



FACULDADE DO MÉDIO PARNAÍBA – FAMEP
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

HOZANA MARIA XAVIER

**ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM UMA
UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE DO MUNÍCIPIO DE ESPERANTINA - PI**

TERESINA

2016

HOZANA MARIA XAVIER

**ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM UMA
UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE DO MUNÍCIPIO DE ESPERANTINA - PI**

Monografia apresentada à Faculdade do Médio Parnaíba como requisito para a conclusão do curso de graduação em Enfermagem.
Orientador: Prof. MSc Cidianna Emanuely Melo do Nascimento.

TERESINA

2016

HOZANA MARIA XAVIER

**ADESÃO AO TRAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM UMA
UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE DO MUNÍCIPIO DE ESPEREANTINA - PI**

Monografia apresentada à Faculdade do Médio Parnaíba como requisito para a conclusão do curso de graduação em Enfermagem.
Orientador: Prof. MSc Cidianna Emanuely Melo do Nascimento.

Monografia aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof(a) MSc Cidianna Emanuely Melo do Nascimento.
Orientador(a)

Prof. Instituição
1º examinador

Prof. Instituição
2º examinador

À Deus, fonte da minha força e do meu viver,
que me acompanha em toda obra, afim de me
fortalecer, com todo o seu zelo e cuidado. Além
disso, meu sentimento de amor à Deus faz-me
dar o melhor de si.

AGRADECIMENTOS

A minha família que me deu amor, carinho, educação e incentivo para os desafios impostos pela vida, assim como pelo apoio nas horas de estudo, referido também as demais necessidades que em todos os momentos precisei e usufruir, principalmente da colaboração deles. Eles tem minha eterna gratidão por ter me acompanhado ao longo dessa jornada que resultou no alcance das minhas expectativas desejadas.

A Deus por me dá o essencial para viver, podendo assim buscar a conquistar dos meus desejos, sonhos e entre outra coisas.

Aos professores da Faculdade do Médio Parnaíba que ao consulta – lós me receberam com zelo e me forneceram bases para a construção do meu trabalho, com orientações adequadas além de me indicarem a direção correta para enriquecer meu trabalho, parabenizo a todos que mencionei aqui.

E ainda que haja pedra na estrada.
Eu confio em Deus. Confio na força
que Ele tem, confio por que todas as
vezes que eu achei que não suportaria,
Ele sempre, me fez levantar de novo.
Por isso eu me mantenho em pé e com Fé.
Taci Goes.

XAVIER, HOZANA MARIA XAVIER. **Adesão ao Tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2 em uma Determinada Unidades Básica de Saúde – UBS.** 2016. 35 p. Trabalho de Conclusão de Curso orientado pela Professora. MSc Cidianna Emanuely Melo do Nascimento. (Graduação em Enfermagem) – Faculdade do Médio Parnaíba - FAMEP. Teresina, 2016.

RESUMO

Adesão ao diabetes mellitus tipo 2, fundamento pelo desempenho do paciente diabético conveniente com a terapêutica do Diabetes Mellitus. Ao paciente com Diabetes é indispensável a compreensão desse paciente, para a necessidade de mudanças no estilo de vida, adjunto ao cumprimento da terapêutica medicamentosa, tendo como exemplo a dieta balanceada, a qual deve ser considerando os aspectos econômicos e socioculturais. O objetivo geral deste trabalho foi observar como está sendo o processo de adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em uma determinada unidades básica de saúde – UBS. Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa, pesquisa de campo, estudo transversal em que a adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2 é pela observação e interpretação do comportamento dos pacientes diabéticos no que diz respeito à adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2, através da aplicação de um questionário fechado e uma entrevista, aplicados somente uma vez. Os resultados demonstraram que dentre os fatores de risco modificáveis os quais obtiveram maior prevalência foram a alimentação não saudável e sedentarismo em 7 (46,6%) dos entrevistados e 13 (86,6%) dos entrevistados aderiram a alguma mudança no estilo de vida. Conclui-se que, os pacientes são mais aderentes ao tratamento medicamentoso, e que as mudanças no estilo de vida, por serem mais complexas, são menos comuns entre os pacientes, pois os 13 (86,6%) dos pacientes somente faziam alguma mudanças no estilo de vida, sendo que o ideal seria fazer as mudanças necessária, de acordo com seu estado de saúde.

Palavras-chave: Adesão. Tratamento. Diabetes mellitus.

XAVIER, HOZANA MARIA XAVIER. **Adesão ao Tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2 em uma Determinada Unidades Básica de Saúde – UBS.** 2016. 35 p. Trabalho de Conclusão de Curso orientado pela Professora. MSc Cidianna Emanuely Melo do Nascimento. (Graduação em Enfermagem) – Faculdade do Médio Parnaíba - FAMEP. Teresina, 2016.

ABSTRACT

Adherence to diabetes mellitus type 2 diabetic patient basis by performance appropriate to treat Diabetes Mellitus. The patient with diabetes is essential to understanding this patient, the need for changes in lifestyle, assistant to compliance with drug therapy, taking as an example the balanced diet, which should be considering the economic and socio-cultural aspects. The aim of this study was to observe as being the accession process to the treatment of type 2 diabetes mellitus in a particular basic health units - UBS. This is a qualitative type research, field research, cross-sectional study that adherence to the treatment of diabetes mellitus type 2 is the observation and interpretation of the behavior of diabetic patients with regard to adherence to treatment of Type 2 Diabetes Mellitus , by applying a closed questionnaire and interview, applied only once. The results showed that among the modifiable risk factors which had higher prevalence were unhealthy diets and physical inactivity in 7 (46.6%) of respondents and 13 (86.6%) of respondents adhered to a change in lifestyle. In conclusion, patients are more adherent to drug therapy, and that changes in lifestyle, being more complex, are less common among patients, as 13 (86.6%) of patients only made some changes lifestyle, and the ideal would be to make the changes necessary, according to their health status.

Keywords: Accession. Treatment. Diabetes mellitus.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A1C ou HbA1c - Hemoglobina Glicada

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CE - Consulta de enfermagem

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAMEP - Faculdade do Médio Parnaíba

GJA – Glicemia de jejum alterada

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HDL- High Density Lipoproteins (proteína de alta densidade)

HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDF - Federação Internacional do Diabetes

IMC – Índice de massa corporal

LDL –C - Low Density Lipoproteins (proteína de baixa densidade)

MEV - Mudança do Estilo de Vida

NASF – núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PE - Processo de Enfermagem

PSF – Programa Saúde da Família

SAE – Sistematização da assistência de Enfermagem

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes

TDG – Tolerância diminuída à Glicose

TTG - Tolerância à Glicose Diminuída

UBS – Unidade Básica Saúde

USF - Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	13
2.1. Geral	13
2.2. Específicos	13
3. METODOLOGIA	14
3.1. Aspectos Éticos e Legais	14
3.2. Métodos de pesquisa	14
3.3. Cenário e participantes do estudo	15
3.4. Coleta de dados	15
3.5. Organização e análise de dados	16
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
4.1. Conceito	17
4.2. Epidemiologia	17
4.3. Rastreamento	18
4.4. Diagnóstico	18
4.5. Assistência de Enfermagem na atenção básica ao paciente com DM	20
4.6. Consulta de Enfermagem para acompanhamento da pessoa com DM	22
4.6.1. Histórico	22
4.6.2. Exame Físico	22
4.7. Prevenção e tratamento do DM tipo 2	23
4.8. Educação em saúde	25
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
6. CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS	
APÊNDICE	
ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é uma manifestação de etiologia multifatorial da falta de insulina e/ou da impossibilidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos e que se define, por hiperglicemia crônica com transtornos do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. O DM, a longo prazo acarreta a alteração e falha de diversos órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2001a).

Sendo uma das doenças crônicas anteposta em nível global, o diabetes, tem um impacto que consta a elevada prevalência, e influente morbidade resultante de complicações agudas e crônicas e elevados percentuais de hospitalizações e de mortalidade, gerando consideráveis prejuízos econômicos e sociais. O diabetes originou 4,9 milhões de mortes no planeta em 2014 e foi culpado por 11% do consumo total, com a saúde de adultos, gastos estimado em 612 milhões de dólares. Em território Brasileiro essa doença foi culpada por 5,3% de mortes acontecidas em 2011, com taxa de mortalidade de 33,7 óbitos entre cada 100 mil habitantes, embora tenha ocorrido a diminuição de 1,7% ao ano examinada no período 2000-2011 (ISER et al., 2015).

