

Paciente com diabetes mellitus tipo 2 com glicemia descompensada: análise das causas

*Type 2 diabetes mellitus patient with decompensated glycemia:
cause analysis*

Maria Dalca Rocha Duarte (1)
Ana Carolina Guimarães Caixeta (2)
Odilene Gonçalves (3)

- (1) Enfermeira pelo Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM).
E-mail: dalcarocha@hotmail.com
(2) Mestre em Promoção de Saúde.
E-mail: anacmcaixeta@unipam.edu.br
(3) Professora orientadora, Mestre em Promoção de Saúde (UNIPAM).
E-mail: odilene@unipam.edu.br

Resumo: O objetivo desta pesquisa é avaliar as causas de descompensação da glicemia capilar em indivíduos com Diabetes Mellitus Tipo 2. É um estudo descritivo, transversal, retrospectivo, realizado com pacientes diabéticos tipo 2 que passaram por atendimento na Unidade de Pronto Atendimento do município de Patos de Minas - MG. Para caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes, foi elaborado um instrumento de coleta de dados com perguntas abertas e fechadas. Para análise do conhecimento e atitudes frente à doença, foi utilizado o questionário Diabetes Knowledge Scale Questionnaire (DKN-A). Pelos achados deste estudo, considera-se preocupante o desconhecimento dos diabéticos, o que dificulta o alcance de um controle glicêmico satisfatório. Este estudo foi aprovado pelo CEP, nº do Parecer 2.182.960. Os resultados obtidos foram analisados com auxílio do software Graph PadIn Stat, versão 3.06, sendo adotado o nível de significância de 5%.

Palavras-chave: Controle Glicêmico. Hiperglicemia. Complicações do Diabetes.

Abstract: The objective of this research is to evaluate the causes of capillary glycemia decompensation in individuals with Type 2 Diabetes Mellitus. It is a descriptive cross-sectional, retrospective study with patients suffering of type 2 diabetes who have undergone treatment in UPA facilities in the municipality of Patos de Minas – State of Minas Gerais. To describe the sociodemographic and clinical characteristics of the participants, a data collection mechanism was developed with open and closed questions. For the analysis of knowledge and attitudes towards the disease, the Diabetes Knowledge Scale Questionnaire (DKN-A) was applied. From the findings of this study, the lack of knowledge of diabetics is of concern, which makes it difficult to achieve satisfactory glycemic control. This study was approved by CEP, Opinion Number: 2,182,960. The results were analyzed with the aid of Graph PadIn Stat software, version 3.06, and a significance level of 5% was adopted.

Keywords: Diabetes Complications. Glycemic control. Hyperglycaemia.

1 Introdução

A população, nas últimas décadas, passou por uma importante mudança no perfil de morbimortalidade, favorecendo o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), apresentando como característica de etiologia incerta, com curso prolongado, de origem multifatorial e não infecciosa, com forte influência de fatores de risco comportamentais, modificáveis ou não. Estima-se que, em 2030, 3/4 de todas as mortes no mundo estarão relacionados às DCNT (GRITTI *et al.* 2015; IDF, 2014; DUNCAN *et al.*, 2012) de saúde pública em todo o mundo (SBD, 2015-2016).

SBD (2015-2016) demonstra que o Diabetes Mellitus Tipo 2 possui prevalência mundial de 387 milhões de pessoas. A expectativa é que esse número, em 2040, passará para 642 milhões de pessoas. De acordo com a Federação Internacional de Diabetes, no mundo, a cada sete segundos uma pessoa morre em decorrência da doença (IDF, 2015).

A DM2 representa um considerável encargo econômico mundial, principalmente quando não controlada adequadamente, sendo que a maior parte dos gastos é com o tratamento de complicações como proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica, amputações, doença arteriosclerótica, ou então por infecções de repetição, além de sinais e sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva, que são sinais de hiperglicemia acentuada (ADA, 2016). Os custos diretos com a patologia variam entre 2,5 e 15% do orçamento anual da saúde de um país. No Brasil, o gasto anual é de cerca de 3,9 bilhões de dólares (SBD, 2015-2016; GRILLO, *et al.* 2013).

O DM2 é um grupo complexo e multifatorial de distúrbios metabólicos, caracterizado por apresentar uma hiperglicemia persistente, resultante de falhas na secreção e/ou na ação da insulina. Estima-se que aproximadamente 87% a 91% de todos os indivíduos com DM são do tipo Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), 7% a 12% de DM1 e 1% a 3% de outros tipos de diabetes (SBD, 2015-2016; IDF, 2015).

