



**FACULDADE VALE DO SALGADO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

SAMYA LUNARA SILVA

**A MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA COMO FORMA DE TRATAMENTO PARA O
DIABETES MELLITUS TIPO 02**

**ICO – CEARÁ
2014**

SAMYA LUNARA SILVA

A MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA COMO FORMA DE TRATAMENTO PARA O
DIABETES *MELLITUS* TIPO 02

Monografia apresentada ao Curso de Graduação
em Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado –
FVS, como requisito para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Marcos Aurélio de Sousa
Lima.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Faculdade Vale do Salgado

L961m SILVA, Samya Lunara.

A mudança do estilo de vida como forma de tratamento para o Diabetes Mellitus tipo 02/ Samya Lunara Silva.

59 p. il.

Orientador: Prof^o. Marcos Aurélio de Sousa.

Cópia de computador (*printout*).

Monografia (Graduação) – Faculdade Vale do Salgado, Curso de Enfermagem, Icó-Ceará, 2014.

1. Conhecimento. 2. Diabetes Mellitus. 3. Estilo de Vida.
I. Sousa, Marcos Aurélio de (Orient.). II. Título.

CDD: 641.56

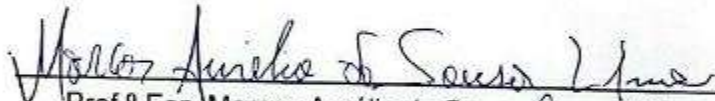
SAMYA LUNARA SILVA


A MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA COMO FORMA DE TRATAMENTO PARA O
DIABETES MELLITUS TIPO 02

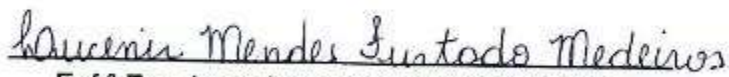
Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade
Vale do Salgado – FVS do Campus Avançado de Icó-Ce, para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Data da aprovação: 23/11/14

Banca Examinadora:


Prof.º Esp. Marcos Aurélio de Sousa Lima- FVS.
Orientador


Prof.º Esp. Raimundo Tavares de Luna Neto- FVS
1º Examinador


Enf.ª Esp. Lucenir Mendes Furtado Medeiros.
2º Examinador

Dedico este trabalho ao Senhor Deus que me deu força e coragem para finalizar mais essa etapa da minha vida, que jamais me desamparou e permitiu a conclusão deste sonho.

Aos meus pais **Luiz Vitor da Silva** e **Eliana Gomes da Silva**, que são o alicerce da minha vida, que nunca mediram esforços para que este momento acontecesse. Essa conquista é para vocês.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus que é a força maior da minha existência, que através da sua bondade e misericórdia me possibilitou essa conquista, tudo o que sou e o que tenho devo a ti Senhor. Muito obrigada.

Aos meus pais, meus tão amados pais, que me ensinaram a ter determinação, coragem, a reconhecer o valor da humildade, que sempre me fizeram saber que podia contar com eles, em qualquer situação, compartilharam comigo todos os seus aprendizados, que sempre me compreenderam e deram-me apoio. O meu mais profundo agradecimento seria pouco perto do que vocês merecem. Nas minhas poucas palavras o meu muitíssimo obrigada.

A minha prima univitelina, minha irmã de coração Thais Gomes da Silva Vitor, que sempre esteve comigo desde pequenininha, crescemos e aprendemos muitas coisas juntas, e ainda estamos aprendendo. Obrigada por todos os momentos, alegrias, tristezas, compreensões, apoio, força, amizade...

Aos meus avós José Vitor da Silva, Maria Lucas da Silva, José Francisco da Silva e Maria Benta da Silva pelos ensinamentos repassados de geração em geração, incentivando valores e a importância do caráter.

A todos os meus tios, sintam-se agradecidos na pessoa da minha tia Eliene Gomes da Silva, que me ensinou o valor da vida, deu-me apoio e força, e sempre acreditou nessa realização.

Ao meu adorado José Rubens da Silva, que me ensinou a ser paciente e a ter fé, que me ajudou a compreender e superar as dificuldades, e sempre me disse que iria dá tudo certo. Muito obrigada.

A todos as pessoas que direto e indiretamente me apoiaram e torceram por mim, sintam-se agradecidos nas pessoas de Ida Gabriela Victor da Silva e Maria Natália de Lima, minhas grandes amigas.

A todos os meus colegas, da Faculdade Vale do Salgado e da Faculdade de Juazeiro do Norte, em especial os colegas de sala, que viveram dia-a-dia comigo, me ensinaram a ter confiança, e contribuíram para a minha melhora como pessoa.

Aos meus colegas de Estágios que me ensinaram a importância de ser feliz, a ser mais compreensiva e acreditar em um mundo melhor. Obrigada por todos os momentos, de compreensão, de força, de alegria e de aprendizado.

A todos os professores de Faculdade Vale do Salgado e Facilitadores de estágio pelo aprendizado, e pelos ensinamentos de vida e profissão.

Ao Orientador e Professor Marcos Aurélio de Sousa Lima pela paciência e ensinamento, que mesmo sem tempo se disponibilizou a me ajudar neste trabalho.

A todos os funcionários da Faculdade Vale do Salgado-FVS na pessoa de Kerma Márcia de Freitas, Enfermeira e coordenadora do Curso de Enfermagem por possibilitar minha Graduação em Enfermagem.

A todos os integrantes da Estratégia de Saúde da Família São Geraldo, Icó-Ce na pessoa de Lucenir Mendes Furtador Medeiros, por todo o apoio e confiança.

Em fim, a todas as pessoas que acreditaram e contribuíram para essa vitória, o meu mais sincero obrigado.

RESUMO

SILVA, Samya Lunara; LIMA, Marcos Aurélio de Sousa. A mudança do estilo de vida como forma de tratamento para o Diabetes *Mellitus* tipo 02. **Monografia**. Faculdade Vale do Salgado – FVS. Icó-Ce, 2014. p. 59.

O Diabetes *Mellitus* (DM) é uma síndrome metabólica, caracterizada por hiperglicemia persistente, resultante de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina. O DM se apresenta de duas formas, tipo 01, associada à hereditariedade e tipo 02, adquirida, é uma doença crônica, que entra no contexto das síndromes metabólicas, destacando-se entre estas por ser considerado um grave problema de saúde, que pode atingir mundialmente até 2025 300 milhões de pessoas, e até 2030 aumentará sua prevalência em mais 42%. O diagnóstico confirmatório do DM se dá pela clínica do portador atrelada à análise laboratorial, que se baseia na detecção do aumento da glicemia, ou hiperglicemia. No tratamento estão presentes à insulina, os hipoglicemiantes orais e principalmente a mudança no estilo de vida, com prática de exercício físico e alimentação saudável, estes de maior importância para o controle do DM 02. Com este estudo objetivou-se analisar a mudança no estilo de vida e o conhecimento referente à doença dos clientes diabéticos tipo 02 em tratamento hipoglicemiante oral de uma Unidade Básica de Saúde do município de Icó. É um estudo qualitativo, embasado na natureza exploratória descritiva, com clientes diabéticos da ESF São Geraldo, Icó-Ce, os dados foram analisados e discutidos pela proposta da análise de conteúdo de Bardin. Os dados foram coletados durante as consultas semanais do HIPERDIA, nos meses de agosto e setembro de 2014, utilizando-se como instrumento de coleta de dados uma entrevista semiestruturada que conclui sobre a mudança no estilo de vida e o conhecimento dos diabéticos sobre essa síndrome. Os resultados foram agrupados em categorias e subcategorias; mostrando a predominância do DM entre 54 e 64 anos, sendo a maioria do gênero feminino (92%), cor parda (85%), com ensino fundamental incompleto (62%), viúvas (46%) e renda familiar acerca de um salário mínimo (46%). Apesar do uso contínuo dos hipoglicemiantes orais e da presença mensal às consultas para controle do DM, se evidencia que estes não possuem conhecimento sobre a doença, não aderem à mudança no estilo de vida, não praticam atividade física, não se alimentam adequadamente e conseqüentemente não controlam o valor dos níveis glicêmicos. Portanto conclui-se que a educação em saúde é o método mais importante para se chegar a um prognóstico mais favorável do DM, bem como prevenir suas complicações e diminuir a morbimortalidade que a doença acarreta. Essa educação deve ser constante, a monitoração da mudança no estilo de vida, é imprescindível para obter melhores respostas ao tratamento, para que isso ocorra é fundamental o vínculo profissional-cliente, à medida que o apoio é o alicerce para superar as dificuldades.

Palavras-chave: Conhecimento. Diabetes *Mellitus*. Estilo de Vida.

ABSTRACT

SILVA, Samya Lunara; LIMA, Marcos Aurélio de Sousa. The change of lifestyle as treatment approach for Diabetes mellitus type 02. **monograph**. Faculdade Vale do Salgado – FVS. Icó-Ce city, 2014. p. 59.

Diabetes *Mellitus* (DM) is a metabolic syndrome characterized by persistent hyperglycemia, resulting from defects in secretion and / or in insulin action. The DM presents itself in two forms, Type 01, associated with heredity and type 02, acquired, is a chronic disease that comes in the context of metabolic syndrome, especially among those to be considered a serious health problem, which can achieve globally by 2025 300 million people through 2030 and increase its prevalence in over 42%. The confirmatory diagnosis of DM is given by the clinic linked to laboratory analysis, which is based on detection of increased blood glucose, or hyperglycemia. In Treatment are present the insulin, oral hypoglycemic agents and especially the change in lifestyle with physical activity and healthy eating, these most important for the control of DM 02. This study aimed to analyze the change in lifestyle and knowledge regarding the disease of diabetes type customers in 02 oral hypoglycaemic treatment of a Basic Health Unit in the Municipality of Icó city. It is a qualitative study, based on descriptive exploratory nature with diabetic clients of Family Health Strategy São Geraldo, Icó-CE city, the data were analyzed and discussed by the proposed content analysis of Bardin. Data were collected during weekly visits of HIPERDIA in the months of August and September 2014, using as instrument for data collection semistructured interview that one concludes about the change in lifestyle and knowledge of diabetics about this syndrome. The results were grouped into categories and subcategories; showing the prevalence of DM between 54 and 64 years old, the majority being female (92%), mulatto (85%) with incomplete primary education (62%), widows (46%) and family income on a salary minimum (46%). Despite the continued use of oral hypoglycemic agents and the presence of the monthly visits for DM control, it is clear that they have are not aware about the disease, do not adhere to the change in lifestyle, do not exercise, not eating properly and consequently not control the amount of blood glucose levels. Therefore it is concluded that health education is the most important to reach a more favorable prognosis than DM, as well as prevent complications and reduce morbidity and mortality that the disease entails method. This education should be constant monitoring of change in lifestyle, it is imperative to get Best answers to treatment, for this to occur is critical professional-client relationship as the support is the foundation for overcoming difficulties.

Keywords: Knowledge. Diabetes *Mellitus*. LifeStyle.

LISTA DE SIGLAS E/ OU ABREVIATURAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
B (β)	Beta
CC	Circunferência da Cintura
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESP.	Especialista
FLS	Faculdade Leão Sampaio
FVS	Faculdade Vale do salgado
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
Hba1c	Hemoglobina Glicada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estatística Econômica do Ceará
NPH	Insulina Recombinante Humana
OMS	Organização Mundial da Saúde
PROF.	Professor
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD	Técnico de Higiene Bucal
TTG	Teste de tolerância à glicose
TTG 75g	Teste de Tolerância à glicose com 75gramas de glicose
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças por Inquérito telefônico

LISTA DE TABELAS

TABELA 01: Distribuição dos Participantes Estudados quanto aos dados Sociodemográficos.....	31
TABELA 02: Distribuição dos Participantes Estudados quanto aos níveis glicêmicos.....	41

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01: Distribuição dos Participantes Estudados quanto à Faixa Etária.....	29
GRÁFICO 02: Distribuição dos Participantes Estudados quanto ao IMC.....	33
GRÁFICO 03: Distribuição dos Participantes Estudados quanto a Circunferência Abdominal.....	34
GRÁFICO 04: Distribuição dos Participantes Estudados quanto aos Níveis Glicêmicos.....	42

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	Objetivo Geral	16
2.2	Objetivos Específicos.....	16
3	REFERÊNCIAL TEÓRICO	17
3.1	Fisiopatologia do Diabetes <i>Mellitus</i>	17
3.2	Diagnóstico do Diabetes <i>Mellitus</i>	18
3.3	Tratamento do Diabetes <i>Mellitus</i>	19
3.3.1	Tratamento Farmacológico	20
3.3.2	Mudança no Estilo de Vida	21
4	TRAJETO METODOLÓGICO	24
4.1	Tipo de Estudo	24
4.2	Cenário da Pesquisa.....	24
4.3	Participantes da Pesquisa.....	25
4.4	Instrumentos para Coleta De Dados	25
4.5	Análise dos Dados	26
4.6	Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa	27
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	28
5.1	Caracterizações dos participantes	28
5.1.1	Características Pessoais.....	29
5.1.2	Características Sociodemográficas.....	30
5.1.3	Características Antropométricas	32
5.2	Estilo de Vida e Conhecimento sobre a Doença	35
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
	REFERÊNCIAS	45

APÊNDICES

APÊNDICE A: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

APÊNDICE B: DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

APÊNDICE E: INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1 INTRODUÇÃO

Desde a segunda metade do século XIX as causas de morbimortalidade vêm sofrendo uma progressiva mudança, passando de doenças infecciosas e parasitárias para doenças crônico-degenerativas (PONTE *et al.*, 2010), que incluem os distúrbios metabólicos, tais como a Hipertensão Arterial e o Diabetes *Mellitus*.