A letalidade por complicações agudas da doença, muitas vezes evitável pelo pronto atendimento, apareceu uma taxa de 2,45 óbitos a cada 100 mil habitantes em 2010, constando de 0,29 por 100 mil habitantes dentre os que tem idade inferior a 40 anos. Estabelecido pela Federação Internacional do Diabetes (IDF), se estimou que a quantidade de indivíduos com diabetes no mundo no ano de 2013 foi de 387 milhões de indivíduos sendo que 46% deles não tiveram diagnóstico prévio. Em direção a América Central e a América do Sul, essa estimativa era de 24 milhões de indivíduos podendo atingir 38,5 milhões em 2035 tendo um acréscimo traçado de 60%, sendo que na direção ao Brasil, uma cota estimada de, 11,9 milhões de casos, podendo chegar a 19,2 milhões em 2035 (ISER et al., 2015).

A adesão ao tratamento usa como significação clássica a extensão onde o comportamento do indivíduo condiz com a orientação médica abordando, por exemplo, ao uso da medicação, a continuidade de dietas, a mudanças no estilo de vida ou amparo de comportamentos que favoreça a saúde (BOAS; FOSS-FREITAS; PACE, 2014).

Envolvendo ao tratamento medicamentoso, a taxa de indivíduos em falência para usar a medicação de acordo com a prescrição médica altera de 7% a 64%. Pessoas que padecem de doenças crônicas com limitado ou nenhum sintoma tem mais predisposição a não adesão, da mesma maneira, a ausência de queixas físicas pode demonstrar ausência de motivação para a uso

das medicações, mas não ocorrendo com as doenças agudas e sintomáticas, no caso das pessoas com Diabetes Mellitus, particularmente a com o tipo 2 da doença, a adesão ao tratamento medicamentoso inclina – se a ser pouco em virtude do seu caráter assintomático, induzido à crença de que a medicação não é necessária (BOAS; FOSS-FREITAS; PACE, 2014).

A educação em saúde confirmada como parte importante no tratamento do paciente com diabetes mellitus e que o processo educativo viabiliza aos pacientes acesso a ferramentas para desenvolvimento de habilidades envolvidos no autocuidado, com olhar pra elevar o nível de conhecimento para o manejo da doença e a aprendizagem dessas habilidades é apontada como uma estratégia efetiva para o fortalecimento da motivação para a continuidade do plano alimentar, estímulo da atividade física, autocuidado em relação aos pés, efetuação regular da glicemia capilar no domicílio, prevenção dos episódios de hipoglicemia e das complicações crônicas, assim como o manejo da doença em situações especiais, contudo, sendo essencial, a inclusão da família como unidade de cuidado (CHAGAS et al., 2013).

A educação em diabetes é um seguimento permanente, que deve acontecer de maneira gradual, ininterrupta, interativa e adequada, relevando as características do educando nas mais variadas situações e ambientes, empregando táticas de atendimento individual e/ou em grupo. Esse seguimento viabiliza a formação de conhecimentos que induzam o autocuidado, impulsionando a autonomia dos pacientes, na expectativa de chegar a um bom controle metabólico e tendo como resultado uma vida mais saudável (CHAGAS et al., 2013).

O autocuidado conceituado como a prática de atividades, as quais os indivíduos fazem em seu próprio benefício na preservação da vida, saúde e bem-estar. Para essa prática a execução dela está essencialmente envolvidas com às habilidades, limitações, valores, regras culturais e científicas do próprio indivíduo. Apontado como um dos essenciais integrante no tratamento do diabetes, o autocuidado envolve a continuidade de um plano alimentar, a vigilância da glicemia capilar, a efetuação de atividades físicas, o uso apropriado da medicação e os cuidados com os pés (GOMIDES et al., 2013).

O presente estudo se justifica por verificar- se numa determinada unidade básica de saúde – UBS, no interior do Piauí, como está sendo realizada o processo de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos pacientes diabéticos do tipo 2, a qual deverá ser um processo contínuo, assim como observar o andamento na melhora da qualidade de vida desses pacientes, dentro do seu contexto socioeconômico, avaliando se a pessoa com diabetes mellitus tipo 2 tem a presença do autocuidado no dia a dia, se tem conhecimento sobre a sua doença e agravos, investigando o que o paciente absorveu das consultas do Sistema de

Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Hiperdia, o que está sendo aplicado no cotidiano deste determinado paciente, pontuando o nível de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso ofertado pela Unidades de Saúde da Família (USF).

Se houve compreensão por parte dos usuários da UBS da importante prevenção de complicações em pacientes com diagnóstico de DM, como também da mudança do estilo de vida (MEV).

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Observar como está sendo o processo de adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em uma determinada unidades básica de saúde – UBS.

2.2. Específicos

- Observar a abordagem dos fatores de risco dos usuários de Estratégia Saúde da Família - ESF na atualidade com Diabetes tipo 2.
- Definir o nível de conhecimento e entendimento dos pacientes sobre o controle da doença DM.

3. METODOLOGIA

3.1. Aspectos Éticos e Legais

A pesquisa, envolvendo seres humanos, teve início após autorização por meio do termo de consentimento da instituição, com assinatura e carimbo da enfermeira responsável pela UBS, Chapadinha Norte e Sul.

Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos sobre o estudo e seus objetivos. A cada participante foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE em duas vias a serem assinado pelo mesmo, sendo que uma via ficou com o participante e a outra com o pesquisador, respeitando a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo a confidência, a privacidade e a proteção de imagem dos entrevistados, onde estes estarão totalmente isentos de qualquer custo e livre a desistir ao qualquer momento de participar durante a coleta de dados.

3.2. Métodos de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa, pesquisa de campo, estudo transversal em que a adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2 é pela observação e interpretação do comportamento dos pacientes diabéticos em relação à adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2, existentes dentre os entrevistados deste estudo, através da aplicação de um questionário fechado e uma entrevista, aplicados somente uma vez.

Segundo Minayo (2001), a pesquisa qualitativa rebate a conteúdos muito particulares e atenta – se, nas ciências sociais, com nível de existência que não pode ser quantificado, assim ela ocupa-se com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes os quais são conjunto de fenômenos humanos percebido aqui como integrante da realidade social, por que o ser humano se diferencia não só pelo agir, também pelo pensar sobre o que faz e por interpretar suas atuações dentro e a partir da realidade vivida e dividida com seus semelhantes.

Segundo Minayo (2001), o universo da produção humana que podendo ser abreviado no mundo das relações, das representações e intencionalidades, sendo alvo da pesquisa qualitativa dificilmente demonstrados em números e indicadores quantitativos. Contudo não permanece um *continuum* entre abordagens quantitativas e qualitativas, como muitos indivíduos propõe, pondo uma hierarquia na qual pesquisas quantitativas tomariam em primeiro

lugar consistindo em ser “objetivas e científicas”. E quanto as qualitativas permaneceriam no final da escala como auxiliares e exploratório, sendo “subjetivas e impressionistas”.

3.3. Cenário e participantes do estudo

Os cenários da pesquisa, UBS Chapadinha Norte e Sul, a qual dispõem de duas equipes uma para região sul e outra para região norte, localizada em Rua Maria Jose de Sousa, 243 no bairro Chapadinha Norte na cidade de Esperantina no Estado de Piauí.

O município Esperantina localizado no estado do Piauí no Brasil, há uma população de 37.767 habitantes de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE senso 2010.

Os participantes do estudo corresponderam a 15 diabéticos, os quais foram 8 domiciliares e 7 nos dias de consulta de Hiperdia com pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2, cadastrados na USF Morro da Chapadinha norte e sul e que dispõem de duas equipes de saúde para atendimento das regiões norte e sul, de ambos os sexos. A seleção dos participantes teve como critérios de inclusão: pacientes cadastrados na USF chapadinha norte e sul, e terem diabetes mellitus tipo 2, além de concordarem a participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE. Já os critérios de exclusão caso apresentarem distúrbios mentais, ou qualquer outro problema que impossibilite de ser capaz de responder por seus atos. Além daqueles que não concordaram em assinar o TCLE.