O diagnóstico e o acompanhamento do diabetes são de responsabilidade da Atenção Básica, hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). A atenção básica adquiriu maior importância no cuidado da saúde dos indivíduos e sua família, a partir do ambiente onde vivem, visando a construir, de forma participativa, práticas e estratégias mais eficazes de enfrentamento aos problemas de saúde (FERNANDES; HENRIQUES; AMENDOLA, 2014).

Quando acontecem falhas no atendimento ou quando o indivíduo não atende às orientações e aos cuidados necessários à estabilização e à manutenção da glicemia, a ela pode sofrer uma descompensação, que é uma glicemia capilar aferida casualmente, com níveis superiores a 250 mg/dl, em período de tempo prolongado, levando a complicações graves como proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica, doença arteriosclerótica e infecções de repetição (SBD, 2015-2016; ÂNGELA, 2013).

A consulta de enfermagem é baseada na promoção de saúde e na prevenção da doença, estando apoiada nas práticas educativas, despertando a visão do indivíduo para o autocuidado. O controle do nível glicêmico, o tratamento do DM e o interesse em estar presente nas consultas são importantes aspectos na prevenção de

amputações e outras complicações, portanto a educação em saúde do diabético deve ser parte integrante do processo educativo (PEREIRA *et al.* 2012).

É importante que o enfermeiro conheça os usuários do serviço de saúde, seus hábitos de vida, patologias, vulnerabilidades, condição alimentar, familiar, física e cultural, identificando os fatores de risco que vão ao longo do tempo contribuir para o surgimento ou agravamento das doenças. Utilizando essas informações para promover orientações quanto ao autocuidado, alimentação saudável, atividades físicas regulares, uso correto das medicações e mudança de comportamento, procura-se, assim, diminuir as possibilidades de ocorrência de agravos provenientes das doenças crônicas (BRASIL, 2014).

O êxito no controle glicêmico depende da capacidade de o indivíduo manter os cuidados recomendados e assumir as mudanças no seu estilo de vida para que, realmente, o controle glicêmico seja mantido (BECKER *et al.* 2014; GRILLO *et al.* 2013).

Este estudo apresenta como objetivo geral compreender e analisar os motivos que levam à descompensação glicêmica em indivíduos com DM2 que procuraram a UPA de um município do interior de Minas Gerais.

2 Metodologia

Foi um estudo descritivo, transversal, retrospectivo, realizado com 210 indivíduos com glicemia descompensada, portadores de DM2 que necessitaram de cuidados na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de um município do interior de Minas Gerais, no período de julho a setembro de 2017.

A amostra foi aleatória e representativa, considerando uma margem de erro de 5,0%, a qual foi obtida dos 4.800 indivíduos com DM2 cadastrados e acompanhados pelas Unidades Básicas de Saúde do município, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ambos os sexos; maiores de 18 anos; com DM2 com glicemia descompensada; atendidos na UPA; conscientes e orientados para responder aos instrumentos de coleta de dados e para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram aplicados dois instrumentos para coleta de dados: um formulário de entrevista com perguntas fechadas e abertas elaborado pelas pesquisadoras, contendo variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, estado civil, vínculo empregatício) e clínica; um segundo questionário: o Diabetes Knowledge Scale Questionnaire (DKN-A) com 15 itens de múltipla escolha sobre diferentes aspectos relacionados ao conhecimento geral de DM. Foi desenvolvido em resposta às necessidades de avaliação de aspectos comportamental e ao conhecimento do paciente relacionado à patologia. (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2005).

A coleta de dados dos formulários de entrevista foi realizada pelas pesquisadoras após abordagem inicial de triagem aos portadores de DM2 com glicemia capilar descompensada atendidos na UPA. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o questionário foi aplicado verbalmente pelas pesquisadoras que preencheram os dados. Ocorreu no domicílio dos

entrevistados, em ambiente seguro, de forma individual e com total sigilo, para não causar nenhum tipo de constrangimento ou danos aos participantes.

Ao término do procedimento, o entrevistado recebeu orientações sobre autocuidado e esclarecimentos de dúvidas, lembrando que as pesquisadoras tiveram cuidado para não induzir respostas e se atentaram na identificação do cliente apenas com as iniciais de seu nome para evitar sua exposição.

Os dados obtidos foram digitados em banco de dados previamente elaborado no programa Excel e submetidos à análise descritiva, por meio de tabelas e gráficos de distribuição. Os resultados obtidos foram analisados com auxílio do software Graph PadIn Stat versão 3.06, sendo adotado o nível de significância de 5%.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas – Unipam, em 24 de julho de 2017 sob o nº do Parecer 2.182.960.