O Diabetes *Mellitus* (DM) é uma síndrome metabólica, caracterizada por hiperglicemia persistente, resultante de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina. A DM se apresenta de duas formas, tipo 01, associada à hereditária e tipo 02, adquirida (SCAIN *et al.*, 2013.). O DM tipo 01 compreende uma deficiência na secreção da insulina, devido a uma destruição autoimune das células- β do pâncreas, abrange cerca de 5% a 10% dos casos. O DM tipo 02 é uma combinação de resistência entre à ação do hormônio e a resposta secretora inadequada da insulina, refere-se à cerca de 90% a 95 % dos casos (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010).

Segundo Brasil (2011), dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), mostra que em 2010 a prevalência de Diabetes *Mellitus* (DM) referida na população acima de 18 anos foi de 6,3%, sendo que os homens correspondiam a 5,4% dos diabéticos, e as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 7% dessa população.

Pesquisas revelam que o número esperado de DM no mundo inteiro para 2025 é de 300 milhões de pessoas (NASCIMENTO *et al.*, 2010), e que até 2030, aumentará 42% (DUARTE *et al.*, 2012). Apesar dos enfoques para a melhoria do tratamento, diminuição das complicações e o aumento do conhecimento em relação ao DM, essa síndrome continua em crescente disseminação, que se dá de forma holística, sem escolher sexo, raça ou idade.

No Brasil 21,6% da população idosa com mais de 65 anos possuem a doença, e 0,6% de jovens entre 18 e 24 anos são pessoas com diabetes. Com relação aos resultados regionais, Fortaleza, apresenta 7,3% de ocorrências dessa doença (BRASIL, 2012b) apresentando no município de Icó-Ce com seus 65.453 habitantes (Censo IBGE 2010) 1489 diabéticos cadastrados no HIPERDIA até março de 2014 (Dados da secretária Municipal de Saúde de Icó-Ce 2014), sendo que 102

fazem parte da Estratégia Saúde da Família (ESF) São Geraldo, localizada na Rua Dois de Abril, do Bairro Centro do município de Icó-Co.

As consequências do DM 02 incluem disfunção e falência de alguns órgãos, como: rins, (nefropatia diabética); olhos, (retinopatia); nervos, (neuropatia); coração, (problemas cardiovasculares); e vasos sanguíneos. O DM pode ainda causar cegueira, derrame, acidente vascular cerebral e coma, podendo levar o indivíduo ao óbito por coma diabético (SCAIN *et al.*, 2013).

O constante aparecimento das síndromes metabólicas, como o DM promove aumento tanto no custo do tratamento como no monitoramento desses clientes, e causam impacto negativo na qualidade de vida e na produtividade dessas pessoas. Desse modo, é importante melhorar a estruturação da atenção básica à saúde, para tentar diminuir gastos públicos com serviços hospitalares, reabilitação ou deficiência permanente (ZAVATINI; OBRELI-NETO; CUMAN, 2010).

Pensando nisso em 1994 foi criado o PSF (Programa saúde da família), hoje, ESF (Estratégia Saúde da Família), que tem como objetivo principal aperfeiçoar o sistema, ter mais disponibilidade e melhoria no atendimento, bem como diminuir agravos e consequências, através de buscas que possam auxiliar no descobrimento precoce de doenças crônico-degenerativas, como o Diabetes *Mellitus*. Com a tentativa de melhorar o atendimento e monitoramento o Sistema Único de Saúde (SUS) cadastra seus diabéticos e hipertensos em um programa chamado de HIPERDIA, que monitora o número de diabéticos em cada Unidade Básica de saúde (UBS), bem como o controle mensal da glicemia e as complicações que o diabetes acarreta para cada cliente.

Os custos destinados ao tratamento do DM aumentaram de forma alarmante nas últimas décadas. A utilização da terapia medicamentosa representa um custo muito alto e por vezes pode gerar efeitos colaterais, principalmente porque a conduta terapêutica adotada pela rede pública de saúde não utiliza fármacos de última geração devido ao elevado custo do tratamento (CODOGNO; FERNANDES; MONTEIRO, 2012). No Brasil, a doença custeia de 2,5% a 15% do orçamento destinado à saúde (GRILLO *et al.*, 2013). Cerca de R\$ 5 bilhões por ano (SCAIN *et al.*, 2013).

Ao passar do tempo os indivíduos portadores de DM tendem a piorar seu estado de saúde, pois começam a apresentar complicações derivadas de um mau controle glicêmico, que leva aos poucos o indivíduo a deficiência do metabolismo em

vários sistemas (FARIA *et al.*, 2013a). Por isso conseguir manter o nível glicêmico o mais próximo da normalidade é fundamental para prevenir e retardar o aparecimento das complicações (SILVA *et al.*, 2009).

Para obter um bom controle glicêmico, é essencial que os profissionais de saúde supervisionem a adesão ao plano terapêutico estabelecido para o diabético e também considerem as adversidades que o paciente encontra em seu cotidiano para o manejo da doença, sabendo respeitar seus limites e explorar suas possibilidades. O paciente precisa seguir um plano alimentar, fazer atividade física e utilizar medicamentos eficazes para obter um bom controle glicêmico, evitando assim complicações (ZULIAN *et al.*, 2013).

Estudos demonstram que mudanças na alimentação em portadores de DM 02, tais como consumo de alimentos com baixo índice glicêmico e ricos em fibras alimentares, induzem menor aumento nos níveis séricos de glicose e insulina no período pós-prandial. Sendo assim, as orientações nutricionais, e à mudança no estilo de vida, são consideradas de suma importância para o controle do DM, porém a adesão a esses métodos nem sempre é satisfatória (CARVALHO *et al.*, 2012).

Com isso essa pesquisa procura mostrar como o estilo de vida dos Diabéticos tipos 02 da Estratégia de saúde da Família (ESF) São Geraldo implica na taxa do nível glicêmico. Comparando os valores dos níveis glicêmicos mensais dos prontuários com a alimentação, exercício físico, e terapêutica medicamentosa. Como os diabéticos se portam frente à terapêutica proposta? Qual a maior dificuldade que as pessoas diabéticas encontram para cumprir o tratamento?

A escolha por esse tema se deu em detrimento a realização dos Estágios de Saúde Coletiva e Supervisionado I, devido ao contato com os clientes diabéticos e a percepção dos mesmos em relação ao aumento do nível glicêmico, como também a grande abrangência da doença, que afetará mundialmente até 2030, 366 milhões de pessoas (FERREIRA; FERREIRA, 2009). Onde será possível avaliar a implicação da mudança no estilo vida desses clientes e o conhecimento que os mesmos possuem em relação ao DM, podendo assim contribuir para a melhoria dos níveis glicêmicos dos diabéticos através da educação em saúde, possibilitando uma nova adesão ao tratamento do DM, uma vez que a equipe de Enfermagem está à frente dos cuidados do DM e da avaliação do tratamento.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a mudança no estilo de vida e o conhecimento referente à doença dos clientes diabéticos tipo 02 em tratamento hipoglicemiante oral de uma Unidade Básica de Saúde do município de Icó.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos clientes com Diabetes *Mellitus* tipo 02 da Unidade Básica de Saúde São Geraldo – Icó- CE;
- Identificar o conhecimento sobre o Diabetes *Mellitus* tipo 02.
- Analisar o estilo de vida e o valor dos níveis glicêmicos de três meses consecutivos monitorados pela ESF São Geraldo – Icó – CE.
- Conhecer as orientações realizadas pela equipe de saúde acerca do Diabetes *Mellitus*.

3 REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1 Fisiopatologia do Diabetes Mellitus

O DM é uma doença crônica, que entra no contexto das síndromes metabólicas, é caracterizada por uma alta na glicemia sanguínea, devido a defeitos no processo da ação da insulina. Destaca-se entre as doenças crônicas não transmissíveis sendo considerado um grave problema de saúde (OLIVEIRA; FRANCO, 2010).

Segundo Torres, Pereira e Alexandre (2011) o DM é um dos transtornos mais frequentes no mundo, e se dá devido o aumento das áreas urbanas bem como a diminuição da atividade física e um estilo de vida nada saudável, além do aumento no envelhecimento populacional, que se observa em crescente aceleração. O DM se apresenta de duas formas, tipo 01 mais comum em crianças e tipo 02 que acomete adultos, na sua maior parte obesos, hipertensos e dislipidêmicos.

O DM tipo 01 caracteriza-se pela redução total ou parcial na produção de insulina, apesar de acometer crianças seu diagnóstico ainda é confirmado, em maior parte na fase da adolescência, acarretando prejuízos funcionais a estes jovens por longo tempo de exposição à doença (MARQUES; FORNÉS; STRINGHINI, 2011).

Estudos referentes à célula β do pâncreas, responsável pela ação da insulina em conjunto com a disfunção do tecido adiposo sugerem um novo conceito de doença autoimune para o DM tipo 01. O ambiente em relevância ao sedentarismo e aos hábitos alimentares compreende agora um perfil, mas obeso para os portadores dessa síndrome, deixando de lado a característica da magreza nesse distúrbio (SANTOS; SCHRANK; KUPFER, 2009).

O DM Tipo 02: é uma doença que apresenta relevância mundial, é considerado um distúrbio crônico, que altera todo o cotidiano das pessoas acometidas, possui um forte impacto psicológico e familiar, que causa dificuldades de relacionamentos interpessoais e sociais. É caracterizada por hiperglicemia, devido aos níveis inadequados ou insuficientes de insulina no sangue (AMORIM *et al.*, 2013).

O DM pode ser assintomático, e sua descoberta se dá na maioria das vezes pelo rastreamento clínico, através de seus fatores de risco, tais como alimentação, obesidade e a não prática de exercícios físicos. Os sintomas do DM incluem

principalmente o que se chama de "04 P's": poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso. No DM tipo 01 esses sintomas podem progredir para Cetose, desidratação e acidose metabólica. E em alguns casos visão turva, prurido, fadiga, letargia e fraqueza (BRASIL, 2013).

As complicações do DM são observadas tanto no funcionamento do organismo quanto na qualidade de vida, tendo em vista que um dos fatores cruciais para o equilíbrio da doença é a mudança no estilo de vida. Com isso surge no cliente uma questão a ser tratada, a vontade de se ajustar ao tratamento ou o desejo de interrompê-lo, o que implica de forma direta na aderência há um novo estilo de vida (RODRIGUES *et al.*, 2012).

Na medida em que o tempo passa a maioria das pessoas acometidas pelo DM tendem a deteriorar seu estado de saúde, geralmente relacionado há um controle glicêmico ineficaz. Essa situação se reflete no estado físico e na capacidade de funcionamento do organismo, acarretando nos indivíduos dores nos membros, dificuldades de relacionamentos, e instabilidade emocional. Estudos evidenciam que após 15 anos da doença, as pessoas apresentem cegueira, uma minoria, problemas visuais, nefropatia, neuropatia e doenças cardiovasculares. Essas complicações afetam de forma direta não só o aumento no custo do tratamento, mas também a qualidade de vida desses indivíduos (FARIA *et al.*, 2013a).

As complicações do DM se dividem em agudas e crônicas, sendo as agudas hiperglicemia e hipoglicemia, e as crônicas variam desde doenças macrovasculares, a microvasculares e neurológicas (PONTIERI; BACHION, 2010).

Entre as complicações crônicas destaca-se a neuropatia, que é em adultos diabéticos a primeira causa de amputação de membros, embora alguns casos não sejam diagnosticados, ela ocorre principalmente quando há deficiência de insulina grave, característica do DM 01, mas que pode ocorrer em fases avançadas do DM 02 (ROLIM *et al.*, 2009).

3.2 Diagnóstico do Diabetes Mellitus

O diagnóstico confirmatório do DM é feito laboratorialmente e baseia-se na detecção do aumento da glicemia, ou hiperglicemia, que por muitas vezes se apresenta de forma silenciosa, os exames para diagnóstico do DM incluem: teste de glicemia casual, glicemia de jejum, teste de intolerância a glicose (TTG) e em alguns

casos hemoglobina glicada (HbA1c), recomendada como um exame de acompanhamento, pois mede a glicose de até três meses anteriores. A glicemia casual é realizada com o glicosímetro e tiras de reagentes, e o TTG-75 g, é ofertado uma dose de 75g de glicose ao paciente em jejum e verificada a glicemia antes e duas horas após a ingesta, se o resultado der maior ou igual a 200mg/dL indica diabetes, entre 140mg/dL e 200mg/dL indica tolerância à glicose diminuída. Uma glicemia normal é a que se apresenta em jejum menor que 110mg/dL, o TTG com 75g de glicose após duas horas menor que 140mg/dl e a glicemia casual menor que 200mg/dl, já uma glicemia alterada é aquela glicemia feita em jejum e o resultado está entre 110mg/dl e 125mg/dl (BRASIL, 2013).

Segundo Pontieri e Bachion (2010) existe um grande desafio em manter a glicemia nos parâmetros normais que seria menor que 126mg/dl, devido a grande dificuldade de modificar hábitos alimentares e todo o estilo de vida, que inclui modificações na alimentação, atividade física, e terapia medicamentosa regular.

