurus-MA. 2009.

Quanto a alimentação dos diabéticos, constatou-se que 88% dos pacientes têm como hábito se alimentar da dieta.

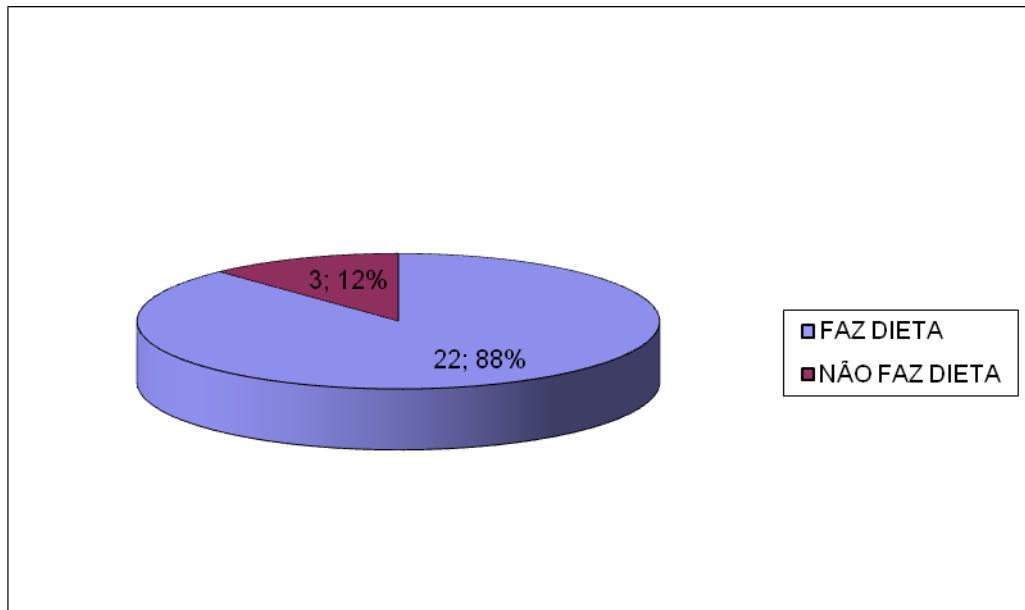


Gráfico 6 - Distribuição percentual dos 25 pacientes diabéticos, segundo o hábito alimentar dos pacientes estudados. Unidade Básica de Saúde de Angical. Anapurus-MA. 2009.

Observa-se nessa pesquisa que os dados percentuais das variáveis quanto à questão da dieta demonstrou diferenças relevantes, o que ressalta ainda mais a importância da alimentação no controle do diabetes.

A dieta tem como objetivo básico alcançar o controle glicêmico, controle peso, lipídeos e da pressão arterial (ALMEIDA, 1997).

O gráfico 7 mostra que a maioria, 80% dos pacientes com diabetes, são também portadores de hipertensão arterial, índice preocupante, pois qualquer falha no tratamento ou abandono pode resultar em complicações crônicas nos pacientes, tornando mais difíceis seus tratamentos.