3.4. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no mês de junho de 2016. Após as instruções sobre os objetivos e metodologia da pesquisa, com consequente assinatura do TCLE; os dados da pesquisa foram coletados diretamente com os pacientes por meio de um questionário fechado contendo 10 questões objetivas e entrevista, contendo 10 questões, criados pelo pesquisador desse estudo, Além disso, as suas questões avaliam à pessoa entrevistada sobre variáveis sociodemográfica dos sujeitos, ocorrências de orientações recebidas pelos pacientes acerca da Doença, identificação dos fatores de riscos do DM presentes, mudanças no estilo de vida adotados, presença de autocuidado com MMII e quanto à tomada da medicação.

3.5. Organização e análise de dados

As informações coletadas foram organizadas e analisadas, por meio das observações das respostas dos entrevistados. Utilizamos o cálculo da mediana, e porcentagem, para melhor apresentação dos resultados. E apresentação dos dados foram utilizados tabelas e quadros, para melhor visualização dos dados.

O IMC foi obtido por meio da razão peso/altura ao quadrado, e categorizado em: normal (IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m²), sobrepeso (IMC entre 25,0 e 29,9 kg/m²), e obeso (IMC ≥ 30,0 kg/m²).

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1. Conceito

O termo diabetes mellitus refere-se a um transtorno metabólico de etiologia heterogênea que varia os níveis de glicose no sangue caracterizando uma hiperglicemia crônica podendo ser causada por defeitos na secreção de insulina e/ou na sua ação, resultando em resistência insulínica (FERREIRA et al., 2011).

A DM pode se dividir em quatro classes as quais são: tipo 1, que se procede devido ao extermínio de células β -pancreáticas, podendo induzir a total ausência de insulina; tipo 2, ocorrida através do distúrbio progressivo na secreção de insulina; diabetes gestacional, quando a hiperglicemia é diagnosticada durante a gestação; Outros tipos específicos de diabetes, causada por defeitos genéticos na função da célula beta ou na atuação da insulina, doenças do pâncreas exócrino ou uso de drogas ocorrendo indução medicamentosa (MEDEIROS et al., 2014).

4.2. Epidemiologia

A prevalência do Diabetes mellitus continua aumentando alastrando-se em maior quantidade de pessoas acometidas nos países em desenvolvimento, sendo uma das principais doenças em saúde pública no mundo a nível global, estima-se que em 2030, 438 milhões de pessoas, terão a doença incluindo que 472 milhões de pessoas terão pré-diabetes, categoria clínica que envolve maior parte dos casos, para DM, em um período de 10 anos (MINAS GERAIS, 2013).

No Brasil estudos epidemiológicos marcam uma variação de 2% a 13% de pessoas com DM nas três últimas décadas. O predomínio de Diabetes na década de 80 na população brasileira era de cerca de 2%; em quanto na década de 90 do século passado deparou-se com um predomínio mais alto, variando entre 7% e 13%. Percebe-se que esses indicadores são muito superiores aos da Pesquisa de Saúde Mundial, efetuada em 2003, que identificou um percentual de pessoas com Diabetes de 6,2% (PETERMANN et al., 2015).

As regiões brasileiras integralmente no ano de 2008, a prevalência de DM entre mulheres foi elevada em comparação com os homens (a maior desigualdade entre os sexos foi na região Norte, a começar dos 60 anos). A região Sul apresentou prevalência mais elevada

entre as mulheres de 70 a 79 anos, cerca de 21,5%. Porém, considerando a mesma faixa etária, entre os homens, a maior prevalência foi registrada na região Centro-Oeste, cerca de 17,3%. Nos dois sexos, o diagnóstico da doença apresenta-se comum entre pessoas com idade mais avançada, atingindo de 1,0% das pessoas na faixa de 18 e 29 anos e mais de 10,0% das pessoas a partir do 60 anos de idade. Um estudo, realizado em 2010, encontrou prevalência de 14,9% e 15,8%, para homens e mulheres idosos, respectivamente (PETERMANN et al., 2015).

4.3. Rastreamento

Os parâmetros para o rastreamento de DM2 em pessoas com ausência de sintomas. O rastreamento deve ser efetuado em todas as pessoas que apresentam sobrepeso ($IMC \geq 25$ kg/m²) incluindo fatores de risco extra: Sedentarismo; parente em primeiro grau com diagnóstico de DM; Grupos étnicos com maior predisposição (afro-americanos, latinos, índios, asiáticos, moradores das ilhas do Pacífico); Mulheres com gestação prévia com feto com ≥ 4 kg ou com diagnóstico de DM gestacional; Hipertensão arterial sistêmica ($\geq 140/90$ mmHg ou uso de anti-hipertensivo (SOUSA et al., 2012).

O rastreamento deve ser efetuado em todas as pessoas que apresentam Colesterol *High Density Lipoproteins*- HDL ≤ 35 mg/dL e/ou triglicerídeos ≥ 250 mg/dl; Mulheres com síndrome dos ovários policísticos; Hemoglobina Glicada - HbA1c $\geq 5,7\%$, Tolerância diminuída à Glicose - TDG ou Glicemia de jejum alterada - GJA em exame prévio; Outras situações clínicas associadas à resistência insulínica (ex.: obesidade mórbida, acantose nigricante); História de doença cardiovascular. Na ausência dos parâmetros acima, o rastreamento do DM2 deve começar a partir dos 45 anos. Sendo normais os resultados, o rastreamento deve ser repetido a cada três anos, sendo com maior frequência dependendo dos fatores de risco iniciais (SOUSA et al., 2012).

4.4. Diagnóstico

Para o diagnóstico de DM é feito de início com a dosagem alterada da glicemia de jejum sendo que com os pacientes não diagnosticados com a doença o enfermeiro procederá em duas opções, o rastreamento (exames em pessoas assintomáticas) o qual consiste em requerer a glicemia de jejum em que o índice de massa corpórea - IMC for ≥ 25 + paciente com no mínimo mais um dos fatores de risco inclusos (SANTA CATARINA, 2015).

Paciente com no mínimo mais um dos fatores de risco inclusos - Hipertensão, sedentarismo, histórico familiar de diabetes, história anterior de diabetes gestacional ou bebê grande (> 4 Kg), história prévia de tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada, síndrome do ovário policístico e uma outra opção é a investigação clínica (com exame em pessoas apresentando sintomas): efetiva a glicemia capilar em pacientes que apresenta os sintomas tais como (poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso, alterações visuais de aumento súbito, problema de cicatrização, neuropatia diabética) e que não possuem critérios par a opção rastreamento. E proceder com a conduta de acordo com o resultado (SANTA CATARINA, 2015).

Recentemente são três os critérios adotados para o diagnóstico do DM com utilização da glicemia aos sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual ≥ 200 mg/dl. Entende –se por glicemia casual aquela feita a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições. Também para uso de critério a Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl(7 mmol/l) a qual em caso de pequenas elevações da glicemia, deve haver repetição do teste em outro dia para que seja confirmado o diagnóstico. Também incluído para diagnostico a Glicemia de 2 h pós-sobrecarga de 75 g de glicose ≥ 200 mg/dl (SBD, 2015).

Quadro 1 Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de diabetes mellitus e seus estágios pré-clínicos.

Categoria	Jejum*	2 h após 75 g de glicose	Casual**
Glicemia normal	< 100	< 140	
Tolerância à glicose diminuída	≥ 100 a < 126	≥ 140 a < 200	
Diabetes mellitus	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (com sintomas clássicos)***

FONTE: (SBD| 2015)

*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo 8 h.

**Glicemia plasmática casual é aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição.

***Os sintomas clássicos do DM incluem poliúria, polidipsia e perda não explicada de peso.

Nota: o diagnóstico do DM deve sempre ser confirmado pela repetição do teste em outro dia, a menos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM.

É verificado o diagnóstico do diabetes e/ou rastreamento por meio das manifestações clínicas mencionadas pelo paciente, histórico familiar e dos fatores de risco, como sedentarismo, tabagismo, obesidade, etc, e os profissionais de saúde podem se utilizarem dos exames laboratoriais, entre eles: glicemia de jejum e sumário de urina (FAEDA; PONCE DE LEON, 2006).

Após o diagnóstico de DM tipo 2 requerer o exame para a procura de proteinúria se diagnosticado DM tipo 1 será solicitado a posteriormente a 5 anos. Afora de diferentes motivos, a quantificação da proteinúria será acessória no tratamento do diabetes, assim como determina outros motivos de proteinúria, que carecem de tratamentos distintos. Sendo a investigação de proteína na urina negativa, passa a procura a presença de microalbuminúria. Para uma pesquisa breve há a existência de tiras em amostra de urina aleatória. Com a investigação positiva busca se, a procura de microalbuminúria e a dosagem de creatinina em amostra de urina. A microalbuminuria é um indicio da ocorrência da nefropatia, além de apontar os pacientes mais vulneráveis a retinopatia, doença cardiovascular, cerebrovascular e mortalidade (SÃO PAULO, 2011).