O aparecimento das complicações do DM está interligado diretamente com a efetividade do controle glicêmico, da pressão arterial e dos lipídeos plasmáticos, com isso objetivou-se o aparecimento de metas capazes de melhorar o controle dessas síndromes, um bom exemplo é a educação em saúde com foco no reconhecimento do DM e a importância do controle do mesmo pelos próprios diabéticos (PANAROTTO *et al.*, 2009).

3.3 Tratamento do Diabetes Mellitus

O tratamento do DM é de fundamental importância para retardar ou minimizar o aparecimento de complicações, deve ser farmacológico, mas principalmente ser acompanhado de um processo de planejamento que discuta educação em saúde voltada para o diabetes, através da realização de oficinas e programas de saúde que abranjam essa síndrome em todo o seu contexto, incluindo principalmente a importância de um tratamento eficaz. Alguns autores destacam a importância do uso de teorias educacionais, que envolvam comportamentos, aspectos cognitivos e socioculturais para a construção de habilidades e conhecimentos sobre o DM (TORRES *et al.*, 2011).

A terapêutica atualmente em vigor no Brasil tem sido de certa forma ineficiente, um estudo realizado no Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul,

demonstrou que uma pequena parte dos diabéticos, cerca de 10% dos clientes com DM tipo 01, e mais ou menos 25% das pessoas com DM tipo 02, apresentam uma HbA1c (Hemoglobina Glicada) no valor recomendado, menor ou igual a 7%. Estudos sugerem que este resultado é decorrente da não adesão adequada ao tratamento não farmacológico, pois a maior dificuldade vista nos diabéticos é a adesão à mudança no estilo de vida. Porém, os medicamentos disponíveis no Brasil sugerem baixa eficácia na ação recomendada, pois apenas metade dos clientes em uma terapêutica de até dois medicamentos orais atinge o valor da Hba1c (GRILLO *et al.*, 2013).

O objetivo do tratamento para o diabetes é conseguir alcançar um controle metabólico, que abranja uma educação continua, com o foco na modificação do estilo de vida, que inclui principalmente a prática do exercício físico e a reorganização da alimentação. Porém, mudar o estilo de vida é uma dificuldade existente no tratamento do DM (SANTOS *et al.*, 2011).

3.3.1 Tratamento Farmacológico

Pessoas acometidas pelo DM tipo 01 tendem a fazer uso da insulina, que deve ser dividida em três a quatro doses por dia, basal e pós prandial, ajustadas de acordo com os valores da glicemia capilar, que deve ser medida pelo menos três vezes ao dia. Já o DM tipo 02 exige tratamento não farmacológico, mas pode ser acompanhado por antidiabéticos orais, e conforme a evolução da doença o paciente pode receber insulina basal. Dentre os antidiabéticos orais estão: Cloridrato de Metformina de 500 a 850mg, a Glibenclamida de 5mg e a Glicasida de 30, 60 e 80mg, sendo a Metformina o hipoglicemiante oral de primeira escolha, e as sulfonilureias (glibenclamida e glicasida) as de segunda escolha (BRASIL, 2013).

Devido à relação do DM com outros transtornos, tais como hipertensão arterial, depressão e dislipidemias, o tratamento farmacológico dessa síndrome demanda na sua maior parte o uso da polifarmácia, ou seja, o uso de cinco ou mais fármacos para alcançar um bom controle metabólico, principalmente em pessoas com idade avançada, do gênero feminino e com sintomas de depressão (NASCIMENTO *et al.*, 2010).

Para o tratamento contínuo do DM a metformina tem uma ótima resposta de segurança em longo prazo, age neutramente e reduz complicações

macrovasculares, pois age diminuindo a produção hepática de glicose, com redução na resistência à insulina e aumento da captação de glicose no músculo. A utilização da metformina deve ser acrescida de doses pequenas da medicação cerca de um comprimido de 500mg por dia, depois de sete dias a dose pode ser aumentada, porém não deve ultrapassar 1000mg por dia. Se a resposta esperada não for alcançada pode-se combinar com a metformina uma sulfonilureia, que estimula a secreção da insulina, diminuindo o nível de glicose no sangue. As sulfonilureias são contraindicadas na insuficiência renal e hepática, e podem causar hipoglicemia e ganho de peso exagerado. Em última escolha encontra-se a insulina, que pode ser de ação rápida (regular) ou de ação intermediária (NPH), a regular é utilizada em casos emergências, cetoacidose, trabalho de parto, já a NPH é utilizada para controle glicêmico basal, em via subcutânea (BRASIL, 2013).

3.3.2 Mudança no Estilo de Vida

O sistema de saúde no Brasil tem garantia de acompanhamento às pessoas portadoras de doenças crônicas, das quais se destaca a Hipertensão Arterial e o Diabetes *Mellitus*. Pensando na grande incidência do DM e da Hipertensão Arterial o Ministério da Saúde objetivou uma reorganização para a terapêutica dessas duas síndromes, implantando no Sistema Único de Saúde (SUS) o Plano de Reorganização da atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes *Mellitus* (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010).

A reorganização dos hábitos alimentares é essencial para controlar o DM tipo 02, juntamente com os demais cuidados estabelecidos para o cliente, como revisão das escolhas alimentares, que devem ter baixo teor de gordura e carboidratos, e a prática de atividade física. Na maioria das vezes essas modificações são impostas em uma fase da vida em que os hábitos já são bem definidos, o que torna a adesão ao tratamento um grande desafio (PONTIERI; BACHION, 2010).

Um estudo de acompanhamento realizado com diabéticos em Caxias do Sul-RS revela que clientes que usavam hipoglicemiantes orais e mudaram o estilo de vida, passaram a usar como tratamento medicamentoso apenas a metformina, enquanto que os demais que utilizavam só os antidiabéticos orais, com o tempo

tiveram que usar a insulina para alcançar o controle da glicemia (PANAROTTO *et al.*, 2009).

Como forma de melhorar a adesão ao tratamento para os portadores de DM 02, implantou-se no Brasil uma Educação Permanente em Saúde-EPS, que visa à capacitação dos profissionais da Atenção Básica, como estratégia de qualificação profissional, através de atividades educativas de caráter contínuo, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência através de cuidados interdisciplinares e multiprofissionais, que reflitam na construção de profissionais mais capacitados e que possam intervir no DM e HAS de forma completa e eficaz (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010).

A prática da atividade física pelo menos três vezes por semana com intensidade moderada é recomendada aos clientes com DM. Segundo um estudo publicado recentemente pelo menos 150 minutos de exercícios semanais aeróbicos por pelo menos 12 (doze) semanas reduzem a hemoglobina glicada em 0,5%. Porém, existe um grande índice de impedimento dos diabéticos para a prática de exercícios físicos devido a casos de hipoglicemia, que se apresentam em episódios rápidos, desse modo é recomendado a ingestão de alimentos de hora em hora na prática de atividade física, bem como a monitorização da glicemia (DUARTE *et al.*, 2012).

Alguns fatores interferem na adesão dos clientes ao tratamento, entre eles estão episódios de hiperglicemia e hipoglicemia, variáveis socioeconômicas, gênero, idade, raça, estado civil, ocupação, renda, educação, relação custo-benefício do tratamento, interação profissional-cliente, efeitos e interações dos medicamentos, concepções e conhecimentos a respeito da própria síndrome e participação da família, um forte impacto está também no atendimento desse cliente na unidade de saúde, pois esse espera que ao chegar a uma ESF encontre terapias e profissionais atualizados e capacitados para lhe atender (GIMENO *et al.*, 2011).

Torres, Pereira e Alexandre (2011), afirmam que para um autocuidado eficaz os portadores do Diabetes *Mellitus* precisam receber educação permanente e conhecimento sobre a doença, através de programas de educação que sejam estruturados para o Diabetes, bem como apoio familiar e dos profissionais de saúde que os acompanham, visando melhorar o tratamento e gerenciar os conhecimentos, as atitudes e as habilidades dos indivíduos frente aos cuidados para o controle dessa síndrome, o que implica na diminuição das complicações referidas à doença.

Nos países desenvolvidos a adesão dos clientes a terapia gira em torno de apenas 50%, e esse fator se torna mais grave em países em desenvolvimento, onde estudos criticam a baixa adesão aos serviços de saúde, o baixo nível de escolaridade e a baixa renda socioeconômica (GIMENO *et al.*, 2011).

Estudos fortalecem a necessidade de trabalhar os sentimentos e conhecimentos dos clientes ao se apresentar propostas para mudar o estilo de vida, bem como o respeito pela cultura social dessas pessoas, pois se percebe a fundamental importância desse contexto para a ampliação e adesão ao tratamento, podendo assim agir de forma efetivamente interdisciplinar para um manuseio eficaz das síndromes metabólicas (VIEIRA *et al.*, 2011).

Corroborando, Santos *et al.*, (2011) fortalece a importância de um serviço que disponibilize uma atenção de qualidade integral a pessoa com DM, diminuindo assim custos provenientes das complicações do diabetes, com isso têm-se observado a implantação de políticas públicas no Brasil como forma de melhorar o serviço de acompanhamento ao diabético.

Para transformar o modelo de atenção à saúde, a educação permanente dos diabéticos aparece como forma de fortalecer a promoção e prevenção dos agravos, através da realização de uma assistência integralizada e eficaz da prática educativa, monitorando e acompanhando esses clientes (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010).

4 TRAJETO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudo

O presente estudo apresenta-se como exploratório descritivo, fundamentado na abordagem metodológica qualitativa.

A pesquisa exploratória revela a formulação de hipóteses com significâncias para outras pesquisas, verificando descrições fundamentais para determinadas situações, requer planejamento para identificar aspectos diferentes de um problema ou situação (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2011).

A pesquisa descritiva tem como finalidade a definição das características de certa população, através de acontecimento ou de experiências. Considera-se que ao final, o pesquisador terá reunido e analisado muitas informações sobre o assunto pesquisado, adaptando novas visões sobre uma realidade já conhecida, sendo fundamental uma nova forma de ver a realidade (GIL, 2010).

A pesquisa qualitativa se preocupa em avaliar e explicar aspectos mais profundos, propondo uma complexidade do comportamento humano, promove uma análise melhor detalhada sobre as investigações, costumes, estilos, humores e comportamentos. Trabalham com o universo de definições, motivos, vontades, religião, o que corresponde a um ambiente mais intenso das relações dos métodos e acontecimentos (MARCONI; LAKATOS, 2010).

4.2 Cenário da Pesquisa

O presente estudo foi desenvolvido na Estratégia de Saúde da família (ESF) São Geraldo, localizada na Rua Dois de Abril, Bairro centro do município de Icó-Ce, situada na Região Centro Sul do Ceará, distante 301 km em linha reta da capital Fortaleza (IBGE/IPECE, 2012), o qual recebeu convite formal para entrada de campo por meio do pedido de autorização (APÊNDICE A) e da declaração de anuência (APÊNDICE B) para concretização da pesquisa.

A ESF São Geraldo atende aos clientes diabéticos que fazem parte da sua área de abrangência, que acolhe mil oitocentas e sessenta e nove (1869) famílias, os clientes são atendidos de acordo com suas necessidades divididas pelos dias da semana, os Diabéticos e Hipertensos são atendidos às quintas-feiras, distribuídos

em consultas mensais, no horário matutino, de 07h às 11h da manhã e de 13h às 17h da tarde.

No que diz respeito aos recursos humanos a ESF dispõe de vinte e quatro funcionários, sendo dez Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma Enfermeira de Saúde da Família, um médico de Saúde da Família, uma odontóloga, duas técnicas de Enfermagem, quatro Atendentes, sendo uma atendente de médico, uma atendente de dentista, uma atendente da Enfermeira e uma atendente de farmácia, duas funcionários de serviços gerais, dois vigias e uma técnica de higiene bucal (THD).

4.3 Participantes da Pesquisa

De acordo com Minayo (2010), uma amostra ideal de uma pesquisa qualitativa não segue a critérios numéricos, mas sim a uma avaliação das múltiplas extensões do contexto.

O universo da pesquisa abrange todos os cento e dois (102) clientes portadores de Diabetes *Mellitus*, atendidos pela ESF São Geraldo, sendo que os participantes pesquisados foram aqueles clientes da ESF São Geraldo, portadores do DM tipo 02; que tenham frequentado regularmente a consulta mensal nos últimos 03 meses, pois segundo Brasil (2013), dentro de três meses o paciente pode atingir as metas necessárias para o controle glicêmico, e que usam regularmente os hipoglicemiantes orais.

Não participaram da pesquisa os portadores de DM tipo 01, diabéticos que não frequentam regularmente a consulta mensal, que não usam os hipoglicemiantes conforme prescrição médica, e aqueles que se recusaram a assinar de forma espontânea o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

Os sujeitos da pesquisa totalizam uma média de 25 diabéticos, de ambos os gêneros, sendo na sua maioria idosos entre 40 e 95 anos.

4.4 Instrumentos para Coleta De Dados

A coleta dos dados foi efetuada após a aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Leão Sampaio (FLS), nos meses de agosto e setembro de 2014.

Para a coleta de dados foi realizada uma entrevista semiestruturada, embasada em perguntas referentes ao estilo de vida dos portadores da síndrome diabética (APÊNDICE E). Onde foram entrevistados aqueles clientes que aceitaram voluntariamente compartilhar desta pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C), e pós-esclarecido (APÊNDICE D), sendo cientes os participantes da pesquisa que se comprometeram e se submeteram ao estudo, análise e pesquisa proposta.