3 Resultados

Dos 210 indivíduos com DM2 com glicemia capilar descompensada, atendidos na UPA, 127 (60,5%) eram do sexo feminino; a maior parte da amostra 111 (52,9%) encontrava-se na faixa etária de 50 a 69 anos, sendo 66 (59,5%) do sexo feminino e 47 (42,3%) do sexo masculino; a única faixa etária em que o sexo masculino sobressaiu ao feminino foi entre 30 e 39 anos (3,9%); sendo 114 (54,3%) casados, 53 (25,2%) viúvos, 43 (20,5%) solteiros; 108 (51,4%) aposentados e 53 (25,2%) assalariados formais; 92 (43,8%) participantes com primeiro grau incompleto, 58 (27,6%) primeiro grau completo, 18 (8,6%) analfabetos, nove (4,3%) com o nível superior completo (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos indivíduos com DM2 com glicemia descompensada atendidos na UPA, segundo o sexo, faixa etária, estado civil e fonte de renda obtida, pelo questionário DKN-A

	Nº	%
Sexo feminino	127	60,5
Sexo masculino	47	42,3
Faixa etária 30 a 39 anos	8	3,9
Faixa etária 50 a 69 anos	66	59,5
Solteiro	43	20,5
Casado	114	54,3
Viúvo	53	25,2
Aposentado	108	51,4
Assalariado formal	53	25,2

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Os dados deste estudo corroboram o estudo de Silva Júnior (2012), que apresenta uma prevalência maior do índice de diabetes entre as mulheres (3,6% em 1998; e 4,9% em 2008).

Pesquisa Nacional de Saúde concretizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE também expõe que o diabetes atinge cerca de nove milhões de brasileiros, correspondendo a 6,2% da população adulta, sendo que 7% das mulheres demonstraram uma prevalência maior da doença em relação aos homens, 5,4%, ou seja, 5,4 milhões de mulheres versus 3,6 milhões de homens (BRASIL, 2015).

Em um estudo multicêntrico realizado em seis capitais brasileiras sobre a prevalência do diabetes no Brasil, comprovou-se a influência da idade no DM, o predomínio do sexo feminino e o aumento de 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos e um crescimento de 17,4% na faixa etária que compreende entre 60 a 69 anos, sendo um aumento de 6,4 vezes. O DM2 pode ocorrer em qualquer idade, mas geralmente é diagnosticado após os 40 anos, sendo mais comum na idade avançada. O envelhecimento da população apresenta associação positiva com o aumento da intolerância à glicose e o DM2, sendo o aumento da idade um fator predisponente (SBD, 2015-2016).

Pode-se justificar a presença do percentual mais elevado do sexo feminino por ser esta uma população que mais procura o serviço de saúde, tendo a oportunidade de receber o diagnóstico precocemente e de realizar um acompanhamento adequado do diabetes.

A maior proporção de participantes casados pode ser considerada um fator positivo; há necessidade da presença de um acompanhante durante a realização das consultas e orientações.

Em estudo apresentado na Conferência da Sociedade Cardiovascular Britânica em Manchester, no Reino Unido, em análise de aproximadamente um milhão de britânicos por mais de uma década, também se observou o casamento como um fator positivo, pois os casais com Diabetes Mellitus apresentam sobrevida maior do que os solteiros, recebem maior apoio social, são incentivados a aderir melhor à medicação e a buscar um estilo de vida mais saudável (CARTER, 2017).

A aposentadoria foi vista na maioria dos participantes, podendo ser benéfico pelo fato de possuir uma renda para manutenção dos gastos diários de vida ou um malefício, pois o indivíduo está afastado de atividades contínuas e do convívio social, o que pode influenciar na autoestima, no controle de agravos e na evolução da doença.

O resultado sobre a influência do nível de escolaridade no conhecimento geral dos indivíduos sobre a doença também apresentou resultado significativo ($p < 0,001$), sendo que quanto maior o nível de escolaridade maior foi o conhecimento acerca do DM2 (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos indivíduos com DM2 com glicemia descompensada atendidos na UPA, segundo o nível de escolaridade e o conhecimento da doença, obtida através do questionário DKN-A

Nível de escolaridade	Desconhecimento da doença		Conhecimento da doença	
	Nº	%	Nº	%
Analfabeto (a)	17	8,1	1	0,5
1º grau incompleto	70	33,3	22	10,5
1º grau completo	43	20,5	15	7,1
2º grau incompleto	4	1,9	12	5,7
2º grau completo	2	1,0	13	6,2
Nível superior incompleto	0	0,0	2	1,0
Nível superior completo	3	1,4	6	2,8
TOTAL	139	66,2	71	33,8

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

O baixo nível de escolaridade da maioria dos participantes também foi encontrado por Fernandes, Henriques e Amendola (2014). Ele é um fator comum entre as pessoas com diabetes, dificultando tanto os mecanismos de controle e tratamento da doença quanto o acesso a informações sobre o DM2, representando um desafio para a equipe multiprofissional de saúde, que deve abordar questões de intervenções em saúde de forma a facilitar a compreensão, levando em consideração a necessidade individual de cada pessoa.