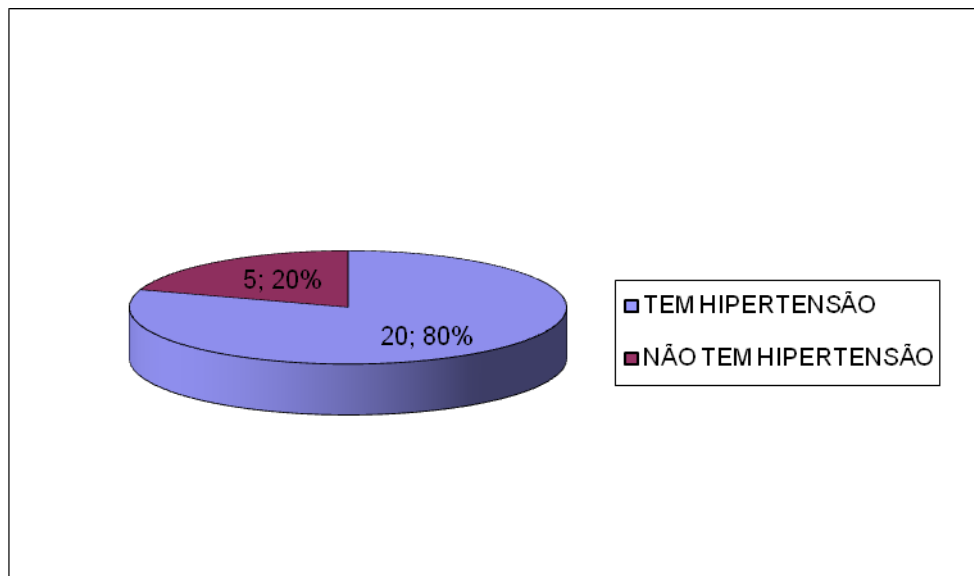


Gráfico 7 - Distribuição percentual dos 25 pacientes diabéticos, com relação a serem portadores ou não de hipertensão arterial. Unidade Básica de Saúde de Angical. Anapurus-MA. 2009.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a hipertensão arterial e o diabetes constituem os principais fatores de riscos populacionais para as doenças cardiovasculares.



Observa-se, no gráfico 8, que 80% dos pacientes refere ter casos de diabetes na família. Estes percentuais estão de acordo com a literatura.

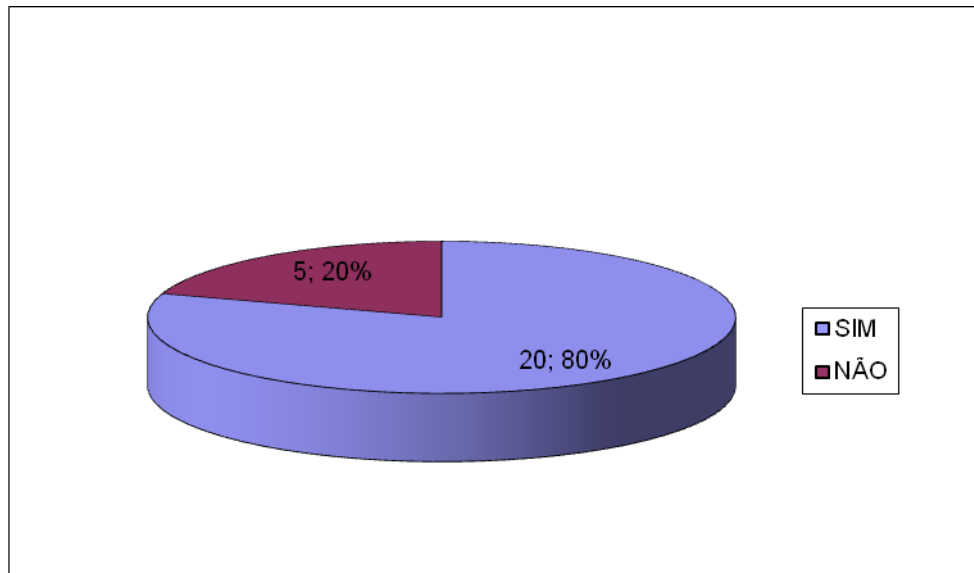


Gráfico 8 - Distribuição percentual dos 25 pacientes diabéticos, segundo seus antecedentes familiares. Unidade Básica de Saúde de Angical. Anapurus-MA. 2009.

O fator genético é uma dos principais fatores de risco para desenvolver o Diabetes Mellitus em relação a população geral (ARTIZ; ZANETTE, 2000).

Com relação aos que buscam assistência a saúde, todos os pacientes afirmam que procuram o serviço de saúde regularmente.

O Ministério da Saúde (2002) preconiza que os pacientes cadastrados e acompanhados no Programa de Controle de Diabetes devem realizar consultas mensais e realização de exames semestrais.

Com relação a realização dos exames laboratoriais, 80% dos pacientes não faz exames regularmente e somente 20% o faz.