Segundo Cervo, Bervian e Silva (2011) a entrevista é uma forma de colher dados que não podem ser encontrados em documentais, é uma conversa estruturada com um objetivo definido a ser encontrado. Deve ser entre outras, bem planejada, a obtenção do conhecimento prévio do participante é de fundamental importância, bem como a lista de questões, enfatizando o que se precisa saber.

Para analisar a qualidade dos dados que foram coletados, posteriori à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Leão Sampaio (FLS), a entrevista semiestruturada foi submetida a uma pré-análise ou teste-piloto com o objetivo de analisar e melhorar o instrumento de pesquisa como forma de organização, num plano analítico (BARDIN, 2012).

A pré-análise foi realizada no mês de agosto de 2014, na própria ESF São Geraldo, com os diabéticos que compareceram à consulta na primeira quinta-feira do presente mês e através da assinatura do TCLE aceitaram participar do teste, possibilitando melhorar o presente estudo, esta foi realizada com 08 (oito) clientes.

4.5 Análise dos Dados

Neste estudo, a análise dos dados coletados junto aos clientes da ESF São Geraldo foi baseada na análise de conteúdo, embasada na orientação de Bardin.

De acordo com a mesma a análise de conteúdo se desdobra em três fases distintas: A pré-análise que é o preparo do material que será contido na análise, possui três objetivos, escolher documentos submetidos à análise, formular hipóteses e objetivos e elaborar indicadores que fundamentem a interpretação final. A exploração é o momento em que os dados brutos são transformados de forma organizada, agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo. A interpretação dos resultados baseia-se literalmente em explicar os resultados encontrados (BARDIN, 2012).

Conforme Mozzato e Grzybovski (2011), a análise de conteúdo é um conjugado de técnicas e comunicações, que tem como objetivo superar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados. Dessa forma, acredita-se que essa abordagem ajudará na compreensão da subjetividade dos dados pesquisados.

A avaliação dos resultados foi feita mediante a análise da entrevista, focando a mudança no estilo de vida e a resposta dos entrevistados em relação ao conhecimento da doença. Para melhor avaliação do estilo de vida dos diabéticos, estes foram distribuídos quanto ao Índice de Massa Corpórea (IMC), Circunferência da Cintura (CC) e valores glicêmicos de três meses consecutivos, coletados junto aos prontuários dos mesmos, e analisados através da metodologia descritiva. Cada domínio é analisado separadamente. Os dados alcançados foram descritos e comentados por meio de categorias, em gráficos e tabelas estando respaldados pelas falas e autores científicos.

4.6 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa

Esse estudo foi desenvolvido obedecendo à determinação da Resolução N° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que aborda sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012a).

O projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Leão Sampaio e ao cadastro na Plataforma Brasil, no intuito de ponderar a viabilidade ética do mesmo e para julgamento e aprovação do estudo, após entrevistados as falas dos clientes e os questionários respondidos receberam numeração aleatória, de acordo com a ordem de coleta, e o nome DM quando da transcrição das falas, além disso, todo material foi descartado após a confecção do trabalho, respeitando assim o anonimato e autonomia dos entrevistados e da pesquisa.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

O presente estudo foi construído com o objetivo de analisar o conhecimento de clientes diabéticos de uma unidade básica de saúde do município de Icó-Ce, acerca do DM e possibilitar uma melhor adesão ao tratamento e a mudança no estilo de vida, baseou-se na metodologia qualitativa sendo a análise e discussão dos resultados realizada através da análise de conteúdo referenciada na orientação de Bardin (2012).

Para a pesquisa foi utilizada uma entrevista semiestruturada que conclui sobre a mudança no estilo de vida e o conhecimento dos diabéticos sobre essa síndrome. Para melhor compreensão dos resultados encontrados no campo de pesquisa os mesmos são apresentados em dois momentos: a priori as características socioeconômica e demográfica dos clientes e em posterior a relação do conhecimento da doença e mudança no estilo de vida, como base para o controle da síndrome, através da análise da entrevista, do Índice de Massa Corpórea, Circunferência da Cintura e níveis glicêmicos dos últimos três meses, coletados junto aos prontuários desses clientes, e analisados através da estatística descritiva.

A realidade estudada foi expressa através da análise de conteúdo embasada em Bardin, através de categorias e subcategorias, para manter a confidencialidade dos entrevistados os participantes foram descritos como DM e o número de participação na entrevista em ordem crescente.

5.1 Caracterizações dos participantes

Os participantes do presente estudo constituíram-se de 13 diabéticos, clientes da ESF São Geraldo, Icó-Ce. Destacamos que em nosso estudo anterior antevíamos de 25 pessoas, contudo sete (07) clientes não puderam participar devido ao não comparecimento mensal às consultas, três (03) relataram não usar regularmente a medicação para o DM, e dois (02) declararam que não realizam o tratamento medicamentoso para o controle do Diabetes. Em evidencia de a pesquisa excluir clientes que não tenham frequentado regularmente a consulta mensal nos últimos 03 meses e aqueles que não usem regularmente os hipoglicemiantes orais, pois estes são critérios para controle do DM.

Os dados foram coletados durante as consultas semanais do HIPERDIA, nos meses de agosto e setembro de 2014, na Estratégia de Saúde da Família São Geraldo, Icó-Ce. Cada coleta teve duração média de 05 minutos, onde foi possível analisar através da entrevista a relação conhecimento/estilo de vida dos diabéticos.

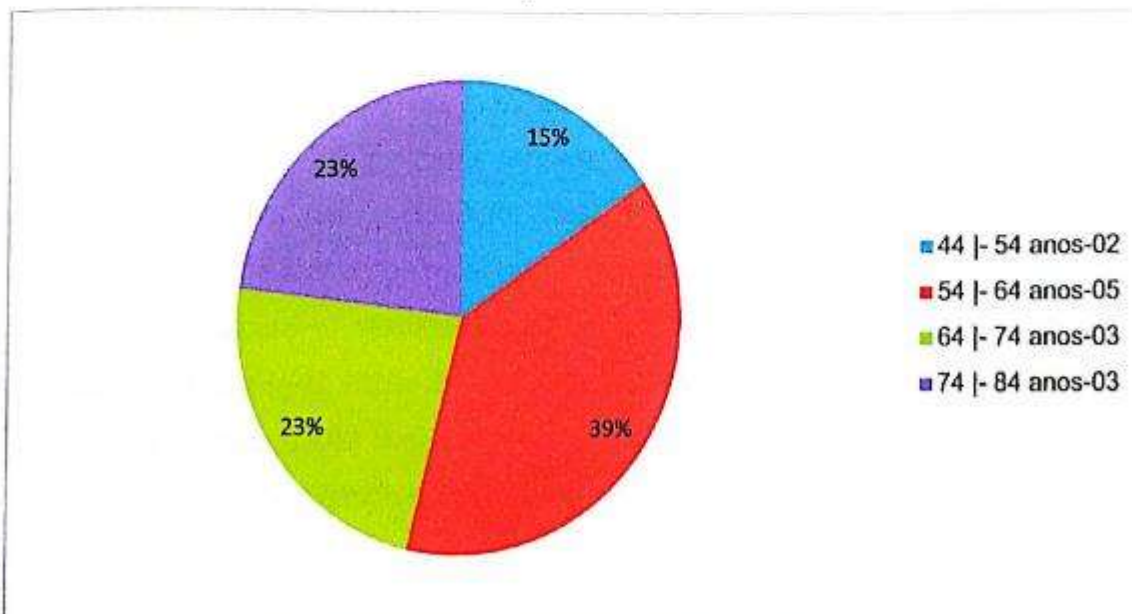
5.1.1 Características Pessoais

A análise dos dados através da caracterização dos participantes permite compreender a dimensão do problema relacionado ao Diabetes, assim como identificar a faixa etária mais atingida, bem como o gênero e estilo de vida, apontando através da entrevista quais os principais desafios para o controle dessa síndrome.

Dessa forma se estabelece a descrição dos clientes através de dados tabulados e apresentados em gráficos e tabelas, como se segue.

Ao explanarmos os dados dos clientes em tratamento para o Diabetes em relação à faixa etária (Gráfico 01), consegue-se evidenciar que a maior frequência de pessoas acometidas pelo Diabetes está na faixa etária de 54 a 64 anos.

GRÁFICO 01: Distribuição dos Participantes Estudados Quanto a Faixa Etária.



FONTE: Entrevista Direta – ESF São Geraldo/Icó-Ceará 2014.

O Gráfico 01 mostra que 85% dos diabéticos estão acima dos 54 anos de idade, porém já se encontra incidência do DM a partir dos 44 anos. De acordo com o

este estudo Lopez e Argimon, (2010) enfatiza que mais de 50% dos Diabéticos estão acima da idade dos 60 anos.

Para reforçar os dados do presente estudo, que engloba na sua amostra a incidência do DM a partir dos 44 anos de idade, Torres *et al.*, (2011) revela que no Brasil cerca de 11% da população acima dos 40 anos são diagnosticados como pessoas Diabéticas, o que caracteriza a diminuição da idade como fator de aparecimento das Síndromes metabólicas.

Scherer e Vieira, (2010) afirmam que à medida que cresce o número de longevos aumenta consideravelmente a prevalência do Diabetes *Mellitus*, o que caracteriza que o DM tipo 02 ainda é uma doença com maior incidência na terceira idade.

Corroborando, Pelegrini *et al.*, (2011) revela em sua pesquisa com 875 diabéticos em um município de Florianópolis-SC a grande incidência da doença na terceira idade, pois toda a sua amostra de diabéticos se revelou acima dos 60 anos de idade (100% dos entrevistados).

Estudos realizados recentemente mostram um aumento cada vez mais progressivo da população idosa, porém este se intensificará a partir de 2020, podendo chegar a 52 milhões de idosos até 2040 (SAAD *et al.*, 2014).

Trabalho excessivo, industrialização, estresse, correria, são predisponentes para o surgimento das síndromes metabólicas, tais como o DM. As pessoas começam a trabalhar cada vez mais cedo, o que reflete negativamente na saúde, pois o consumo de produtos industrializados aumenta gradativamente o adoecimento, bem como elevação dos níveis de sedentarismo populacional, consequentemente aumento dos níveis de glicemia sanguínea.

Compreende-se através das literaturas avaliadas que os dados mundiais e nacionais sobre a faixa etária do Diabetes *Mellitus* do tipo 02 corroboram com esta pesquisa, apontam o DM com incidência já a partir dos 40 anos de idade, porém é evidente a maior prevalência da doença na faixa etária acima dos 60 anos.

5.1.2 Características Sociodemográficas

Com o intuito de identificar os fatores sociais mais atingidos e influenciados pelo Diabetes *Mellitus*, os participantes da pesquisa foram distribuídos quanto aos seus aspectos sociodemográficos, da seguinte maneira:

TABELA 01: Distribuição dos Participantes Estudados Quanto aos dados Sociodemográficos.

VARIÁVEIS	NÚMERO	PERCENTUAL
GÊNERO		
Masculino	01	8%
Feminino	12	92%
RAÇA		
Amarela	02	15%
Parda	11	85%
ESTADO CIVIL		
Casado	05	38%
Solteiro	01	8%
Viúvo	06	46%
Separado	01	8%
ESCOLARIDADE		
Não Alfabetizado	02	15%
Ens. Fund. Incompleto	08	62%
Ens. Médio Incompleto	01	8%
Ens. Médio Completo	02	15%
RENDA FAMILIAR		
1 Salário Mínimo	06	46%
1, 1/2 Salário Mínimo	02	15%
2 Salários Mínimos	05	38%

FONTE: Entrevista Direta - ESF São Geraldo/Icó-Ceará 2014.

A tabela mostra que a maior parte dos participantes da pesquisa, 92% dos diabéticos são do gênero feminino, bem como em um estudo realizado por Araújo *et al.*, (2013) que identifica em sua pesquisa uma maior prevalência de mulheres, 70,3% com Diabetes *Mellitus*.

No que diz respeito ao item raça (cor) a presente pesquisa destaca um maior número de pessoas diabéticas de cor parda (85%). Corroborando com a literatura, quando evidencia em um estudo realizado por Coblenz *et al.*, (2010) 64% de Diabéticos pardos/negros. Porém há controvérsias, Araújo *et al.*, (2011) revela em seu estudo com 369 diabéticos, um maior número de pessoas de cor branca, 48,1% dos entrevistados.

Verifica-se então, que o Diabetes é uma doença mundialmente prevalente, que não se distingue por raça ou cor, mais que aparece ao momento que o consumo de conservantes, assim como guloseimas e massas entram de forma exacerbada na vida das pessoas.

Em relação a variável do estado civil a pesquisa mostra que o maior número de diabéticos são viúvos (46%), fato este relacionado à grande prevalência de idosos, com idade acima dos 60 anos. Discordando da literatura, quando um estudo realizado por Nascimento *et al.*, (2010) no Hospital das clínicas da Faculdade de

Medicina da Universidade de São Paulo mostra um maior número de Diabéticos com união estável, 52,5%.

No item escolaridade a pesquisa mostra que 82% dos diabéticos possuem ensino fundamental incompleto. Concordando com outros estudos, como o de Scherer e Vieira (2010) em um município do Rio Grande do Sul que evidencia uma maior prevalência de diabéticos com ensino fundamental incompleto, média 87% dos homens e 88% das mulheres. Torres; Pereira e Alexandre (2011) também revela em sua pesquisa realizada em um ambulatório de um hospital de referência de Belo Horizonte (MG), que a maior prevalência de diabéticos está com ensino fundamental incompleto, 74,1%.