SBD (2015-2016) separa Estudo Multicêntrico com enfoque na escolaridade, notando-se uma taxa maior de diagnóstico de diabetes (9,6%) entre os participantes sem ensino escolar ou com instrução fundamental incompleta, já aqueles com escolaridade superior apresentam um conhecimento mais abrangente sobre a DM.

Os achados também corroboram estudo realizado por Lira Neto *et al.* (2017), que também encontrou a maior parte dos participantes de sua pesquisa como sendo analfabetos (57,6%).

Ao relacionar o tempo de diagnóstico do DM2 com o conhecimento sobre a doença (Tabela 3), notou-se que ele não influenciou significativamente ($p=0,433$) o conhecimento.

Tabela 3 – Distribuição dos indivíduos com DM2 com glicemia descompensada atendidos na UPA, segundo o tempo de diagnóstico e o conhecimento da doença, obtida pelo questionário DKN-A

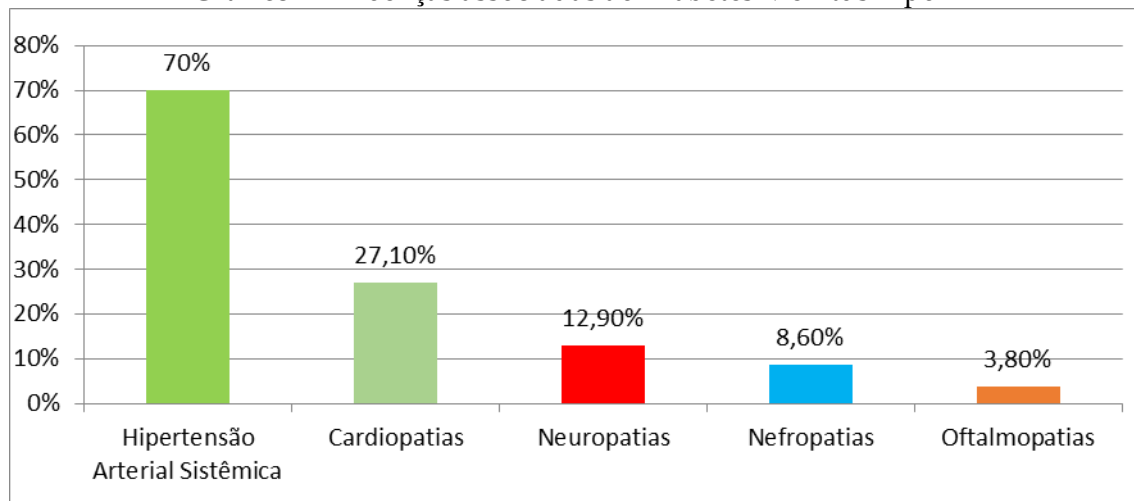
Tempo de diagnóstico	Desconhecimento da doença		Conhecimento da doença	
	Nº	%	Nº	%
Até 1 ano	12	5,7	3	1,4
De 2 a 5 anos	32	15,2	24	11,4
De 6 a 15 anos	38	18,1	18	8,6
De 16 a 25 anos	39	18,6	19	9,1
Mais de 25 anos	18	8,6	7	3,3
TOTAL	139	66,2	71	33,8

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Em estudo descritivo/transversal realizado em um hospital de grande porte especializado em cardiologia na cidade de São Paulo, após acompanhamento de 46 pacientes diabéticos tipo 2, também constatou-se que o tempo médio de diagnóstico do diabetes durou aproximadamente oito anos e não foi observada relação entre tempo de diagnóstico e conhecimento sobre a doença (ONO *et al.*, 2016). Vale salientar que o esperado é que, quanto maior o tempo de diagnóstico do DM2, maior o conhecimento sobre a doença, melhor entendimento e manejo do esquema terapêutico e, conseqüentemente, melhor controle glicêmico e diminuição das complicações crônicas.

Em rastreamento a outras doenças associadas ao DM2 (Gráfico 1), 70% dos indivíduos relataram a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de forma isolada ou associada à doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, depressão, obesidade e reumatismo; cardiopatias; neuropatias; nefropatias e oftalmopatias, lembrando que um mesmo indivíduo apresentava mais de uma comorbidade.