4.5. Assistência de Enfermagem na atenção básica ao paciente com DM

A assistência de enfermagem ao diabético será direcionada a antecipação de complicações, observação e acompanhamento de fatores de risco, e abordar quanto à prática de autocuidado. O enfermeiro tem como obrigações, em fazer a consulta de enfermagem, requerer exames e fazer a transcrição de fármacos de rotina em conformidade com os protocolos ou normas técnicas postas pela gestão municipal, compor táticas de educação em saúde e realizar encaminhamentos quando indispensável (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2010).

A Consulta de enfermagem- CE é uma metodologia adotada na prática de enfermagem ambulatorial e comunitária e deve seguir protocolos estabelecido para padronizar as ações no cuidado às pessoas com DM. CE a esse grupo de pessoas envolve ações como estratificar o risco cardiovascular; orientar mudanças no estilo de vida e tratamento não medicamentoso; verificar adesão e possíveis intercorrências ao tratamento; estabelecer junto à equipe estratégias que possam favorecer a adesão ao tratamento; e realizar o exame dos membros inferiores para identificação do pé em risco de acordo com as recomendações do ministério da saúde (SILVA et al., 2016).

O enfermeiro tem a oportunidade de conhecer a realidade do paciente ao realizar a CE, assim como promover táticas para o controle da glicemia e do peso e estimular a prática de atividade física regular e a adoção de dieta saudável. Destaca –se a necessidade de buscar um plano para a resolução dos problemas específicos apresentados pelas pessoas com DM e, no processo de enfermagem, CE pelo enfermeiro na atenção básica é fundamental na prevenção das complicações crônicas da doença, contudo incentivar dando continuidade ao examinar seus cuidados, revisar suas práticas ponderando sobre a melhor forma de fazê-los (SILVA et al., 2016).

A diabetes, hipertensão arterial, a dislipidemia, tabagismo são os principais fatores de riscos para as doenças cardiovasculares as quais destacam como a principal causa de morte no Brasil. Uma fórmula de previsão na população em geral da probabilidade de doença coronariana é calculada baseada nos resultados do Framingham Heart Study. É possível estabelecer o risco de infarto do miocárdio e angina do peito em dez anos, conforme com a faixa etária, sexo, valores de pressão arterial sistólica, valores da razão entre o colesterol total e a fração HDL, presença de tabagismo e diagnóstico de diabetes (KREUZBERG; AGUILAR; LIMA, 2016).

O DM se exhibe como um agravo crônico que pode iniciar sérios danos cardiovasculares em seus portadores. Para identificar inicialmente estes sinais e sintomas na atenção primária a saúde, utiliza-se no Brasil um instrumento nomeado de Escore de Framingham (KREUZBERG; AGUILAR; LIMA, 2016).

A CE se concretiza em conformidade com o Processo de Enfermagem (PE), como uma estratégia de resolução de problemas organizado para ajudar o enfermeiro a abordar de forma lógica as situações relacionadas a problemas reais ou potenciais de saúde. Estabelece diferentes eventualidades através do raciocínio clínico, portanto evitam conclusões precipitadas a respeito das necessidades do paciente. O PE é formado por etapas inter-relacionadas e dinâmicas: observação e coleta de dados (histórico); diagnóstico; planejamento dos cuidados; implementação da assistência e avaliação dos resultados. A sistematização da assistência de enfermagem- SAE é aprovada e aceita como um corpo de conhecimento que pode ser documentado e consultado por outros profissionais (CURCIO; LIMA; TORRES, 2009).

4.6. Consulta de Enfermagem para acompanhamento da pessoa com DM

4.6.1. Histórico

Avaliar a história pregressa do indivíduo identificando as informações socioeconômicas, afazeres, residência, emprego, escolaridade, lazer, religião, rede familiar, vulnerabilidades e potencial para o autocuidado; Precedentes familiares e pessoais como história familiar de diabetes, hipertensão, doença renal, cardíaca e diabetes gestacional; Lamúrias atuais, relato sobre o diagnóstico de DM e as intervenções ofertadas para o cuidado, tratamento precedente; Percepção do indivíduo perante a doença, tratamento e autocuidado; Uso de medicamentos que alteram a glicemia e diferentes dificuldades de saúde e apresentação de implicações colaterais; Estilo de vida: nutrição, sono e repouso, história de atividade física, higiene, funções fisiológicas; captação de fatores de risco como relato de tabagismo, etilismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo (BRASIL, 2013).

4.6.2. Exame Físico

O exame físico deve ser contemplado com a mensuração da Altura, peso, medida da cintura abdominal e índice de massa corpórea (IMC); aferição da pressão arterial com a pessoa sentada e incluindo medida em posição deitada; Alterações de visão; Exame da cavidade bucal, com vigilância para a apresentação de gengivite, problemas odontológicos e candidíase; Obtenção da frequência cardíaca e respiratória e ausculta cardíaca e pulmonar; Inspeção da pele com atenção da sua integridade, turgor, coloração e manchas; Observar em membros inferiores as unhas, presença da dor, aparecimento de edema, pulsos pediosos e lesões; Competência de flexão e extensão, restrições de mobilidade e edemas ao avaliar as articulações do corpo; ao inspecionar pés observar quanto o aparecimento de bolhas, alterações de sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas; Durante a avaliação ginecológica, quando pertinente, atenção à presença de candida albicans (BRASIL, 2013).

A Implementação consistindo em informar sobre a doença, assim como sobre as medicações utilizadas nos horários determinados, doses, efeitos colaterais do medicamento, orientações quanto a alimentação e no domínio dos hábitos de vida não benéficos a saúde como tabagismo, etilismo, estresse, sedentarismo; orientando quanto na percepção do aparecimento de complicações e orientações nas situações de sinais de hipoglicemia; cuidados indispensáveis

com os pés diabéticos; o enfermeiro devendo requerer exames de acordo com o protocolo e procurando motivar a prática de atividade física conforme as limitações individuais dos pacientes e encaminhamento dos pacientes que carecem de avaliação da cirurgiã dentista. E incitar os pacientes a participação em grupos educativos (RIBEIRO et. al., 2015).

4.7. Prevenção e tratamento do DM tipo 2

A prevenção do DM tipo 2 poderá ser por táticas farmacológicas e inclusivamente as não - farmacológicas. Nos pacientes com tolerância diminuída à glicose, caminhada de 30 minutos por dia durante cinco dias semanais e redução de 5% do peso corporal previne o DM tipo 2 num percentual de 58% dos pacientes, recentemente considerado tal forma mais eficaz. O estilo de vida dos idosos está profundamente atrelada à incidência do DM tipo 2. Nos indivíduos pré-diabéticos a prevenção ainda se poderá ser feita com medicações, sendo aconselhado o uso de metformina, tal medicamento previne a evolução para DM tipo 2 em 31%, de acarbose, em 25%, e de orlistat, em 45% das ocorrências (WEINERT; CAMARGO; SILVEIRO, 2010).

Para o tratamento do DM nos utilizamos das seguintes táticas mencionadas: a educação, modificações do estilo de vida que adotam a cessação do fumo, aumento da atividade física e modificação dos hábitos alimentares e se inevitável o uso de medicamentos (SBD, 2000).

Com um bom balanceamento energético e a permanência do peso corporal apropriado, sustentados mediante adoção de uma dieta balanceada e da realização da atividade física feita regularmente são táticas indispensáveis na prevenção e tratamento do DM. Para os pacientes diabéticos uma dieta com elevado conteúdo de fibra alimentar, pelas fibras diminuam a agilidade de absorção da glicose em meio intestinal, colaborando para o controle glicêmico e avançando na melhoria do perfil lipídico (COSTA et al., 2011).

Contudo a diminuição da ingestão de gorduras, principalmente as saturadas e as trans, opostas aos máximos conteúdos de ácidos graxos ômega-3 da dieta, ajudam na prevenção das complicações vasculares do DM, beneficiando a perda de peso e o ajustamento dos graus sanguíneos de lipídios, a colaboração dos micronutrientes no risco de diabetes embora não bem esclarecida, e que ainda se sugeri que tais micronutrientes atingem diretamente a glicemia e o metabolismo de insulina (COSTA et al., 2011).