De acordo com os dados analisados e com as literaturas encontradas acima, o baixo nível de escolaridade reflete diretamente na adesão ao tratamento, os profissionais devem se adequar as necessidades de seus clientes principalmente quando se emprega termos técnicos. Explicar a condição de saúde de forma clara e precisa é fundamental para a adaptação a terapêutica proposta.

No quesito renda familiar à tabela mostra a maior prevalência entre um e dois salários mínimos, 85% dos Diabéticos se apresentam nessa faixa financeira. De acordo com Scherer e Vieira (2010) que identificam na sua pesquisa a maior parte do DM entre um a três salários mínimos, 44% dos homens e 57% das mulheres.

Rodrigues *et al.*, (2012) também divulga em seus resultados que a renda familiar média dos diabéticos é a aposentadoria, cerca de um a dois salários mínimos, 52,03%, dos entrevistados eram aposentados.

Com a maior prevalência da doença, nas pessoas mais idosas, a renda financeira possui fator impactante no tratamento do DM, uma vez que esta é fundamentalmente importante, à medida que se vive em um mundo extremamente consumista.

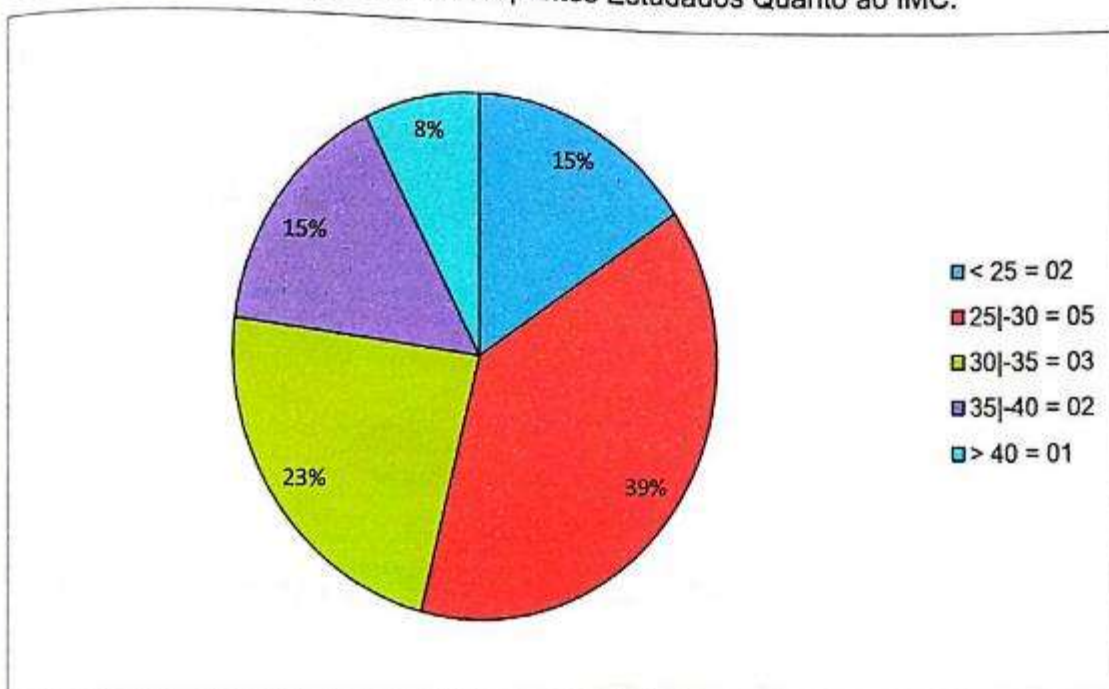
5.1.3 Características Antropométricas

A obesidade é observada em crescente aceleração nos países desenvolvidos e em desenvolvimento econômico. Esta por vez desencadeia distúrbios metabólicos que antecedem as síndromes do metabolismo tais como o Diabetes *Mellitus* (ROCHA *et al.*, 2010).

Contudo é evidente que a obesidade contribui para o aparecimento do DM, esta pode ser avaliada dentre outros, mediante o Índice de Massa Corpórea (IMC) classificado segundo a OMS em: baixo peso (<18,5), peso normal (18,5-24,9); sobrepeso (≥ 25), pré-obeso (25-29,9), Obeso I (30-34,9), Obeso II (35-39,9), Obeso III (≥ 40), e através da medida da circunferência abdominal, estabelecida adequada quando ≤ 88 cm para mulheres, ≤ 102 cm para homens; juntas essas medidas oferecem uma forma agrupada da avaliação de riscos, incluindo declínio das limitações (ABESO, 2009).

Para identificar esses fatores no Diabetes *Mellitus*, os participantes da pesquisa foram distribuídos quanto aos seus aspectos antropométricos. Em relação ao IMC, os diabéticos foram ordenados da seguinte maneira:

GRÁFICO 02: Distribuição dos Participantes Estudados Quanto ao IMC.



FONTE: Entrevista Direta – ESF São Geraldo/Icó-Ceará 2014.

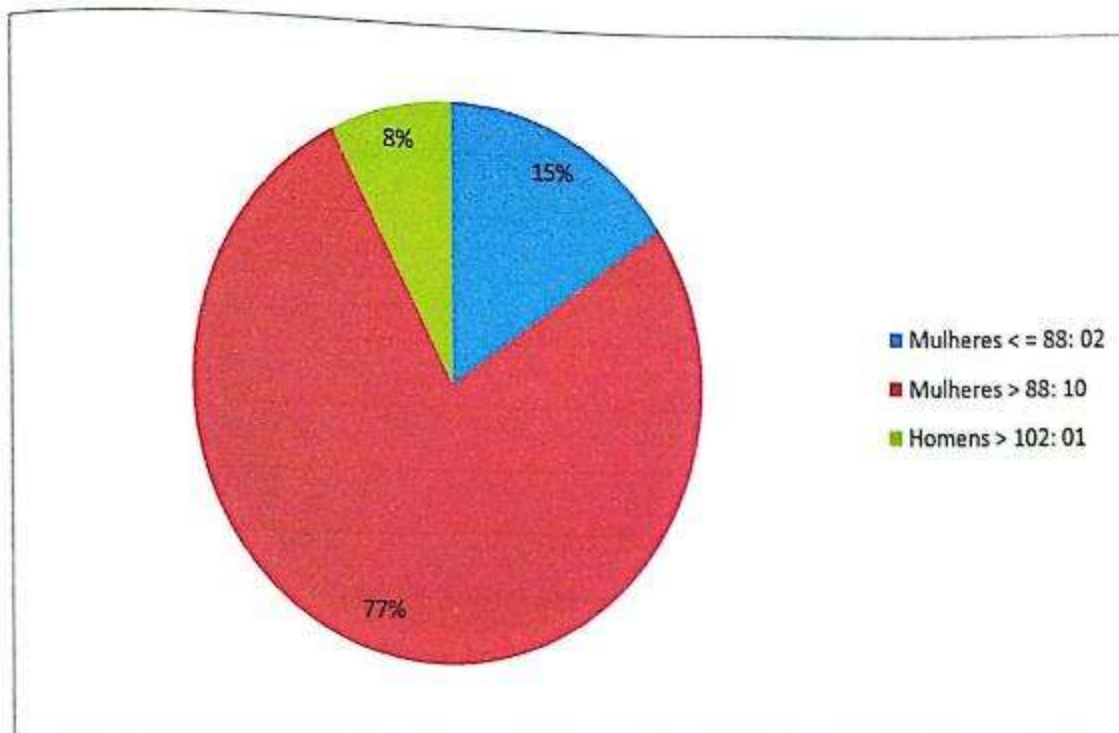
O Gráfico acima mostra que a maioria dos diabéticos se apresenta na classificação de obesos, 46% dos entrevistados. Rocha *et al.*, (2010), demonstra em sua pesquisa que a maioria dos diabéticos se apresentam com critérios de obesidade, 65,4%, segundo avaliação do IMC.

Desta forma obtém-se que os Diabéticos da presente pesquisa se apresentam na classificação de obesos, com risco aumentado para comorbidades. Vale ressaltar que o IMC varia muito com relação à adesão de massa magra, aquela

adquirida à prática de atividade física, porém os participantes da presente pesquisa não realizam atividade física, o que se supõe o aumento do peso relacionado à massa gordurosa.

Segundo Haun, Pitanga e Lessa (2009) a obesidade mais preocupante é aquela que se apresenta no abdômen, tanto como um risco para o Diabetes, como para as demais síndromes metabólicas. Em relação à medida da circunferência abdominal, os diabéticos foram divididos da seguinte maneira:

GRÁFICO 03: Distribuição dos Participantes Estudados Quanto a Circunferência Abdominal.



FONTE: Entrevista Direta – ESF São Geraldo/Icó-Ceará 2014.

O gráfico mostra que a maioria dos diabéticos da presente pesquisa se apresenta com a circunferência abdominal acima do indicado, 77% das mulheres e 100% dos homens. De acordo com os critérios da OMS é indicada a circunferência abdominal \leq a 88 cm para mulheres e \leq 102 cm para homens (ABESO, 2009).

Corroborando Vasques *et al.*, (2010) explica que a circunferência abdominal é utilizada como medida antropométrica para extensão da obesidade abdominal como avaliação das síndromes metabólicas, bem como avaliação para precaução das consequências do Diabetes.

Um estudo realizado em Florianópolis-SC mostra que há uma relação significativa entre o aumento das medidas antropométricas, IMC e circunferência abdominal, e o aumento da glicemia tanto no sexo feminino, quanto masculino (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Evidencia-se através deste estudo e das demais literaturas que as comorbidades, tais como o DM 02 possui relação direta com a elevação do peso, que pode ser verificado através da medida do aumento consequente do Índice de Massa Corpórea e da circunferência abdominal, sendo este último mais específico para a classificação de riscos das Síndromes metabólicas. De fato essas medições podem e devem ser utilizados como medidas de prevenção das síndromes, assim como para o controle e avaliação do tratamento.

5.2 Estilo de Vida e Conhecimento sobre a Doença

O segundo aspecto desta pesquisa envolve o estilo de vida e o conhecimento dos diabéticos acerca da doença, avaliado através da entrevista semiestruturada.

Os resultados identificados foram ordenados em categorias, de acordo com a recomendação de Bardin (2012), no quesito análise de conteúdo. As falas semelhantes foram agrupadas e associadas ao resultado da entrevista, permitindo a análise e comparação entre o conhecimento que os diabéticos possuem sobre a doença, o tratamento medicamentoso e a mudança no estilo de vida.

Segundo Boas *et al.*, (2011) as mudanças no estilo de vida em conjunto com os fármacos hipoglicemiantes orais, bem como a prática de exercício físico fazem parte do tratamento ideal para o Diabetes *Mellitus*, sendo esse primeiro o principal e mais importante tratamento encontrado para o DM.

CATEGORIA 01: Conhecimento sobre o Diabetes *Mellitus*

É de fundamental importância o conhecimento sobre o DM para tratamento do mesmo, o Diabetes exige de seus portadores um tratamento preciso que envolva terapêutica medicamentosa, controle dos níveis glicêmicos, práticas de atividade física, ou seja, mudança no estilo de vida. (RODRIGUES *et al.*, 2012).

Apesar dos avanços das políticas de saúde, que se volta para o controle do DM, principalmente na atenção básica, ainda falta conhecimento sobre a doença, os diabéticos aqui estudados relacionam a síndrome, principalmente com suas sintomatologias e com a mudança na alimentação.

Fato este que se pode concluir através da análise das falas:

"Eu sei pouquinho que o Diabete é uma coisa complicada que agente não pode tomar... Açúcar e tantas coisas que tem que agente no pode comer né? E como" (DM 05).

"Eu, só sei que tomo remédio... Direto, uma ruma de remédio, e num fico boa, se tiver qualquer uma enfermidade pa sara, que nem esse pé que ainda hoje é doente, e... sinto dor de cabeça, sinto a, o, como é? Esmurecimento no corpo sinto um bocado de coisa" (DM 11).

"Sei lá, que é uma doença muito ruim, que agente se no se cuidar, no têm cura" (DM 13).

"Pergunta difícil... Diabete é uma doença que se a pessoa controlar, se ela controlar, agente vive, se no controlar vai lá pra cima, né? Geralmente eu controlo minha Diabete. Tento controlar por que, se agente têm uma doença mais, se atravessar ela agente vive muito, né?" (DM 15).

Analisando as falas acima se evidencia que os diabéticos entrevistados não revelam conhecimento sobre a doença, geralmente associam-na a não poder se alimentar de algo, aos hipoglicemiantes orais que devem ser ingeridos constantemente, e até a evolução da síndrome para a morte.

Ribeiro; Rocha e Popim (2010) revelam em seu estudo que a Diabetes no cenário público é uma síndrome temida pela população, devido a suas complicações e pelos estigmas que envolvem a doença.

De acordo com Torres, Pereira e Alexandre (2011) fazem-se necessários programas de educação em saúde que visem o autocuidado das pessoas diabéticas, objetivando o repasse de conhecimento como busca de adesão contínua ao tratamento proposto, principalmente à mudança no estilo de vida. De acordo com os mesmos, as pessoas que não possuem educação referente ao DM, apresentam risco de complicações da síndrome ao longo do tempo.