Gráfico 1 – Doenças associadas ao Diabetes Mellitus Tipo 2



Fonte: dados da pesquisa, 2017.

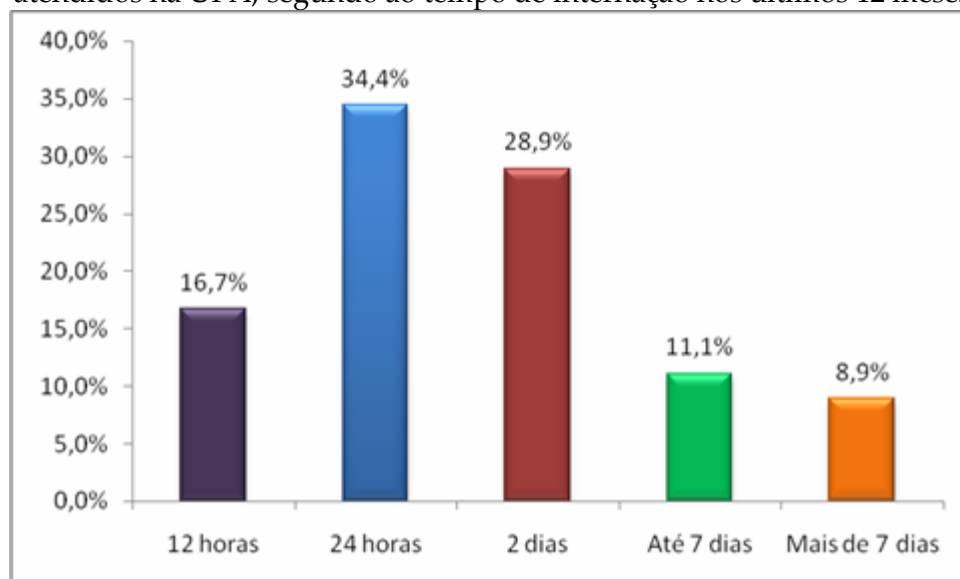
Para Silva *et al.* (2016), em seus estudos, o tratamento do DM pode evitar o aparecimento de complicações. Quando o DM não é tratado de forma correta, os sintomas se complicam, contribuindo para o surgimento de outras doenças, como cardiopatias e oftalmopatias, acidente vascular cerebral, insuficiência renal, lesões de difícil cicatrização e outras. A disciplina ao tratamento é fundamental para controlar as complicações.

O cuidado ao indivíduo com DM2 associado a outras patologias que podem ser prevenidas com diagnóstico adequado e precoce é um trabalho árduo e requer dedicação, paciência, motivação, atitude e muito conhecimento acerca das doenças por parte dos indivíduos e dos profissionais da saúde (SERAMIN; DANZE; OLIVEIRA, 2013).

O controle glicêmico, no âmbito da Atenção Primária, pode evitar o agravamento e o surgimento de complicações cardiovasculares, com redução do número de internações hospitalares. As ações de atendimento aos indivíduos pela unidade de saúde contemplam tanto o diagnóstico precoce da doença quanto o acompanhamento periódico e orientações por toda equipe, possuindo condições necessárias para intervir e acompanhar os indivíduos, propiciando-lhes melhor qualidade de vida e reduzindo complicações e lesões em órgãos-alvo (RADIGONDA, SOUZA; CORDONI JUNIOR, 2015).

Ao serem questionados sobre a necessidade de internação nos últimos 12 meses, devido ao DM2, 120 (57,1%) responderam que não e 90 (42,9%), sim. Dos 90 participantes que necessitaram de internação para tratar a doença, 74 (85,1%) referiram-se a UPA e 13 (14,9%), a outros hospitais. O tempo de internação destes indivíduos variou de 12 horas a mais de sete dias, com maioria, 57 (63,3%), entre 24 horas e dois dias (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição dos indivíduos com DM2 com glicemia descompensada atendidos na UPA, segundo ao tempo de internação nos últimos 12 meses



Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Resultados encontrados em pesquisa ressaltam que, apesar do aumento do diabetes no país, o número de internações devido à doença reduziu 11,5% nos últimos cinco anos. Em 2015, foram 67,1 internações por 100 mil habitantes contra 75,9 por 100 habitantes em 2010. Em 2015, foram registradas 137,4 mil internações por agravos da doença no SUS, a um custo de R\$ 92 milhões. Esse é o efeito das políticas voltadas à melhoria do atendimento na Atenção Básica e extensão do acesso a medicamentos (BRASIL, 2012).