É papel do enfermeiro a transcrição de remédios, quando está ocorrendo a consulta de enfermagem, usualmente à pacientes diabéticos e hipertensos concomitantemente como o AAS

de 100mg, Anlodipina de 5 mg, Captopril de 25 mg, Enalapril de 5mg e 10 mg, Furosemida de 40 mg, Glibenclamida de 5 mg, Hidroclorotiazida de 25 mg, insulina NPH e Regular seguindo a prescrição médica, Metformina de 500 e 850 mg, Metildopa 250mg, Propranolol 40mg (PIAUI, 2012).

Quadro 02 Antidiabéticos orais disponíveis no Brasil

Medicamento	Mecanismo de ação	Contra-indicações	Efeitos indesejáveis	Outros efeitos benéficos
Sulfoniluréia	Aumento da secreção de insulina	Gravidez, lactação, insuficiência renal e hepática grave	Hipoglicemia e ganho de peso	
Metiglinida	Aumento da secreção de insulina	Gravidez, lactação, insuficiência renal e hepática grave	Hipoglicemia leve e ganho de peso discreto	
Biguadina	Reduz a produção de glicose com menor ação sensibilizadora da ação da insulina	Gravidez, lactação, insuficiência renal, cardíaca, hepática, pulmonar e risco aumentado de acidose láctica	Desconforto abdominal, diarreia e náuseas	Diminuição de eventos cardiovasculares, melhora do perfil lipídico e diminuição do peso
Inibidores da α -glicosidase	Retardo da absorção de carboidratos	Gravidez, lactação, doença intestinal inflamatória e grave	Desconforto abdominal, diarreia e flatulência	Diminuição de eventos cardiovasculares e melhora do perfil lipídico

		insuficiência hepática e renal		
Glitazonas	Aumento da sensibilidade a insulina em músculos, hepatócitos e adipócitos	Gravidez, lactação, insuficiência hepática e insuficiência cardíaca das classes III e IV	Edema, anemia e ganho de peso	Melhora do perfil lipídico, redução da gordura hepática

Fonte: (LOPES et al., 2012)

4.8. Educação em saúde

A educação com o diabetes é interessante por conta que os pacientes se sintam mais seguros, favorecem ótimos controles metabólicos, conduz com a diminuição dos custos com o tratamento e resguarda em oposição a prática profissional imprópria (BRASIL, 2001b).

A educação em saúde viabilizando habilitação e ações transformadoras que influencia mudança de pensamentos e ações, se empregando bem às doenças crônicas, a exemplo, ressalta o diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Unido a um aprendizado social, baseada no diálogo e na troca de saberes concedendo a compreensão do processo de promoção da saúde, a troca entre saber científico e popular contribuindo as pessoas a se manterem saudáveis e aos seus familiares por meio da obtenção de informação e oportunidades que permitam fazer escolha por uma vida mais saudável (FRIGO et al., 2012).

Quanto às formas de educar em saúde, predominaram menções às orientações e informações individuais oferecidas em consultório, e atividades educativas coletivas que são desenvolvidas através de palestras, reuniões e passeios com a população. No entanto, o objetivo principal da educação em saúde não é somente de informar para a saúde, mas de transformar os saberes existentes no contexto (DIAS; LOPES, 2013, p. 453).

Uma educação apropriada referente ao tratamento medicamentoso pede a exposição do nome do medicamento, a finalidade, o esquema de administração, efeitos adversos ou colaterais e instruções para situações especiais, e que a essa exposição, envia-nos à valorização do profissional enfermeiro visto que este desenvolve uma prática singular de educação em saúde pretendendo a promoção da adesão ao tratamento, assim como a diminuição dos riscos envolvidos ao uso inapropriado dos medicamentos (LIBERATO et al., 2014).

A percepção da abordagem educativa deve juntar os aspectos subjetivos e emocionais que induzam na adesão ao tratamento, dirigindo-se além dos processos cognitivos. Em conclusão basicamente a educação em saúde leve em consideração a realidade e a vivência dos pacientes, uma vez que na maioria das vezes as informações em saúde sendo apresentadas de maneira vertical, não concedendo maior participação dos pacientes e sem valorizar o que esses já sabem e o que gostariam saber. Uma percepção que pretende transformar o sujeito que adquire uma posição passiva no gerenciamento de seu tratamento em um indivíduo participativo (PÉRES et al., 2007).

A visita domiciliar é um atendimento indispensável desenvolvido pelo PSF, e também sendo instrumento de melhores atuações para a universalidade, integralidade, equidade, acesso e continuidade, as quais são desenvolvidas na atenção primária. Concretizada pela equipe de saúde atuantes no Programa Saúde da Família - PSF por meio de condições especiais, comumente dar-se pelo agente comunitário de saúde (ACS) identificando limitados ao leito ou determinação de pacientes com alguma deficiência ou mesmo a mental, puérperas e idosos, pacientes com Hipertensão arterial sistêmica - HAS e/ou DM tipo 2 com problemas para deambular (PAIVA et al., 2012).

Através da observação, podemos constatar que o bom controle metabólico e a manutenção da capacidade funcional dos pacientes hipertensos e diabéticos não estão somente correlacionados ao domínio de parâmetros clínicos ou pela instituição da terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa estrita. Mas associa-se principalmente a qualidade do cuidado dispensado pelas famílias a estes doentes, que por vezes beira a negligência. Devendo o enfermeiro possuir, ou pelo menos vir a desenvolver, habilidades e competências que o permitam intervir no domicílio que tem sua dinâmica familiar modificada pela doença de um de seus entes (PAIVA et al., 2012, p. 24).

De maneira integrante, a visita domiciliar permite anexação de informações, habilidades e importâncias com o processo de dialogar, e auxilia a conseguir a excelência no cuidado, pois as precisões dos clientes são estudadas continuamente, a assistência em domicílio pode aperfeiçoar os saberes do indivíduo sobre a patologia, mudar as atitudes psicológicas, influenciar a mudança de comportamento em conjunto com a dieta e atividade física e, resultar numa boa melhora no controle glicêmico e a condição de vida (TORRES; ROQUE; NUNES, 2011).

Contudo estimulando habilidades e melhorando as atividades educativas para a autogerenciamento do cuidado. O grande valor da visita domiciliar releva pelo motivo de que bastantes pessoas diabéticas arcam barreiras de acesso aos serviços de saúde por vários fatores, os quais como a extensão entre o local de moradia e os serviços que prestam atendimento; a restrição física; os gastos financeiros que estes deslocamentos importam e os diabéticos não

conseguem arcar; e a incapacidade de vagas nos serviços, originando uma demanda ineficaz (TORRES; ROQUE; NUNES, 2011).

Para Smeltzer et al. (2009) citado por Santos; Santos; Silva (2012), a educação é um artifício que envolverá os diabéticos para o autocuidado, assim como o familiar que também é envolvido de forma a observar no tratamento. O paciente será instruído a questões das habilidades de reconhecer, tratar e prevenir complicações em relação aos cuidados com os pés. São cuidados que constam: Inspeção diária dos pés para constatar manchas avermelhadas, edemas, cortes, bolhas e mudanças na temperatura dos pés; lavagem diária dos pés higienizando os pés em água morna, uma boa secagem entre os artilhos e quanto a temperatura da água não verificá-la com os pés, usar um termômetro ou o cotovelo; dar continuidade a uma pele macia e hidratada com passagem de loção hidratante nas áreas superior e inferiores, nunca entre os artilhos; utilizar para amaciar calos e calosidades pedra-pome; cortar as unhas dos pés em de forma reta e arredondar – las com lixa de unha; andar sempre com calçados e usar calçados confortáveis; proteger os pés contra o calor e o frio;

Para Smeltzer et al. (2009) citado por Santos; Santos; Silva (2012), realizar movimentos com os artilhos e os tornozelos para cima e para baixo durante 5 minutos por 2 a 3 vezes ao dia, evitar cruzar pernas com maior duração de tempo, fugir da prática do fumo; requerer inspecione seus pés pelo médico com pés descalços para constatação de problemas graves considerando que pode não apresentar dor quando tiver uma lesão; buscar seu médico na ocorrência de corte, úlcera, bolha ou equimose não começar a cicatrizar depois de um dia, não se automedicar, usando remédios caseiros ou populares para tratamento dos pés.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos foram originados, pela identificação dos fatores de risco, e quais MEV estão sendo realizadas no cotidiano pelos participantes da pesquisa. Assim como o conhecimento sobre o controle da doença dentre os entrevistados.