Os diabéticos devem saber o que é a doença e como essa age no organismo, principalmente as consequências que esta acarreta para a vida do cliente se o tratamento não for adequado. O DM se apresenta como um paradoxo, por um lado uma doença que não tem cura, mas que se o tratamento for adequado, a pessoa vive por muitos anos sem apresentar complicações; por outro lado, se não

houver adesão adequada do tratamento, esta trás consequências drásticas, começando por desencadear outras síndromes, perca de membros e até a morte.

CATEGORIA 02: Orientações da equipe de saúde sobre o Diabetes Mellitus

Segundo Scain *et al.*, (2013) a equipe de saúde, principalmente a enfermagem é a principal responsável pelo tratamento dos Diabéticos, pois esta têm contato contínuo e direto com esses clientes através da consulta de enfermagem, privativa do Enfermeiro, que utiliza meios científicos e julgamento clínico para avaliar e monitorar a pessoa em tratamento para o DM, assim como as orientações, que são de fundamental importância para o controle dessa síndrome.

O Diabetes Mellitus é uma condição de saúde que se apresenta ainda com um prognóstico desfavorável, principalmente por envolver um tratamento complexo que modifica a vida dos portadores dessa síndrome. Com isso percebe-se que apesar das orientações sobre a doença as pessoas não cumprem a terapêutica proposta, conforme pode ser observado nas seguintes falas:

"Não, só tiraro, só diz que eu não posso comer massa né, e doce, e eu gosto tanto, mas rrsrs. Eu tô evitando, agora quando chega visita lá em casa [...] comprei um pão de ló no sábado de noite, comi no sábado um pedacinho, aí no domingo comi, [...]" (DM 03).

"Butaram aqui pa no comer açúcar. Mulher eu cumpri muito, hoje as vez eu tiro só no café né, eu detesto adoçante [...]" (DM 05).

"[...] Que tinha que fazer caminhada, fazer dieta e tomar o medicamento diretim né, e evita comida doce, massa. [...] às vez eu paro de fazer a caminhada né, dificilmente eu como coisa doce né, muito difícil" (DM 17).

"Massa, doce, muitas coisas. Cumpro tem delas viu ,como doce, aqui acular eu como, eu no nego, eu no minto pa ninguém, eu no gosto de mentira. Como massa" (DM 20).

Percebe-se através da análise das falas acima que os participantes da pesquisa receberam orientações da equipe de saúde sobre o estilo de vida, porém não as cumpre, e quando executam não a fazem continuamente.

Um estudo realizado por Torres, Pereira e Alexandre (2011) propõe que pacientes diabéticos precisam ser avaliados e reavaliados, quanto ao quesito educação em saúde, tentando identificar assim deficiências para a não adesão do tratamento.

O presente estudo identifica o quão importante é a avaliação e educação em saúde, pois se evidencia que não adianta só falar na mudança, mas fundamental é dizer por que esta deve ser realizada, enfatizando sempre o conhecimento como forma de critério para adesão ao tratamento.

CATEGORIA 03: Prática de atividade física

A atividade física é fundamentalmente importante para o controle do DM, uma vez que esta chega a reduzir consideravelmente a resistência do organismo à insulina, elevando a captação de glicose, e baixando os níveis glicêmicos no sangue, até mesmo sem perda de peso evidente (BOAS *et al.*, 2011).

Segundo Ferreira e Fernandes (2009) a prática de atividade física não pode faltar no tratamento para controle da Diabetes, é um ponto chave para diminuir agravos, consequências e evitar a elevação da glicemia. Porém a adesão a essa prática é baixa, até mesmo para aqueles bem informados.

De acordo, a pesquisa em questão revela em seus dados, que os diabéticos aqui estudados também não aderem à prática de atividade física, e quando aderem, não permanecem a praticá-la.

Essa condição pode ser observada na análise das falas:

"Mulher eu faço caminhada, eu faço física, mais agora [...] mais já tá com uma semana, que eu nunca mais eu fiz, eu fiquei toda esmorecida [...]" (DM 02).

"Faço não [...] nunca fiz né" (DM 06).

"Não, no faço não por que as minhas pernas daqui pra baixo, éééé, doi que só, asturdia eu fui pra rua... Fui na rua, quando cheguei ali, quais que me sento no meio da rua, com as pernas esmorecida, agora eu acho que é circulação do sangue [...]" (DM 11).

"Faço não, no sai de casa, manheço o dia deitada, com preguiça de me levantar, mais o Dotor manda é muito agente fazer caminhada [...]" (DM 16).

De acordo com as falas analisadas, observa-se que também não há adesão a prática da atividade física, isso pode acontecer devido às pessoas não possuírem o hábito de se exercitarem. Um estudo realizado em centros de saúde da família de Fortaleza – CE, com pessoas portadoras de DM tipo 02, mostra que cerca de 85%

dos diabéticos não realizam exercício físico, corroborando com os dados encontrados na presente pesquisa (ARAÚJO *et al.*, 2011).

CATEGORIA 04: Adesão a Dieta e Níveis Glicêmicos dos Clientes com DM.

Subcategoria 4.1: Adesão à dieta hipoglicêmica

Segundo Ribeiro; Rocha e Popim (2010) a restrição alimentar é o ponto de importante repercussão para os portadores de Diabetes *Mellitus*, o ver e não poder degustar leva por muitas vezes essas pessoas a se afastarem do tratamento.

Corroborando, Oliveira e Franco (2010) atesta que a alimentação é algo complexo, não se define em apenas ingerir os alimentos, e sim um ato amplo de sentimentos, princípios, emoções e de conhecimento cultural.

O presente estudo observou que não há adesão completa dos diabéticos a dieta alimentar, circunstância essa que pode ser constatada nas seguintes falas:

"Mulher eu me alimento conforme o que eu tenho vontade [...]" (DM 02).

"Não, eu quando eu tô com vontade, eu como uma coisa assim, mais uma vez [...]" (DM 03).

"Como de tudo [...] quando aparece né, o caba come" (DM 06).

"A alimentação Doutora, era o que vinhesse pela frente, era o que vinhesse pela frente [...] ai comecei até problema" [...] (DM 09).

"Não, evito né, eu deixei foi de fumar, queu fumava" (DM 13).

Através da análise das falas pode-se constatar que os diabéticos não aderem completamente à restrição alimentar imposta pelo DM, e em alguns casos quando resolve seguir a dieta, essa decisão pode associar-se a complicações que a doença já trouxe para a pessoa. Corroborando com a literatura quando Vieira *et al.*, (2011) explica que o longo tempo que o DM se apresenta sem mostrar complicações interfere de forma negativa na adesão à alimentação saudável e no autocuidado.

Complementando, Boas *et al.*, (2011) revela em seu estudo a baixa adesão dos diabéticos as mudanças e principalmente a restrição alimentar, através de um score de zero a oito a adesão não alcançou cerca de 4%.

Faria *et al.*, (2013b) mostra em um estudo realizado na região sudeste do Brasil com cerca de 423 clientes diabéticos, que apenas 3,1% da amostra relatou

adesão ao plano alimentar. Em comparação com o tratamento medicamentoso (84,4%) e com a prática de exercício físico (58,6%) este é o índice de menor adesão dos diabéticos.

Pelegri *et al.*, (2011) enfatiza em seu estudo sobre idoso e excesso de peso, que há a necessidade de planos de saúde mais eficientes que visem a prevenção das doenças e consequências destas, através das mudanças no estilo de vida, com adesão a alimentação mais saudável e prática regular de exercício físico.

É incontestável a importância de a mudança alimentar, sendo esta o principal ponto para controle do Diabetes, e principalmente das suas complicações. Porém fica evidente a falta de adesão dos diabéticos a esta conduta, mesmo sabendo que devem mudar hábitos alimentares.

Subcategoria 4.2: Medida dos Níveis Glicêmicos dos últimos três meses.

De acordo com Oliveira e Franco (2010) estudos evidenciam que um bom controle dos níveis glicêmicos no organismo diminui tanto as incapacidades como complicações relacionadas ao DM, porém este só é controlado através da adesão à alimentação saudável.

O presente estudo observa que os diabéticos da presente pesquisa não controlam os níveis glicêmicos. Fato este comprovado pelas seguintes falas:

"[...] a Diabete tava trezentos e dez" (DM 03).

"acho que alterou porque o mês passado andou em duzentos, e e uns cento e noventa e seis" (DM 06).

"[...] a minha diabete tá cento e quarenta e seis, pois é" (DM 09).

"é a última vez deu cento e vinte e cinco" (DM 24).

Analisando as falas acima se pode perceber que os diabéticos da presente pesquisa apresentam níveis glicêmicos acima do recomendado, que seria segundo a OMS valores menores que 110mg/dL. Vale ressaltar que muitas vezes estes clientes verificam a glicemia fora da consulta mensal, em casa ou na farmácia.

Para melhor avaliação dos níveis glicêmicos construiu-se a tabela e o gráfico abaixo, com base nas consultas mensais dos últimos três meses dos diabéticos na ESF São Geraldo, os dados foram coletados junto aos prontuários desses clientes.

TABELA 02: Distribuição dos Participantes Estudados Quanto aos Níveis Glicêmicos.

PARTICIPANTES	1º glicemia	2º glicemia	3º glicemia	Média
DM 02	130mg/dL			
DM 03	131mg/dL	143mg/dL		
DM 05	135mg/dL	192mg/dL	143mg/dL	139mg/dL
DM 06	177mg/dL	168mg/dL	171mg/dL	164mg/dL
DM 09	108mg/dL	241mg/dL	169mg/dL	157mg/dL
DM 11	375mg/dL	149mg/dL	195mg/dL	204mg/dL
DM 13	217mg/dL	228mg/dL	125mg/dL	127mg/dL
DM 15	108mg/dL	180mg/dL	218mg/dL	274mg/dL
DM 16	124mg/dL	107mg/dL	213mg/dL	203mg/dL
DM 17	113mg/dL	120mg/dL	115mg/dL	110mg/dL
DM 18	115mg/dL	124mg/dL	129mg/dL	124mg/dL
DM 20	141mg/dL	110mg/dL	130mg/dL	122mg/dL
DM 24	115mg/dL	154mg/dL	147mg/dL	124mg/dL
		125mg/dL	140mg/dL	145mg/dL
			125mg/dL	122mg/dL

FONTE: Entrevista Direta - ESF São Geraldo/Icó-Ceará 2014.

A tabela revela que o valor mediano entre a média dos níveis glicêmicos dos participantes da pesquisa é cerca de 155mg/dL, ficando assim classificado segundo Brasil, (2013) como tolerância à glicose diminuída.

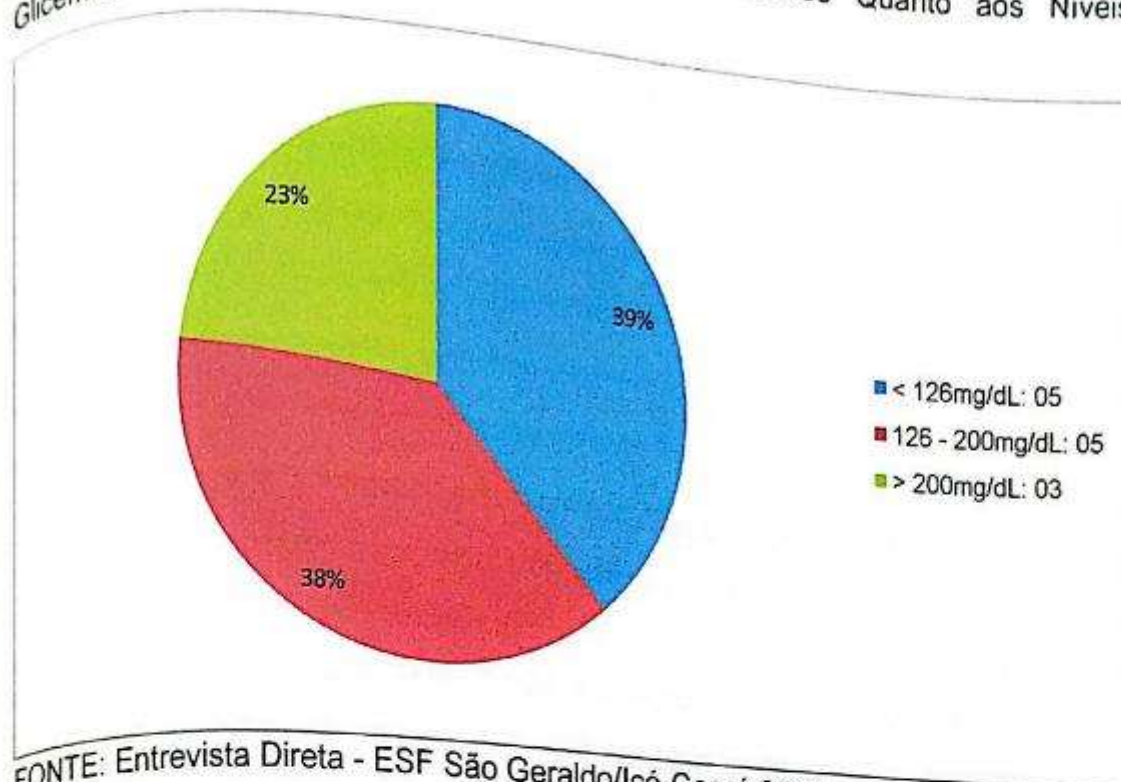
O presente estudo corrobora com a literatura quando Scain *et al.*, (2013) identifica em sua pesquisa com 186 diabéticos que 62% dos entrevistados não apresentam eficácia no controle glicêmico.