A mortalidade precoce (de pessoas com menos de 70 anos) caiu entre os anos de 2000 e 2013, acompanhando a tendência em relação ao óbito por DCNT nessa faixa etária, que reduziu 2,5% ao ano no período. Esse índice está acima da meta estipulada pelo Ministério da Saúde, que era de queda de 2% ao ano. Mas ainda é alto o número de pessoas que morrem por causa do diabetes, sendo que no Brasil foram registradas 58.017 óbitos em 2013 (BRASIL, 2016).

De todos os indivíduos entrevistados, um disse não usar medicamentos. Entre os medicamentos mais utilizados (Tabela 4) estão a metformina (72,0%), a insulina NPH (59,5%), associados ou não entre si ou a outros medicamentos para outras patologias, como hipertensão, depressão e hipotireoidismo.

Tabela 4 – Distribuição dos indivíduos com DM2 e com glicemia descompensada atendidos na UPA, segundo aos medicamentos mais utilizados

Medicação	Nº	%
Metformina	151	72,0
Insulina NPH	125	59,5
Glibenclamida	26	12,4
Glicazida	19	9,0
Insulina Regular	18	8,6

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

A adesão ao tratamento e o uso de medicamentos estão diretamente ligados ao controle do DM2. Em estudo, Silva *et al.* (2016) relataram que a metformina se apresentou como o medicamento hipoglicemiante com maior assiduidade de uso entre os idosos diabéticos (76,5%), seguido pela glibenclamida (40,8%), insulina (21,8%), glimepirida (1,7%) e gliclazida (0,6%).

A prática de exercícios físicos e a correção alimentar têm sido sugeridas como uma possibilidade de tratamento não medicamentoso para os indivíduos com DM2 e apresentam resultados positivos para o seu tratamento, como melhora na sensibilidade à insulina, diminuição dos níveis de glicose no sangue, redução das doses de insulina e atenuação das disfunções autonômicas e cardiovasculares (IDF, 2015; ÂNGELA, 2013).

Vale considerar que 188 (89,5%) participantes relataram dificuldade em seguir as orientações recebidas, principalmente em relação à prática de atividade física (66,5%) e controle da alimentação (64,4%). Outro complicador observado foi que 45 (23,9%) ingeriam bebida alcoólica com frequência e 40 (21,3%) eram tabagistas. Todos os participantes (100%) informaram ter alguma dúvida em relação à doença.

Em estudo realizado, Silva *et al.* (2015) também demonstram que os diabéticos conhecem a importância da atividade física e sabem que é essencial para o controle glicêmico e para obtenção de melhor qualidade de vida, mas, mesmo assim, a adesão a práticas de atividades físicas e a mudança do perfil alimentar ainda são baixas. Os autores destacaram a necessidade da ampliação de estratégias e condições que levem o diabético a se motivar e assumir atitude mais ativa para o controle de sua doença, estimulando o emponderamento e provocando mudanças comportamentais dinâmicas com conseqüente melhoria em sua condição clínica.

Do total da amostra em relação ao conhecimento sobre doença e alimentação: 95 (45,2%) desconhecem a composição principal do arroz, 72 (34,3%) ignoram as causas de hipoglicemia e 52 (24,8%) deles acreditam que a hipoglicemia ocorre devido a pouca atividade física, 60 (28,6%) participantes não souberam informar a variação normal de glicose no sangue, 172 (81,9%) pessoas ignoram o significado da presença de cetonas na urina. Os participantes de ambos os sexos demonstraram desconhecimento sobre a doença (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos indivíduos com DM2 com glicemia descompensada atendidos na UPA, segundo o sexo e o conhecimento da doença, obtida através do questionário DKN-A

Sexo	Desconhecimento da doença		Conhecimento da doença		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	55	66,3	28	33,7	83	100,0
Feminino	84	66,1	43	33,9	127	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Em um levantamento realizado pela SBD em 2011 com a colaboração de mais de 2.000 pessoas, revelou-se que a população ainda tem dúvidas sobre o que é o diabetes e como realizar o controle dessa doença. De acordo com essa pesquisa, 38% acreditavam que o diabetes tem cura e menos da metade dos entrevistados (49%) souberam definir o que é diabetes e somente 50 % dos participantes asseguraram que um diabético pode levar uma vida normal (SBD, 2011).

O desconhecimento dos diabéticos sobre questões básicas como a manutenção da glicemia, hábitos alimentares indicados e sinais de complicações da doença reforça a necessidade de um programa sistemático de educação em DM por parte da Atenção Básica.

Scain *et al.* (2013) reforçam que os fatores que contribuíram para o aumento do número de diabéticos estão relacionados principalmente à alimentação inadequada e ao estilo de vida pouco saudável da população.

Um dos principais objetivos para se obter conhecimento satisfatório em relação ao DM2 é a possibilidade de manutenção do controle glicêmico, de forma a diminuir a morbidade e a mortalidade relacionadas com as complicações da doença (SBD, 2016).