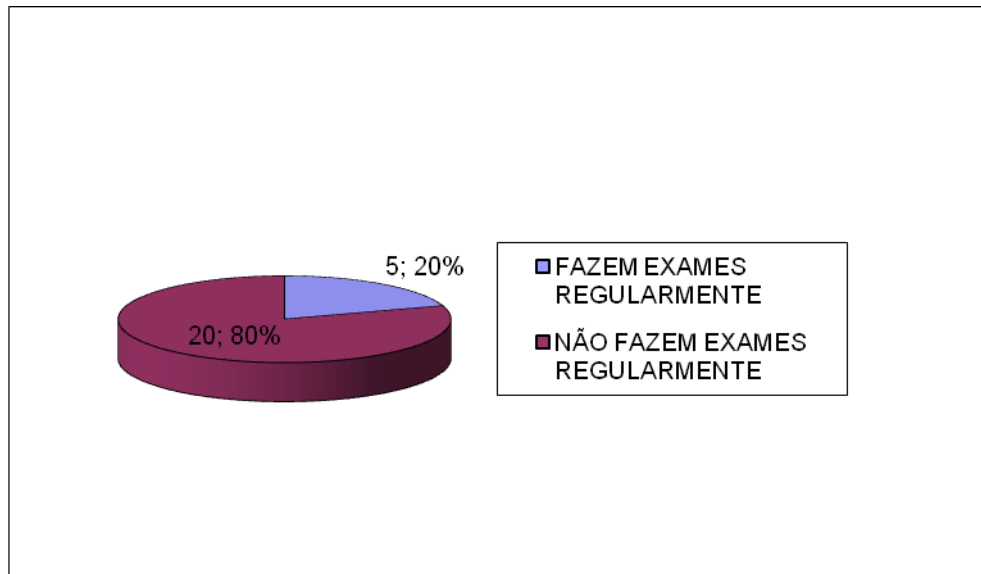


Gráfico 9 - Distribuição percentual dos 25 pacientes diabéticos, segundo a realização de exames na consulta de diabetes. Unidade Básica de Saúde de Angical. Anapurus-MA. 2009.

Os exames são importantes para todos ajudando a melhorar no tratamento (ZIMMERMAN; WALKER, 2002).

Observou-se que 76% dos pacientes consultados utiliza Metformina 01 vez ao dia, e que 24% utiliza a Glibenclamida 02 vezes ao dia.

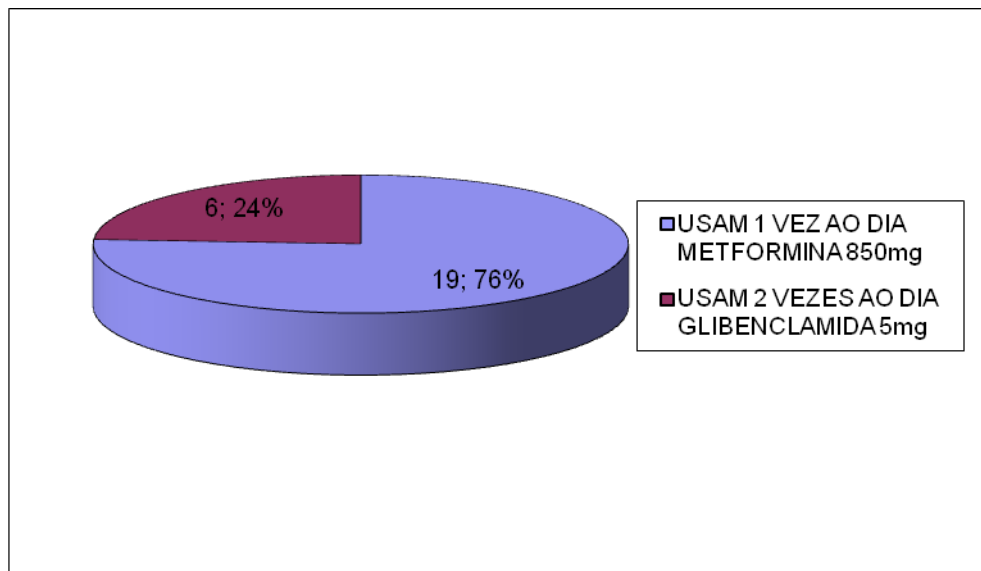


Gráfico 10 - Distribuição percentual dos 25 pacientes diabéticos, segundo o uso de medicamentos hipoglicemiantes. Unidade Básica de Saúde de Angical. Anapurus-MA. 2009.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), a Glibenclamida é mais recomendada no início do tratamento, pois é mais eficaz e proporciona poucos efeitos colaterais.