A pesquisa mostrou que houve maior concentração do gênero feminino (53%) do gênero masculino (47%), onde a idade variou de 56-73 anos nas mulheres, com a mediana de 64 anos, e de 35-78 anos nos homens, com a mediana de idade de 61 anos e em maioria se consideravam de cor parda 11 (73,3%) dos pacientes, sendo que 4 (26,6%) de cor branca e 1 (6,6%) negra.

Tabela 1 Características sociodemográficas dos participantes:

Sexo	8 Feminino	(53%)
	7 Masculino	(47%),
Idade	Média de 64 anos, em mulheres	
	Média 61 anos nos homens	
Escolaridade	5 Não estudaram	33,3%
	9 Nível Fundamental (1° a 8° serie)	60%
	1 Nível Médio completo	6,6%
Ocupação	10 são do lar	66,6%
	3 Lavrador	20%
	1 vigia	6,6%
	1 paneleiro	6,6%

Em relação à ocupação, demonstrou que a maioria não trabalham e vivem em casa, e 4 (26,6%) dos pacientes eram ativos. Quanto ao estado civil 8 (53,3%) são casados e 4 (26,6%) solteiro, 2 (13,3%) viúvos, 1 (6,6%) união estável. Em relação à escolaridade o percentual maior, foram alfabetizados. A renda familiar dos entrevistados, 3 (20%) dos pacientes sobrevivem com menos de um salário mínimo, 12 (80%) pacientes recebiam entre 1 e 3 salários mínimo, no geral, por aposentadoria. Quanto aos fatores de risco para DM tipo 2 prevaleceu

predisposição genética, por relatos dentre os participantes deste estudo de que tem e/ou tiveram parentes de primeiro grau, podendo ser pai, mãe e irmãos com Diabetes mellitus.

Segundo Lyra et al. (2006), podendo estar presentes fatores como idade, histórico familiar, do meio de fatores não modificáveis, na prática os que devem ser alvo de intervenção são os fatores modificáveis para o DM2, ressaltam - se a obesidade e fatores dietoterápicos, o sedentarismo, bem como o tabagismo. Além disso podem estar adjuntos o Stress psicossocial e episódios depressivos maiores favorecendo ao aumento de risco para DM2.

Tabela 2 Fatores de risco do DM tipo 2 encontrados nos participantes da pesquisa:

Fator de risco	Nº pacientes	%
Predisposição genética para DM	9	60%
Alimentação não saudável (consumo de frituras, enlatados)	7	46,6%
Sedentarismo	7	46,6%
Fumo	1	6,6%
Excesso de peso	4	26,6%
Obesidade	6	40%
Etilismo	1	6,6%
Situações estressante no dia a dia	5	33,3%
Relato de colesterol alto	5	33,3%

Já nos resultados encontrados aos fatores de risco, alimentação não saudável e sedentarismo destacaram se em segunda posição. Em relação à alimentação contavam que ingeriam frituras, e ou que esporadicamente ingeriam comida enlatada como integrante de sua alimentação. Chegando –se aos mesmos valores, o fator sedentarismo, com 7 (46,6%) dos entrevistados e fator alimentação não saudável, 7 (46,6%) dos entrevistados.

Segundo Cotta et al. (2009), acentua que o consumo de uma alimentação adequada é considerável para que o controle do diabetes e da hipertensão seja alcançado. É essencial mudanças dos hábitos alimentares, concedendo um melhor controle metabólico, do peso corporal e da pressão arterial. Porém, como esses hábitos comumente tem suas origens ligadas

dentro do núcleo familiar, ainda na infância, os mesmos são difíceis de serem modificados, tornando a intervenção pelo nutricionista considerável, com objetivo à conscientização e ao empoderamento da população, considerando os aspectos psicológicos, socioculturais, educacionais e econômicos.

Terceiro fator de risco com maior porcentagem se destacou- se a obesidade com 6 (40%) dos entrevistados com ($IMC \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$), sendo que foi obtido pelo cálculo do IMC, ao questionar a altura e o peso e quando não sabiam relatar, foi feita a busca da altura e peso pelo o que constava na ficha do paciente pela sua última consulta no postinho de saúde. Já o excesso de peso com um IMC entre ($25,0$ e $29,9 \text{ kg/m}^2$) foram 4 (26,6%) dos entrevistados seguindo para quarta posição.

Na quinta posição as situações estressantes no dia a dia, no geral, por algo que interfere no estado emocional. Com 5 (33,3%) dos pacientes relatavam por situações estressantes em seu cotidiano. Além disso, na mesma posição do estresse outro também fator de risco, que sobressaio foi o relato de colesterol alto 5 (33,3%), nos últimos exames analisados pelo seu médico. Os pacientes que tem o habito do consumo de bebidas alcoólicas e o habito de fumar ocuparam a sexta e última posição dentre os fatores investigados os quais representaram 1(6,6%) dos pacientes, assim como fumo, 1(6,6%) dos entrevistados. Indicando que esses hábitos são menos comuns entre os diabéticos deste estudo.

Segundo Lessmann; Silva; Nassar (2011), na vida do ser humano, coexistir com o estresse tornou-se fato inevitável, pois estes estímulos inusitados, os quais podem ser por motivação ameaçadora ou negativa como a dor, a doença, o medo, a perda e a luta, ou por motivações de cunho positivo como o casamento, o nascimento de filhos, viagens ou promoções no trabalho acarreta ao desequilíbrio da homeostase corporal com a liberação de hormônios geradores de respostas.

Segundo Lessmann; Silva; Nassar (2011), ao ser exposto a situações que causam abalos emocionais, tanto momentâneos como também crônicos, desequilibra a homeostase e induzindo respostas corporais. A liberação hormonal vinculada ao estresse leva na mobilização de ácidos graxos, aumentando o acúmulo de gordura visceral e, por decorrência podem aumentar a resistência à insulina e assim como o risco de exposição a agravos como as doenças cardiovasculares.

Nas entrevistas no geral os pacientes mencionaram que diante do diagnóstico de DM tipo 2, houve relativamente informações sobre a doença 12 (80%) dos entrevistados os relatos foram:

- ✓ Que eles tinham o diabetes;
- ✓ Que o diabetes estava aumentado;
- ✓ O açúcar no sangue estava aumentado;
- ✓ Que precisariam de tomar medicação para controle;
- ✓ Ingerir pouco (arroz) carboidrato;
- ✓ E diminuir nos óleos.

São pacientes que pela linguagem coloquial, tem de maneira moderada noções de que a doença, diabetes, precisam de medidas que se restringiam à: que tinha uma doenças crônica o diabetes, a qual se manifesta por hiperglicemia, que o uso da medicação é indispensável para o controle o DM, assim como reduzir o consumo de carboidratos o qual converte – se rápido em glicose e a redução de gorduras.

Pequeno percentual relataram que não obtiveram informações satisfatórias diante do diagnóstico os quais são 3 (20%) dos entrevistados, os relatos foram:

- ✓ Que só disseram que tinha que tomar remédio e que o diabetes estava aumentado.

Já no que se refere a orientações repassadas para mudança no estilo de vida os pacientes receberam orientações para dieta balanceada, perda de peso, suspensão do fumo, parar de ingerir bebidas alcoólicas, pratica de atividade física, observou-se que os que receberam orientações sobre a dieta balanceada, 12(80%) dos entrevistados, nem sempre tinham como prioridade na mudança em seu estilo de vida à dieta balanceada e sim preocuparam se, em fazer uma atividade física, 9(60%)dos entrevistados, a escolha no geral foi a da caminhada para essa mudança deseja pelo paciente, um indivíduo diabético o qual é Etilista não adotou nenhuma das orientações adquiridas. 13 (86,6%) dos pacientes aderiram a alguma mudança no estilo de vida. Avistados no quadro 3.