Rocha *et al.*, (2010) aponta em sua pesquisa, um estudo transversal com base em um banco de dados uma predominância de 86,8% dos entrevistados com distúrbios nos níveis glicêmicos.

A análise de um estudo de coorte com 357 clientes atendidos pelo ambulatório da Universidade de Caxias do Sul mostra que 95% dos diabéticos não conseguem manter os níveis de glicemia de acordo com o recomendado. A glicemia de jejum se apresentou em torno de 191,5mg/dL, a glicemia pós-prandial numa média de 244,9mg/dL e a hemoglobina glicada cerca de 9,7% (PANAROTTO *et al.*, 2009).

Percebe-se uma concordância entre o estudo em questão e as demais literaturas, pois se identifica entre a maioria dos diabéticos a não eficácia em controlar os níveis glicêmicos, que se demonstram na maioria acima do satisfatório. Fato este que pode ser associado à predominância da idade avançada e principalmente ao não cumprimento da terapêutica proposta, com foco na mudança do estilo de vida dos portadores do DM.

GRÁFICO 04: Distribuição dos Participantes Estudados Quanto aos Níveis Glicêmicos



FONTE: Entrevista Direta - ESF São Geraldo/Icó-Ceará 2014.

O gráfico mostra que 61% dos diabéticos entrevistados apresentam níveis glicêmicos maiores que 126mg/dL, acima do valor desejado, que seria segundo Brasil (2013) menor que 110mg/dL.

O presente estudo corrobora com a literatura quando Faria *et al.*, (2013b) discute em seu estudo que 55,4% dos diabéticos que não aderem ao plano alimentar e ao exercício físico mostram níveis glicêmicos acima dos valores recomendados.

Um estudo realizado com 27 diabéticos em Minas Gerais avalia um programa de educação em saúde para o DM, enfatizando o conhecimento sobre a doença com a prática de exercício físico e alimentação saudável, antes da adesão à mudança no estilo de vida os pacientes mostravam a HbA1c em torno de 8,1, após quatro meses de monitoramento, a HbA1c diminuiu para 7,7 (TORRES; PEREIRA; ALEXANDRE, 2011).

O aumento dos níveis glicêmicos avaliados na tabela e gráfico acima permite uma comparação entre o valor da glicemia dos diabéticos e a adesão dos mesmos à mudança no estilo de vida. Apesar do tratamento com os hipoglicemiantes orais, se não há alimentação saudável e não há prática de atividade física dificilmente haverá controle dos níveis de glicemia sanguínea.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o presente estudo os diabéticos da ESF São Geraldo, Icó-Ce tem predominância entre 54 e 64 anos, a maioria é do gênero feminino, de cor parda, com ensino fundamental incompleto, viúvas e renda familiar acerca de um salário mínimo. Apesar do uso contínuo dos hipoglicemiantes orais e da presença mensal às consultas para controle do DM, se evidencia que estes não possuem conhecimento sobre a doença, não aderem à mudança no estilo de vida, não praticam atividade física, não se alimentam adequadamente e conseqüentemente não controlam o valor dos níveis glicêmicos.

Além disso, estudos e avanços a cerca do DM constataam que seu aparecimento se dá cada vez mais cedo. Assim, considera-se de suma importância um olhar diferenciado quando se fala em diabetes, isto deve englobar principalmente a mudança no hábito de vida, voltada para a prevenção de agravos e doenças, que muitas vezes estão interligados a idade, mas que quando trabalhados de maneira correta diminuem consideravelmente os níveis de morbimortalidade.

Com isso considera-se que o Diabetes *Mellitus* é uma condição de saúde que deve e precisa ser trabalhada com uma educação contínua, que tenha por objetivo prevenir a progressão da doença, ou seja, suas complicações, fato isto que pode ser conseguido através do fortalecimento da adesão dos clientes ao tratamento medicamentoso e o estilo de vida saudável.

É de suma importância uma reavaliação desses clientes, visando estabelecer planos de educação em saúde voltados para o conhecimento destas pessoas acerca da doença, bem como um apoio da equipe de saúde que incentive estes diabéticos a mudar o estilo de vida, assim como a prática de um monitoramento contínuo dessas mudanças.

Apresenta-se em evidência a importância de programas de saúde, que visem não só o acompanhamento dos níveis glicêmicos, mas principalmente que ensinem a esses clientes o que é o Diabetes *Mellitus*, e como esta doença pode afetar seu bem estar, o aparecimento das complicações, assim como a avaliação contínua da prática da atividade física, do consumo de alimentação saudável e o apoio de toda a equipe de saúde como incentivo e forma de segurança que muitas dessas pessoas necessitam.

Assim, a educação em saúde, a realização de atividade física e a mudança de hábito alimentar das pessoas devem e precisam ser debatidos desde cedo. Programas que visem educar para um futuro mais saudável, ou seja, visando uma alimentação saudável e a prática de exercícios físicos, são de fundamental importância para qualquer idade, pois o processo de ensino-aprendizado é constante.

Portanto, conclui-se que a educação em saúde é o modo mais importante para se chegar a um prognóstico mais favorável do Diabetes Mellitus, bem como prevenir suas complicações e diminuir a morbimortalidade que a doença acarreta. Essa educação deve ser constante, a monitoração da mudança no estilo de vida, é imprescindível para obter melhores respostas ao tratamento, para que isso ocorra é fundamental o vínculo profissional-cliente, à medida que o apoio é o alicerce para superar as dificuldades.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M. A.; RAMOS, N.; BENTO, I. C.; GAZZINELLI, M. F. Intervenção educativa na diabetes mellitus. *Psic., Saúde & Doenças* [online]. 2013, vol.14, n.1, pp. 168-184. ISSN 1645-0086. Data de acesso: 23/02/2014.

ABESO, Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009-2010**. 3 ed. São Paulo-SP, 2009. Data de acesso: 28/10/2014.

ARAUJO, M. F. M. de.; FREITAS, R. W. J. F. de.; FRAGOSO, L. V. C.; ARAÚJO, T. M. de.; DAMASCENO, M. M. C.; ZANETTI, M. L. Cumprimento da terapia com antidiabéticos orais em usuários da atenção primária. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2011, vol.20, n.1, pp. 135-143. ISSN 0104-0707. Data de acesso: 09/02/2014.

ARAUJO, M. F. M. de; ARAÚJO, T. M. de; ALVES, P. de J. dos S.; VERAS, V. S.; ZANETTI, M. L.; DAMASCENO, M. M. C. Uso de medicamentos, glicemia capilar e índice de massa corpórea em pacientes com diabetes mellitus. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2013, vol.66, n.5, pp. 709-714. ISSN 0034-7167. Data de acesso: 23/02/2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 2º reimp. São Paulo: Prol, 2012.

BÍBLIA SAGRADA. **Edição pastoral catequética**, Salmos: 22, p.672. 39. ed. São Paulo-SP: Ave Maria, 2002.

BOAS, L. C. G. V.; FOSS, M. C.; FREITAS, M. C. F.; TORRES, H. de C.; MONTEIRO, L. Z.; PACE, A. E. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2011, vol.20, n.2, pp. 272-279. ISSN 0104-0707. Data de acesso: 09/02/2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos**. Conselho Nacional de Saúde. Departamento de Bioética. Brasília, Ministério da Saúde, 1996 versão 2012a. Data de acesso: 24/05/2014.

_____. Ministério da Saúde Caderno de atenção Básica Nº 36. **Estratégias para o Cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus**. Editora: Ministério da Saúde, 2º ed. p. 28-55. Brasília – DF, 2013. Disponível em. Data de acesso: 04/04/2014.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M. A.; RAMOS, N.; BENTO, I. C.; GAZZINELLI, M. F. Intervenção educativa na diabetes mellitus. *Psic., Saúde & Doenças* [online]. 2013, vol.14, n.1, pp. 168-184. ISSN 1645-0086. Data de acesso: 23/02/2014.

ABESO, Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. *Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009-2010*. 3 ed. São Paulo-SP, 2009. Data de acesso: 28/10/2014.

ARAUJO, M. F. M. de.; FREITAS, R. W. J. F. de.; FRAGOSO, L. V. C.; ARAÚJO, T. M. de.; DAMASCENO, M. M. C.; ZANETTI, M. L. Cumprimento da terapia com antidiabéticos orais em usuários da atenção primária. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2011, vol.20, n.1, pp. 135-143. ISSN 0104-0707. Data de acesso: 09/02/2014.

ARAUJO, M. F. M. de.; ARAÚJO, T. M. de.; ALVES, P. de J. dos S.; VERAS, V. S.; ZANETTI, M. L.; DAMASCENO, M. M. C. Uso de medicamentos, glicemia capilar e índice de massa corpórea em pacientes com diabetes mellitus. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2013, vol.66, n.5, pp. 709-714. ISSN 0034-7167. Data de acesso: 23/02/2014.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 2º reimp. São Paulo: ProL, 2012.

BÍBLIA SAGRADA. *Edição pastoral catequética*, Salmos: 22, p.672. 39. ed. São Paulo-SP: Ave Maria, 2002.

BOAS, L. C. G. V.; FOSS, M. C.; FREITAS, M. C. F.; TORRES, H. de C.; MONTEIRO, L. Z.; PACE, A. E. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2011, vol.20, n.2, pp. 272-279. ISSN 0104-0707. Data de acesso: 09/02/2104.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos*. Conselho Nacional de Saúde. Departamento de Bioética. Brasília, Ministério da Saúde, 1996 versão 2012a. Data de acesso: 24/05/2014.

_____. Ministério da Saúde Caderno de atenção Básica Nº 36. *Estratégias para o Cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus*. Editora: Ministério da Saúde, 2º ed. p. 28-55. Brasília – DF, 2013. Disponível em. Data de acesso: 04/04/2014.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL BRASIL 2010: **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Ed. Ministério da Saúde; Brasília-DF, 2011. Data de acesso: 11/04/2014.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel-Brasil 2011: **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Ed. Ministério da Saúde; Brasília-DF, 2012b. Data de acesso: 11/04/2014.

CARVALHO, F. S.; NETTO, A. P.; ZACH, P.; SACHS, A.; ZANELLA, M. T. Importância da orientação nutricional e do teor de fibras da dieta no controle glicêmico de clientes diabéticos tipo 2 sob intervenção educacional intensiva. **Arq Bras Endocrinol Metab** [online]. 2012, vol.56, n.2, pp. 110-119. ISSN 0004-2730. Data de acesso: 09/02/2014.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P. A. e SILVA R. da. **Metodologia Científica**. 7º reimp da 6. ed. São Paulo-SP: Pearson Education do Brasil, 2011.

COBLENTZ, J.; PIRES, M. L. E.; OLIVEIRA, D.; LEBEIS, K.; TERREZO, L. Prevalência de diabetes mellitus tipo 2 e outros fatores de risco associados em pacientes com glaucoma. **Rev. bras. oftalmol.** [online]. 2010, vol.69, n.1, pp. 33-35. ISSN 0034-7280. Data de acesso: 22/09/2014.

CODOGNO, J. S.; FERNANDES, R. A.; MONTEIRO, H. L. Prática de atividades físicas e custo do tratamento ambulatorial de diabéticos tipo 2 atendidos em unidade básica de saúde. **Arq Bras Endocrinol Metab** [online]. 2012, vol.56, n.1, pp. 06-11. ISSN 0004-2730. Data de acesso: 24/03/2014.

DUARTE, C. K.; ALMEIDA, J. C.; MERKER, A. J. S.; BRAUER, F. O.; RODRIGUES, T. C. Nível de atividade física e exercício físico em clientes com diabetes mellitus. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. 2012, vol.58, n.2, pp. 215-221. ISSN 0104-4230. Data de acesso: 14/02/2014.

FARIA, H. T. G.; VERAS, V. S.; XAVIER, A. T. F.; TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A. Qualidade de vida de clientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2013a, vol.47, n.2, pp. 348-354. ISSN 0080-6234. Data de acesso: 23/02/2014.

FARIA, H. T. G.; F. RODRIGUES, F. L.; ZANETTI, M. L.; ARAÚJO, M. F. M. de.; DAMASCENO, M. M. C. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. *Acta paul. enferm.* [online]. 2013b, vol.26, n.3, pp. 231-237. ISSN 1982-0194. Data de acesso: 24/03/2014.

FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de clientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. 2009, vol.53, n.1, pp. 80-86. ISSN 0004-2730. Data de acesso: 27/04/2014.

FERREIRA, E. A. P.; FERNANDES, A. L. Treino em auto-observação e adesão à dieta em adulto com diabetes tipo 2. *Psic.: Teor. e Pesq.* [online]. 2009, vol.25, n.4, pp. 629-636. ISSN 0102-3772. Data de acesso: 14/02/2014.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIMENO, S. G. A.; MONDINI, L.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. Padrões de consumo de alimentos e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: Projeto OBEDIARP. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.27, n.3, pp. 533-545. ISSN 0102-311X. Data de acesso: 27/04/2014.

GRILLO, M. F. F.; NEUMANN, C. R.; SCAIN, S. F.; ROZENO, R. F.; GROSS, J. L.; LEITÃO, C. B. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a clientes com diabetes. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2013, vol.59, n.4, pp. 400-405. ISSN 0104-4230. Data de acesso: 24/03/2014.