Quanto ao uso de adoçante, todos os 25 pacientes estudados fazem uso de adoçante. O Ministério da Saúde (2002) recomenda uso de adoçante dentro dos limites em quantidade e qualidade.

Como pode ser visto no gráfico 11, 88% dos pacientes entrevistados afirmam que fazem atividade física esporadicamente.

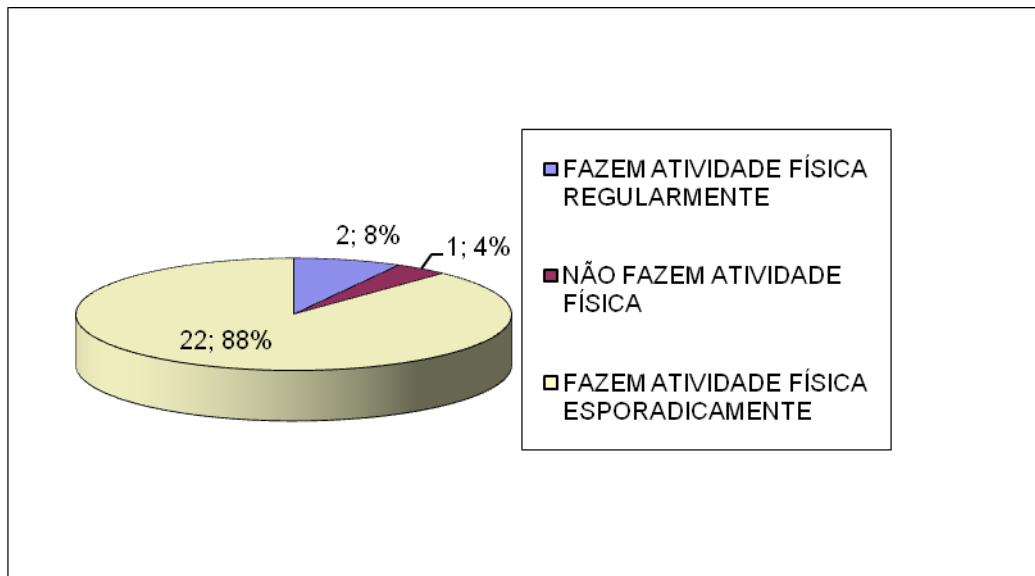


Gráfico 11 - Distribuição percentual dos 25 pacientes diabéticos, segundo a realização de atividade física. Unidade Básica de Saúde de Angical. Anapurus-MA. 2009.

Segundo Almeida (1997), os exercícios físicos realizados regularmente reduzem as complicações cardiovasculares e diminuem a glicemia.

## 5 CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que:

- a) A maior parte dos pacientes é do sexo feminino, com 66 anos de idade, casados, com renda familiar de mais de um salário mínimo, residindo com mais de duas pessoas;
- b) A maioria afirma que faz dieta e utiliza adoçante;
- c) Um grande percentual afirmou ser portador de hipertensão;
- d) A maioria dos entrevistados possui algum caso de Diabetes Mellitus na família;
- e) Todos afirmaram buscar assistência a saúde regularmente, obtendo um melhor diagnóstico, tratamento e acompanhamento para diabéticos;
- f) A maioria dos entrevistados usa a metformina uma vez ao dia e 24% utilizam a glibenclamida duas vezes ao dia;
- g) A maioria dos pacientes entrevistados pratica atividades físicas esporadicamente.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, H. G. G. **Diabetes mellitus: uma abordagem simplificada para profissionais de saúde.** São Paulo: Atheneu, 1997. cap. 1. p. 1-10.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Worldwide Diabetes "Epidemic" Predicted. **Diabetes Care**, 1998.

AZEVEDO, Alexandre Pinto de; PAPELBAUM, Marcelo; DELTA, Fernanda. Diabetes e transtorno alimentares: uma associação de alto risco. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, supl.3, p. 77- 80. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica.** Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual de diabetes.** 2. ed. Brasília, 1993.

\_\_\_\_\_. 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: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

FIGUEIREIDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública.** São Caetano do Sul: Yendis, 2005.

GROSSI, S.A.A. Tratamento insulínico da pessoa com diabetes mellitus. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.** São Paulo, Atheneu, 2000.