Quadro 3 Orientações recebidas sobre MEV X MEV adotadas pelos pacientes

Orientações recebidas sobre MEV	MEV adotadas pelos pacientes
12(80%) dos pacientes sobre dieta balanceada	2(13,3%) pacientes fazem dietas balanceadas
4(26,6%) dos pacientes para perda de peso	1(6,6%) paciente faz caminhada para perder peso
1(6,6%) dos paciente para suspensão do fumo	1(6,6%) Adesivos de nicotina

1(6,6%) dos paciente para parar de ingerir bebidas alcoólicas	0(0%) dos pacientes
1(6,6%) dos paciente para pratica de atividade física	9(60%) pacientes fazem caminhada

Quanto a orientações do uso correto da medicação a maioria dos entrevistados responderam que sim, alguns relataram o horário da tomada e outros eram auxiliados na hora da tomada por parentes, sendo 13 (86,6%) dos pacientes aderiram a medicação. Mas houve relatos da ocorrência de esquecimentos e/ou que tomavam a medicação algumas horas depois, em minoria 2 (13,3%) dos paciente.

Segundo Silva et al. (2015), percebeu-se quanto a adesão medicamentosa os fundamentais pretextos da não aderência eram porque esqueciam da tomada do medicamento assim como a perda do horário de uso do mesmo. Diferentes aspectos indicados pela literatura que interferem na ação da não adesão aos antidiabéticos orais, são a escolaridade, a ocupação, a renda familiar, as relações familiares, os grupos sociais de apoio, o estresse e entre diversos.

Ao serem questionados se fazem o monitoramento pela glicemia capilar 4 (26,6%) dos pacientes falaram, que fazem quando buscam no postinho de saúde, 1 (6,6%) faz em casa, deduzido que em grande parte dos pacientes com DM tipo 2 dificilmente fazem o monitoramento de sua glicemia.

Quando questionados sobre se sabe reconhecer sinais e sintomas de hipoglicemia, 4 (26,6%) pacientes sabem reconhecer, foram citados:

- ✓ A fraqueza;
- ✓ Tontura;
- ✓ Dor de cabeça.

Houveram 13 (86,6%) dos pacientes ao ser questionados sobre a presença em palestra sobre DM nos postinho, responderam que não, porém sempre comparecem uma vez no mês nas consultas nos dias de Hiperdia, e recebem orientações de saúde dos profissional da USF, 1 (6,6%) dentre os entrevistados falou que foi recentemente na palestra ministrada na casa da comunidade, na vila da solidariedade pelos profissionais da USF Morro da Chapadinha Note e Sul. 1 (6,6%) recebia visita em domicilio pela equipe de saúde. Assim percebe se que a maioria tem a presença nas consultas de Hiperdia, constatando –se que 15 (100%) dos entrevistados são atendidos pelas equipes de saúde, mas quanto a palestras educativas, deixam a desejar.

Segundo Alves; Calixto (2012), a adesão ao tratamento associa as ações e comportamentos referente ao paciente clínico, envolvendo consultas, palestras, grupos de apoio, utilização correta das medicações e prática de exercícios. Em que são ações e comportamentos definidas como complementares do comportamento do paciente em todos os aspectos, conciliando todos à sua volta como familiares e amigos e influenciado por sua cultura.

O autocuidado com os pés e membros inferiores foi notado nos 15 pacientes entrevistados pela questão da observação que estes inspecionavam diariamente sua pele, quanto à integridade da pele, e notações de desconfortos nas pernas ou pés, o que daria possibilidade de outras perguntas que deveriam ser feitas durante a consulta com Dm tipo 2 para avaliar a gravidade do quadro, sendo assim identificariam, sintomas indicativos do pé diabético. Já quanto ao corte adequado das unhas de maneira retilínea a maioria desconhece, e quanto ao tipo de sapado em geral ganharam espaço os confortáveis e chinelos.

Segundo Carvalho; Carvalho; Martins (2010), o pé diabético, tem seu desenvolvimento na fase crônica da doença e que causa amputação dos membros inferiores, ocasionada de gangrenas e/ou infecção severa. Tal situação evolui silenciosamente, o que demanda do paciente conhecimento para impedi este agravo. As ulcerações nos pés originam de rotinas inadequados como andar descalço, uso de sapatos apertados, corte inadequado das unhas e pequenas dermatoses a exemplo as micose, rachaduras, calos e deformidades dos pés. Consisti em fatores que não refletem grandes problemas, como também não causam maiores impactos às pessoas saudáveis, porém nos diabéticos podem acarretar significativos agravos.

Quadro 4 Andamento da adesão ao tratamento possibilitados pelos itens, aos entrevistados:

Nº	Item	Nº pacientes	%
1	Tomada da medicação nos horários sem esquecimentos	13	86,6%
2	Monitoramento da glicemia	5	33,2%
3	Alguma mudança no estilo de vida	13	86,6%
4	Autocuidado com os pés e membros inferiores	15	100%

Nos itens investigados temos dois que estão em percentuais mais baixos o monitoramento da glicemia (33,2%) e Reconhece sinais de hipoglicemia (26,6%). No geral, para fazer o monitoramento da glicemia teria que ser no postinho de saúde, pois somente um dos paciente tinha o Glicômetro em casa. Os pacientes vão no posto e comumente não procuram

fazer a glicemia capilar. Pois interessavam –se por, marcações de consultas médicas e de enfermagem, realização de exames, recebimento de medicações.

O nível de conhecimento e entendimento dos pacientes sobre o controle da doença DM teve de acordo com os itens a seguir:

- ✓ Diante do diagnóstico de DM tipo 2, houve relativamente informações sobre a doença, 12 (80%) dos entrevistados;
- ✓ Prática de alguma MEV, com 13 (86,6%).
- ✓ Tomada da medicação nos horários sem esquecimentos 13 (86,6%).

Segundo Beltrame et al. (2012), revela – se a cargo dos profissionais os quais atendem a esses pacientes para deixar a prática prescritiva fundamentada na comunicação de informações propostas à mudança de comportamento, que frequentemente não acontece, para uma prática educativa que tenha como finalidade a autonomia do paciente para que possa aderir ao autocuidado impedindo as complicações. Por esse motivo, necessita -se da interação enfermeiro - paciente com a intenção de que se estabeleça um vínculo de confiança e colaboração na aderência a terapêutica e especialmente a participação ativa do diabético na construção do planejamento do mesmo.

6. CONCLUSÃO

Com a realização do estudo pôde-se concluir que os paciente com diabetes mellitus tipo 2, mostram –se mais adesão ao tratamento medicamentoso do DM tipo 2, do que, o não medicamentoso, ou seja as MEV as quais existem barreiras culturais e econômicas, pois os que faziam alguma mudança, necessitaram de outras MEV, em contrapartida com os fatores de risco encontrados, o qual beneficiaria a sua saúde, trazendo melhores controles glicêmicos. Contudo esses pacientes sabem da importante mudança no estilo de vida, assim como a tomada da medicação nos horários sem esquecimentos e que são comportamentos que beneficiam a sua saúde, apesar de estarmos, ainda em processo para a tão desejada adesão ao tratamento do DM.

Os pacientes com diabetes tipo 2, são acompanhados por uma equipe multiprofissional, para cada região norte e sul, nos quais inclui enfermeiro, técnico de enfermagem, agente de saúde, médico, e dispondo dos profissionais do Núcleo de apoio à saúde da família - Nasf.

A relevância desse estudo dar-se-á por observar no geral o conhecimento e compreensão dos entrevistados sobre o controle do Diabetes mellitus tipo 2, da se, assim espaço para a busca, de melhores controles glicêmicos, cuidando da sua saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, B. A; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J Health Sci Inst**, v. 30, n. 3, p. 255-260, 2012. Disponível em: < http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03_jul-set/V30_n3_2012_p255a260.pdf >. Acesso em: 15 março 2016

BELTRAME, V. et al. A convivência com diabetes mellitus tipo 2. **Saúde Meio Ambient**, v. 1, n. 1, 2012. Disponível em: < <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/viewFile/170/258> >. Acesso em: 15 março 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Caderno de Atenção Básica, 7 - Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus: protocolo**. Brasília: ministério da saúde, 2001a. 96 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf>. Acesso em: 11 março 2016.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. 1ª ed. Brasília – DF: ministério da saúde, 2013. 160 p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf >. Acesso em: 23 agosto 2015.

CARVALHO, R. P.; CARVALHO, C. P.; MARTINS, D. A. Aplicação dos cuidados com os pés entre portadores de diabetes mellitus. **Cogitare Enferm**, v. 15, n. 1, p. 106-109, 2010. Disponível em: < <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/17180/11315> >. Acesso em: 15 junho 2016.