HAUN, D. R.; PITANGA, PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Razão cintura/estatura comparado a outros indicadores antropométricos de obesidade como preditor de risco coronariano elevado. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2009, vol.55, n.6, pp. 705-711. ISSN 0104-4230. Data de acesso: 27/10/2014.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo da população 2010*. Data de acesso: 24/04/2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. In.: IPECE: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. *Perfil básico Municipal*, 2012. Data de acesso: 26/05/2014.

LOPEZ, R. M. F.; ARGIMON, I. I. de L.. Idosos com diabetes mellitus tipo 2 e o desempenho cognitivo no teste Wisconsin de classificação de cartas (WCST). *Univ. Psychol.* [online]. 2010, vol.9, n.3, pp. 697-713. ISSN 1657-9267. Data de acesso: 22/09/2014.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração análise e interpretação de dados. 7^o ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUES, R. M. B.; FORNÉS, N. S.; STRINGHINI, M. L. F. Fatores socioeconômicos, demográficos, nutricionais e de atividade física no controle glicêmico de adolescentes portadores de diabetes melito tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. 2011, vol.55, n.3, pp. 194-202. ISSN 0004-2730. Data de acesso: 23/02/2014.

MINAYO, N. C. O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em Saúde*, 11. ed. São Paulo. HUCITEC, 2010.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. *RAC*, Curitiba, v. 15, n. 4, pp. 731-747, Jul./Ago. 2011. Data de acesso: 24/05/2014.

NASCIMENTO, A. B.; CHAVES, E. C.; GROSSI, S. A. A; LOTTENBERG, S. A. A relação entre polifarmácia, complicações crônicas e depressão em portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2010, vol.44, n.1, pp. 40-46. ISSN 0080-6234. Data de acesso: 24/03/2014.

OLIVEIRA, M. A. M. de.; FAGUNDES, R. L. M.; E. MOREIRA, A. M.; TRINDADE, E. B. S. de M.; CARVALHO, T de. Relação de Indicadores Antropométricos com Fatores de Risco para Doença Cardiovascular. Oliveira e cols. *Antropometria e fatores de risco*. 88062-290 - Florianópolis, SC, 2009. Data de acesso: 28/10/2014.

OLIVEIRA; P. B.; FRANCO, L. J. Consumo de adoçantes e produtos dietéticos por indivíduos com diabetes melito tipo 2, atendidos pelo Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, SP. *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. 2010, vol.54, n.5, pp. 455-462. ISSN 0004-2730. Data de acesso: 24/03/2014.

PANAROTTO, D.; TRÄSEL, H. A. V.; OLIVEIRA, M. S.; GRAVINA, L. B.; TELES, A. R. Controle glicêmico de clientes diabéticos tipo 2 nos serviços público e privado de Saúde. *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. 2009, vol.53, n.6, pp. 733-740. ISSN 0004-2730. Data de acesso: 27/04/2014.

PELEGRINI, A.; COQUEIRO, R. da S.; PETROSKI, E. L.; BENEDETTI, T. R. B. Diabetes mellitus auto-referido e sua associação com excesso de peso em idosos. *Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.* (Online). 2011, vol.13, n.6, pp. 442-447. ISSN 1980-0037. Data de acesso: 22/09/2014.

PONTE, C. M. M.; GURGEL, M. H. C.; PONTE, G. A.; RAMOS, A. V. A.; JÚNIOR, R. M. M. Distúrbios metabólicos em doenças infecciosas emergentes e negligenciadas. *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. 2010, vol.54, n.9, pp. 785-792. ISSN 0004-2730. Data de acesso: 31/03/2014.

PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de clientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.1, pp. 151-160. ISSN 1413-8123. Data de acesso: 09/02/2014.

RIBEIRO, J. P.; ROCHA, S. A.; POPIM, R. C. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. *Esc. Anna Nery* [online]. 2010, vol.14, n.4, pp. 765-771. ISSN 1414-8145. Data de acesso: 24/03/2014.

ROCHA, N. P. da.; CATANIA, A. S.; BARROS, C. R.; PIRES, M. M.; FOLCHETTI, L. D.; FERREIRA, S. R. G. Análise de diferentes medidas antropométricas na identificação de síndrome metabólica, com ou sem alteração do metabolismo glicídico. *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. 2010, vol.54, n.7, pp. 636-643. ISSN 0004-2730. Data de acesso: 27/04/2014.

RODRIGUES, A. C. S; VIEIRA, G. L. C.; TORRES, H. C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2010, vol.44, n.2, pp. 531-537. ISSN 0080-6234. Data de acesso: 23/02/2014.

RODRIGUES, F. F. L.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, C. R. S.; GONELA, J. T.; ZANETTI, M. L. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta paul. enferm.* [online]. 2012, vol.25, n.2, pp. 284-290. ISSN 0103-2100. Data de acesso: 24/03/2014.

ROLIM, L. C.; SÁ, J. R.; CHACRA, A. R.; DIB, S. A. Heterogeneidade clínica e coexistência das neuropatias diabéticas: diferenças e semelhanças entre diabetes melito tipos 1 e 2. *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. 2009, vol.53, n.7, pp. 818-824. ISSN 0004-2730. Data de acesso: 27/04/2014.

SAAD, M. A. N.; CARDOSO, G. P.; MARTINS, W. de A.; VELARDE, L. G. C.; FILHO, R. A. da C. Prevalência de Síndrome Metabólica em Idosos e Concordância entre Quatro Critérios Diagnósticos. *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2014, vol.102, n.3, pp. 263-269. Epub Feb 10, 2014. ISSN 0066-782X. Data de acesso: 22/09/2014.

SANTOS, C. E.; SCHRANK, Y.; KUPFER, R. Análise crítica dos critérios da OMS, IDF e NCEP para síndrome metabólica em clientes portadores de diabetes melito tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. 2009, vol.53, n.9, pp. 1096-1102. ISSN 0004-2730. Data de acesso: 27/04/2014.

SANTOS, E. C. B. dos.; TEIXEIRA, C. R. de S.; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A. dos.; PEREIRA, M. C. A. Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes mellitus. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2011, vol.64, n.5, pp. 952-957. ISSN 0034-7167. Data de acesso: 22/09/2014.

SILVA, F. M.; STEEMBURGO, T.; AZEVEDO, M. J.; MELLO, V. D. Papel do índice glicêmico e da carga glicêmica na prevenção e no controle metabólico de clientes com diabetes melito tipo 2. *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. 2009, vol.53, n.5, pp. 560-571. ISSN 0004-2730. Data de acesso: 23/02/2014.

SCAIN, S. F.; FRANZEN, E.; SANTOS, L. B.; HELDT, E. Acurácia das intervenções de enfermagem para clientes com diabetes mellitus tipo 2 em consulta ambulatorial. *Rev. Gaúcha Enferm.* [online]. 2013, vol.34, n.2, pp. 14-20. ISSN 1983-1447. Data de acesso: 14/02/2014.

SCHERER, F, VIEIRA, J. L. da C. Estado nutricional e sua associação com risco cardiovascular e síndrome metabólica em idosos. *Rev. Nutr.* [online]. 2010, vol.23, n.3, pp. 347-355. ISSN 1415-5273. Data de acesso: 22/09/2014.

TORRES, H. C.; PEREIRA, F. R. L.; ALEXANDRE, L. R. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011, vol.45, n.5, pp. 1077-1082. ISSN 0080-6234. Data de acesso: 23/02/2014.

TORRES, H. C.; SOUZA, E. R.; LIMA, M. H. M.; BODSTEIN, R. C. Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus. *Acta paul. enferm.* [online]. 2011, vol.24, n.4, pp. 514-519. ISSN 0103-2100. Data de acesso: 23/02/2014.

VASQUES, A. C. J.; PRIORE, S. E.; ROSADO, L. E. F. P. de L.; FRANCESCHINI, S. do C. C. Utilização de medidas antropométricas para a avaliação do acúmulo de gordura visceral. **Rev. Nutr.** [online]. 2010, vol.23, n.1, pp. 107-118. ISSN 1415-5273. Data de acesso: 28/10/2014.

VIEIRA, C. M.; CORDEIRO, S. N.; JUNIOR, R. M.; TURATO, E. R. Significados da dieta e mudanças de hábitos para portadores de doenças metabólicas crônicas: uma revisão. **Clênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.7, pp. 3161-3168. ISSN 1413-8123. Data de acesso: 31/03/2014.

ZAVATINI, M. A.; OBRELI-NETO, P. R.; CUMAN, R. K. N.. Estratégia saúde da família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online) [online]. 2010, vol.31, n.4, pp. 647-654. ISSN 1983-1447. Data de acesso: 09/02/2014.

ZULIAN, L. R.; SANTOS, M. A.; VERAS, V. S.; RODRIGUES, F. F. L.; ARRELIAS, C. C. A.; ZANETTI, M. L. Qualidade de vida de clientes com diabetes utilizando o instrumento Diabetes 39 (D-39). **Rev. Gaúcha Enferm.** [online]. 2013, vol.34, n.3, pp. 138-146. ISSN 1983-1447. Data de acesso: 24/03/2014.

/

APÉNDICES



APÊNDICE A
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO
FACULDADE VALE DO SALGADO - FVS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Ofício S/N

O: Ilmo. Sr. Secretário Municipal de Saúde

ASSUNTO: **Pedido de autorização para realização de pesquisa, Icó,**
de _____ 2014.

Prozado (a) Solicito de Vossa Senhoria permissão para que Samya Lunara Silva, aluna do 9º período do Curso de Graduação em Enfermagem da FVS, possa realizar estudo de campo na Estratégia de Saúde da Família São Geraldo, do município do Icó-Co, com o título: **"A MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA COMO FORMA DE TRATAMENTO PARA O DIABETES MELLITUS TIPO 02"**, tendo como objetivo geral: "Analisar a mudança no estilo de vida e o conhecimento referente à doença dos clientes diabéticos tipo 02 em tratamento hipoglicemiante oral de uma Unidade Básica de Saúde do município de Icó.", sendo orientada pelo Professor Marcos Aurélio do Sousa Lima, professor da Faculdade Vale do Salgado – FVS. É necessário salientar que a aluna solicitará o consentimento dos entrevistados, deixando claros os princípios éticos, obedecendo à Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Atenciosamente,

Samya Lunara Silva
Acadêmica do Curso de Enfermagem da FVS

Orientador: Prof. Esp. Marcos Aurélio de Sousa Lima

Secretário de Saúde



APÊNDICE B
GOVERNO MUNICIPAL DE ICÓ-CE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Eu, _____
RG _____, CPF _____, secretário municipal de Saúde do

Icó-Ce declaro ter lido o projeto intitulado **A MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA COMO FORMA DE TRATAMENTO PARA O DIABETES MELLITUS TIPO 02** de responsabilidade dos pesquisadores Marcos Aurélio de Sousa Lima e Samya Lunara Silva, portadores do RG 2002029236360 SSPCE, RG 20072004430 SSPCE e CPF 020.473.823-78, CPF 04938142309, respectivamente, o que uma vez apresentado a esta instituição o parecer de aprovação do CEP do INSTITUTO LEÃO SAMPAIO DE ENSINO UNIVERSITÁRIO LTDA, autorizaremos a realização deste projeto na Secretaria Municipal de Saúde, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo junto aos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia e tal segurança e bem estar.

Icó - Ceará, _____ de _____ de 2014

Secretário Municipal de Saúde Icó-Ce

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar Marcos Aurélio de Sousa Lima e Samya Lunara Silva, na FVS à Rua Monsenhor Frota, 609, Centro, Icó-Ce em horário comercial. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, da Faculdade Leão Sampaio situada à Avenida Leão Sampaio, Km 03, Lagoa Seca, Juazeiro do Norte - CE.

Se o Senhor estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

Icó - Ceará, _____ de _____ de 2014.

Marcos Aurélio de Sousa Lima
Pesquisador Responsável



APÊNDICE D
TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO
FACULDADE VALE DO SALGADO - FVS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo. ICÓ-CE, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante ou Representante



Impressão Dactiloscópica

Assinatura do Pesquisador



APÊNDICE E
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS
FACULDADE VALE DO SALGADO - FVS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

I. Identificação

Iniciais: _____ No Pront: _____

Data do Nascimento: ___ / ___ / ___ Idade: _____

II. Dados de caracterização sociodemográficos

Sexo: () Masculino () Feminino

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

Raça: () Branca () Negra () Indígena () Amarela

Estado Civil: () Casado (a) () Separado (a) () Solteiro (a) () Divorciado (a)
() Viúvo (a) () Não Responde () Amasiado (a)

Escolaridade: () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo

() Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Ensino Superior

Incompleto () Ensino Superior Completo

Renda familiar (R\$): _____

**III. Estilo de vida e conhecimento acerca do Diabetes Mellitus (Entrevista),
embasada no Caderno de Atenção Básica nº36: Diabetes Mellitus (Brasil,
2013).**

01- O que você sabe sobre o Diabetes Mellitus?

02- Que orientações você recebeu sobre o Diabetes Mellitus? Você as cumpre?

03- Que medicação você usa para o diabetes? Usa regularmente? Quantos comprimidos?

04- Você fuma? Ingere algum tipo de bebida alcoólica?

05- Você faz algum tipo de exercício físico? Se sim, qual? E, quantas vezes?

06- Como está sua alimentação? Evita ou deixou de comer algum tipo de alimento?

07- Mora com quem? Considera-se uma pessoa com muitas preocupações?