Pereira *et al.* (2012) destacam que a educação para o autocuidado é um processo visto como facilitador para o conhecimento e o desenvolvimento de habilidades que

envolvem questões corporais, dietéticas, medicamentosas, entre outras, realizadas pelo próprio paciente, visando à melhoria do índice metabólico, preservando ou melhorando ainda mais sua qualidade de vida.

A Sociedade Brasileira de Diabetes destaca a importância da terapia nutricional para o retardo de complicações associadas ao DM2 e reconhece a modificação do padrão alimentar como um recurso para o controle glicêmico e a redução do risco de doenças cardiovasculares (SBD, 2015-2016; ÂNGELA, 2013). Já a IDF (2014) refere que o êxito das intervenções dos profissionais de saúde depende da capacidade de o indivíduo manter os cuidados recomendados, usar os medicamentos corretamente e assumir as mudanças em seu estilo de vida, para que realmente o processo educativo seja eficiente.

A atuação do enfermeiro é fundamental na Atenção Primária, pois faz parte de suas atribuições desenvolver trabalhos de Promoção à Saúde, como acolhimento e orientação aos pacientes diabéticos sobre cuidados dietético diários, atividade física, perda de peso, autocuidado com o corpo e com os pés, prevenindo o aparecimento de úlceras, rachaduras, atentar-se para a realização de exames, consultas periódicas, manutenção do equilíbrio glicêmico, prevenindo as possíveis complicações acarretadas pelo descuido à saúde (GUSSO *et al.* 2012). Nas consultas de enfermagem, ocorre um processo educativo que procura preconizar a orientação de medidas que melhorem a qualidade de vida: hábitos alimentares saudáveis, estímulo à atividade física regular, redução do consumo de bebidas alcoólicas e abandono do tabagismo (ÂNGELA, 2013).

Trabalhos podem ocorrer em conjunto com outros grupos de apoio, como o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), através de encontros para atividades físicas, reuniões com grupo de diabéticos, enfermeiros, nutricionista e psicólogos e outros profissionais, se necessário.

4 Conclusão

Analisando os resultados, observou-se que todos os entrevistados possuem alguma dúvida a respeito do diabetes e que nenhum deles se preocupa em realizar um tratamento alimentar rigoroso. As orientações mais difíceis de serem seguidas estão relacionadas à atividade física e ao controle alimentar. O nível de escolaridade apresentou influência significativa sobre o conhecimento da doença, quanto maior o nível escolar, maior foi o conhecimento apresentado em relação à doença. O tempo de diagnóstico não apresentou influência sobre o conhecimento da doença. A maior parte deles desconhece a variação normal de glicose no sangue e comparece uma ou duas vezes por ano na Unidade de Saúde. A maioria não sabe as causas de uma hipoglicemia nem como a presença de cetonas na urina pode influenciar em seu estado de saúde.

Entende-se que as possíveis causas de descompensação da glicemia são baixo nível escolar, pouca frequência dos diabéticos à Unidade de Saúde da Família, desconhecimento da doença, alto custo dos alimentos sugeridos, baixa adesão à qualidade de vida (alimentação correta, uso adequado das medicações, prática de atividade física, abstinência ao tabagismo e ao uso de álcool).

Essa situação destaca a importância da detecção precoce do DM2 pela equipe de saúde e o acompanhamento adequado aos indivíduos, visando ao melhor controle glicêmico e à mudança em seu estilo de vida, minimizando complicações crônicas. Essas atividades podem ser realizadas através da participação de todos os profissionais da rede de Atenção Primária à Saúde, inclusive enfermeiros, e através da junção de esforços multidisciplinares, implementando ações articuladas e condizentes com a necessidade clínica da população de cada território.

Referências

ÂNGELA. M. V. T. *et al.* **CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA N°36: Estratégias Para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica Diabetes Mellitus**. Brasília, DF: Editora MS, 2013.

ADA. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Diabetes Care**, v. 39, jan. 2016. Disponível em: http://care.diabetesjournals.org/content/34/Supplement_1/S62.full. Acesso em: 11 ago. 2016.

BECKER, A. D. *et al.* Controle glicêmico em pacientes com diabetes mellitus e doença cardiovascular acompanhados em ambulatório de referência. **Clin Biomed Res**, Porto Alegre - RS, Brasil, v. 34, n. 2, p. 132-138, 2014. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/158829/001013395.pdf?sequence=1>. Acesso em: 03 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, (Cadernos de Atenção Básica, n. 35) 162 p. 2014 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronic_a_cab_35.pdf. Acesso em: 04 ago. 2016.