HADDAD, Maria do Carmo Lourenço et al. Educação em diabetes. in: ALMEIDA, Henriqueta Galvani de. **Diabetes Mellitus: uma abordagem simplificada para profissionais de saúde.** São Paulo: Ateneu, 1997.

NANCY, H. D. **Cuidados intensivos.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

NETTINA, Sandra M. **Prática de Enfermagem.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. v. 2.

PAIVA, Maria Santos et. Avaliação das ações educativas em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 39, n. 213, 1986.

REIS, A. F. **Diabetes mellitus?** Disponível em:  
<<http://www.fleury.com.br/diabetes.htm>>. Acesso em: 21 out. 2006.

SMELTZER, S.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

SOARES, R.N. GOLDENZWAING, C. **Manual de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

TEIXEIRA, Luciana; MACHADO, Antônio Carlos. Diabetes mellitus: novos critérios de classificação e diagnóstico. In: VILAR, Lucio et al. **Endocrinologia clínica**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

VIEIRA, R. **Diabetes Mellitus**. 2000. Disponível em:  
<[http://www.geocites.com/bioquímica\\_2000Diabetes.html](http://www.geocites.com/bioquímica_2000Diabetes.html)> Acesso em: 30 mar. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diabetes mellitus**. Geneva, 1985 (Who – Technical Report Series).

ZIMMERMAN, B.R.; WALKER, E.A. **Diabetes mellitus and exercise**: Diabetes Care. Rio de Janeiro: Anima, 2000.

## APÊNDICES



## APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS- GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
**QUESTIONÁRIO**

## CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS:

Nome: \_\_\_\_\_

1. sexo: ( ) F ( ) M

2. Idade: \_\_\_\_\_

3. Estado civil?

Solteiro ( ) União consensual ( ) Viúvo ( )

Separado ( ) Casado ( ) outros( )

4. Raça/cor:

Preta ( ) Branca ( ) Amarela ( ) Indígena ( )

5. Renda familiar?

Menor que 1 salário mínimo ( ) Até 1 salário mínimo ( )

Mais de um salário mínimo ( ) Mais de 3 salário mínimo ( )

6. Quantas pessoas moram em seu domicílio?

\_\_\_\_\_

7. Faz uso de adoçante?

Sim ( ) Não ( )

## HABITOS DE VIDA:

8. Faz atividade física?

Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( )

9. É portador de hipertensão?

Sim ( ) Não ( )

10. Procura os serviço de saúde com frequência (Posto de Saúde)?

Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( )

## CARACTERISTICAS DE SAÚDE E DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

11. Historia de Diabetes na família?

Sim ( ) Não ( )

12. Realiza exames periodicamente?

Sim ( ) Não ( )

13. Você faz uso de algum medicamento hipoglicemiante?

Sim ( )

- Tipo de medicamento:

( ) Glibenclamida 5 mg

( ) Metformina 850 mg

( ) Outros

- N° de comprimidos por dia:

( ) 1 ( ) 2 ( ) 3

Não ( )

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm

End.: Rua L Quadra 22 Casa 08 Parque Atenas CEP: 65.072-510 São Luís-MA. Fone: (98) 3246-1194

E-mail: rosemary@institutolaboro.com.br

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.

End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N. Campus do Bacanga, Prédio CEB-Velho, Bloco C, Sala 7 CEP: 65080-040. Tel.: 2109-8708.

Pesquisadoras: Ana Luisa Gomes Ares, Kátia Eline dos Reis Mendonça.

**DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM ANAPURUS – MA**

Prezado(a) Sr(a)., estaremos realizando uma pesquisa a respeito de diabetes mellitus tipo 2 em clientes cadastrados no programa de diabetes. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para o(a) Sr(a). que ajudarão a verificar os casos de diabetes em Anapurus/MA. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se o(a) Sr(a). quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. O(A) Sr(a). poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecido(a) e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre perfil sócio-demográfico, tratamento farmacológico, dentre outras. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal do(a) Sr(a). Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Anapurus, / /

---

Assinatura e carimbo do Sujeito da Pesquisa  
Pesquisador responsável

Unidade Básica de Saúde da Família Angical  
Povoado Angical CEP: 65.525-000  
Anapurus - MA.