BRASIL. PORTAL BRASIL. **Diabetes atinge 9 milhões de brasileiros**. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/07/diabetes-atinge-9-milhoes-de-brasileiros>. Acesso em: 02 out. 2017.

BRASIL. **Portal da Saúde/SUS: Dia Mundial da Saúde: DAB/SAS lança publicação sobre Diabetes**. 2016. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2165. Acesso em: 04 set. 2017.

CARTER, Paul. **Casamento contribui para uma vida mais longa**: de acordo com um novo estudo, o casamento aumenta a sobrevida de diabéticos e cardíacos. 2017.

Disponível em:

veja.abril.com.br/saude/casamento-contribui-para-uma-vida-mais-longa/. Acesso em: 06 out. 2017.

DUNCAN, B. B. *et al.* Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, Porto Alegre, v. 46, p. 126-134, 2012.

FERNANDES, A. M. T.; HENRIQUES, E. L. V.; AMENDOLA, F. Características de usuários portadores de diabetes mellitus tipo II com glicemia capilar alterada em um pronto atendimento municipal. **Revista Saúde**, Araçariçuama - SP, v. 8, n. 1/2, p. 6-13, 2014.

GRILLO, M. F. F. *et al.* Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Porto Alegre, v. 59, n. 4, p. 400-440, 2013.

GRITTI, Cristiane Carnaval *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e antecedentes pessoais em reinternados e contribuição da terapia ocupacional. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 214-219. 2015.

GUSSO, G. *et al.* **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e práticas. 2. ed. Porto Alegre - RS: Artmed Editora, 2012. Disponível em: <http://loja.grupoa.com.br/livros/medicina-de-familia-e-comunidade/tratado-de-medicina-de-familia-e-comunidade-2-volumes/9788536327655>. Acesso em: 20 ago. 2016.

IDF. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes atlas update**. 2014. Disponível em: <http://www.idf.org/diabetesatlas/update-2014>. Acesso em: 28 ago. 2016.

LIRA NETO, José Cláudio Garcia *et al.* Prevalência da Síndrome Metabólica em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 70, n. 2, p. 282-287, mar.-abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0265.pdf. Acesso em: 09 out. 2017.

ONO, B. E. *et al.* Conhecimento, atitudes e controle metabólico de diabéticos cardiopatas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, São Paulo, v. 17, n. 6, p. 750-757, 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324049336004.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017.

PEREIRA, D. A. *et al.* Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes mellitus. **Revista Latino Americana Enfermagem**, Goiânia,

v. 20, n. 3, maio-jun. 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a08v20n3.pdf Acesso em: 03 mar. 2016.

RADIGONDA, B.; SOUZA, R. K.T.; CORDONI JUNIOR, L. Avaliação da cobertura da Atenção Básica na detecção de adultos com diabetes e hipertensão. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 423-431, abr./jun. 2015. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341748011.pdf>. Acesso em: 05 out. 2017.

SCAIN, S. F. *et al.* Acurácia das intervenções de enfermagem para pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em consulta ambulatorial. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 14-20, 2013.

SERAMIN, C. L. M.; DANZE, L.; OLIVEIRA, K. C. L. Conhecimento e atitude: componentes para a educação em diabetes mellitus nas unidades básicas de saúde de Bebedouro, SP. **Revista Fafibe On-Line**, ano VI, n. 6, p. 130-139, nov. 2013. Disponível em:

<http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/28/11122013185648.pdf>. Acesso em: 06 out. 2017.

SILVA, A. B. *et al.* Prevalência de diabetes mellitus e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 308-316, 2016.

SILVA, M. A. V. *et al.* Impacto da ativação da intenção na prática da atividade física em diabéticos tipo II: ensaio clínico randomizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas, v. 20, n. 3, p. 875-886, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00875.pdf>. Acesso em: 07 out. 2017.

SILVA JÚNIOR, J. B. SVS/MS/DF. Epidemiologia e Serviços de Saúde. **Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 5-188, jan./mar. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev_epi_vol21_n1.pdf. Acesso em: 20 de ago. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Pesquisa mostra desconhecimento da população sobre o diabetes**. DIA MUNDIAL DO DIABETES. São Paulo: Associação Nacional de Assistência ao Diabético, 2011. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/publico/ultimas/385-pesquisa-mostra-desconhecimento-da-populacao-sobre-o-diabetes>. Acesso em: 08 jul. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. 2015-2016. **Princípios básicos, avaliação e diagnóstico do diabetes mellitus**. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2017.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN- A) e atitude (ATT – 19) de Diabetes Mellitus. **Revista de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 39, n. 6, p. 906-911, 2005.