CHAGAS, I. A. et al. Conhecimento de pacientes com diabetes sobre tratamento após cinco anos do término de um programa educativo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 5, p. 1141-6, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1137.pdf >. Acesso em: 14 março 2016.

COSTA, J. et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 2001-2009, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300034 >. Acesso em: 11 agosto 2015.

COTTA, R. et al. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. **Rev. Nutr**, v. 22, n. 6, 2009. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000600004 >.
Acesso em: 15 março 2016.

CRESP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo - **Guia para a prática: Processo de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2015. 113 p. Disponível em: < <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf> >. Acesso em: 11 agosto 2015.

CURCIO, R.; LIMA, M. H. M.; TORRES, H. C. Protocolo para consulta de enfermagem: assistência a pacientes com diabetes melittus tipo 2 em insulinoterapia. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 552-7, 2009. Disponível em:
<<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/7987/6998>>.
Acesso em: 11 de maio 2016.

DIAS, G. A. R.; LOPES, M. M. B. Educação e saúde no cotidiano de enfermeiras da atenção primária. **Rev Enferm UFSM**, V. 3, N. 3, P. 449-460, 2013. Disponível em: < Disponível em: <
http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1860/pdf_713 >. Acesso em: 15 março 2016 >. Acesso em: 15 março 2016

FAEDA, A.; PONCE DE LEON, C. G. R. M. Assistência de enfermagem a um paciente portador de Diabetes Mellitus. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 6, p. 818-21, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a19.pdf> >. Acesso em: 16 maio 2016.

FRIGO, L. F. Ação educativa interdisciplinar para pacientes com diabetes na atenção básica: uma revisão bibliográfica. **Rev Epidemiol Control Infect**, v. 2, n. 4, p. 141-143, 2012. Disponível em: <
<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/2743/2378> >. Acesso em: 15 junho 2016.

FERREIRA, L. T. et al. Diabetes Melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**. Santo André (SP), Brasil, v. 36, n.3 p. 182 – 188, 2011. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n3/a2664.pdf> >. Acesso em: 12 março 2016.

GOMIDES. D. S. et al. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 3, p. 289-93, 2013. Disponível em: < http://www.redalyc.org/pdf/3070/307027354014_5.pdf >. Acesso em: 14 março 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações estatísticas Esperantina**. Disponível em:<

<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=220370&search=piauil|esperantina>>. Acesso em: 11 outubro 2015.

ISER, B. P. M. et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 305-314, 2015. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00305.pdf>>. Acesso em: 23 março 2016.

KREUZBERG, J T. N.; AGUILAR, A. M. M.; LIMA, M. M. Riscos para complicações cardiovasculares em portadores de diabetes mellitus. **REV ENFERM UFSM**, v. 6, n. 1, p. 93-101, 2016. Disponível em: < <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/viewFile/17724/pdf>>. Acesso em: 17 agosto 2015.

LESSMANN, J.C.; SILVA, S. D. M. V.; NASSAR, S. M. Estresse em mulheres com diabetes mellitus tipo 2. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 451-6, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a07.pdf> >. Acesso em: 26 junho 2016.

LOPES, V. et al. Farmacologia do diabetes mellitus Tipo 2: antidiabéticos orais, Insulina e inovações terapêuticas. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 9, n. 4, p. 69 - 90, 2012. Disponível em: < <https://revistas.ufg.emnuvens.com.br/REF/article/viewFile/18918/13049>>. Acesso em: 14 maio 2016.

LYRA, R. et al. Prevenção do diabetes mellitus tipo 2. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 50, n. 2, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abem/v50n2/29307.pdf> >. Acesso em: 27 março 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção à Saúde do Adulto. **Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes mellitus e Doença Renal Crônica** – Diabetes mellitus. 3º ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013. p. 95. Disponível em: < <http://docplayer.com.br/14087667-Atencao-a-saude-do-adulto-linha-guia-de-hipertensao-arterial-sistematica-diabetes-mellitus-e-doenca-renal-cronica.html> >. Acesso em: 11 março 2016.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. MINAYO, M. C. S (org). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis, RJ: vozes, 2001. Disponível em: < <http://www.mobilizadores.org.br/wp-content/uploads/2015/03/MINAYO-M.-Cec%C3%ADlia-org.-Pesquisa-social-teoria-m%C3%A9todo-e-criatividade.pdf> >. Acesso em: 14 maio 2016.

OLIVEIRA, G. K. S.; OLIVEIRA, E. R. Assistência de enfermagem ao portador de diabetes mellitus: um enfoque na atenção primária em saúde. **VEREDAS FAVIP - Revista Eletrônica de Ciências**, v. 3, n. 2, 2010. Disponível em: <

<http://veredas.favip.edu.br/ojs/index.php/veredas1/article/download/96/209>>. Acesso em: 11 maio 2016.

PAIVA, P.C. et al. Visita domiciliar pelo enfermeiro no controle da hipertensão e do diabetes. **Revista Saúde em Diálogo**, Fortaleza, v. 3, n. 1, p. 07-26, 2012. Disponível em: < searchgate.net/publication/258520734_VISITA_DOMICILIAR_PELo_ENFERMEIRO_NO_CONTROLE_DA_HIPERTENSAO_E_DO_DIABETES >. Acesso em: 26 agosto 2015.

PERES, D. et al. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 6, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000600008&script=sci_arttext&tlng=pt >. Acesso em: 14 maio 2016.

PETERMANN, X. et al. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 49-56, 2015. Disponível em: < <http://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/viewFile/14905/pdf> >. Acesso em: 22 abril 2016.

PIAUÍ. Prefeitura Municipal de Teresina – PI. Fundação Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde e Ambulatórios** – Protocolos de Enfermagem na Atenção à Saúde do Adulto: Diabetes Mellitus. Teresina – Piauí, 2012.

RIBEIRO, I. et al. A consulta de enfermagem como instrumento de gestão do cuidado aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus: relato de experiência. In: Fórum de ensino, pesquisa, extensão e gestão - 9º FEPEG, 2015. Disponível em: < http://www.fepeg.unimontes.br/sites/default/files/resumos/arquivo_pdf_anais/resumo_expandido-_consulta_de_enfermagem.pdf >. Acesso em: 20 outubro 2015.

SANTA CATARINA. Secretária Municipal de Saúde de Florianópolis. **Protocolo de Enfermagem volume 1** - Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares. Florianópolis, 2015. Disponível em: < http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2015_17.03.47.deb978d9b051192283854185aa562a2e.pdf >. Acesso em 11 de maio 2016

SANTOS, C. F.; SANTOS, S. F. F.; SILVA, C. H. R. O diabetes e suas principais complicações. In: III Varal Científico da Semana de Enfermagem, São Paulo, 2012. Disponível em: < <https://www.linkedin.com/pulse/o-diabetes-e-suas-principais-complicaca%C3%A7%C3%B5es-ferreira-dos-santos> >. Acesso em: agosto. 2015.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Manual de Orientação Clínica - Diabetes Mellitus**. São Paulo, 2011. 46 p. Disponível em:

<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/linhas-de-cuidado-sessp/diabetes-mellitus/manual-de-orientacao-clinica-do-diabetes-mellitus/lc_diabetes_manual_atualizado_2011.pdf>. Acesso em: 26 agosto 2015.

SBD. Consenso Brasileiro sobre Diabetes - **Diagnóstico e Classificação do Diabetes Mellitus e Tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 2**, 2000. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consenso_bras_diabetes.pdf>. Acesso em: 23 maio 2016.

_____. Consenso Brasileiro sobre Diabetes - **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. Disponível em:<<http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>. Acesso em: 13 de maio 2016.

SILVA, A. et al. Adesão ao tratamento com antidiabéticos orais na atenção básica de saúde. **Rev Rene**, v. 16, n. 3, p. 425-33, 2015. Disponível em:<<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/viewFile/2817/2186>>. Acesso em 20 outubro 2015.

SILVA, T. et al. Consulta de enfermagem à pessoa com diabetes *mellitus* na atenção básica. **Rev Min Enferm**, v. 18, n. 3, p. 710-716, 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/957>>. Acesso em: 11 de maio 2016.

SOUZA, C. et al. Pré-diabetes: diagnóstico, avaliação de complicações crônicas e tratamento. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 56, n. 5, p. 275-84, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v56n5/a01v56n5.pdf>>. Acesso em: 11 junho 2016.

TORRES, H. C.; ROQUE, C.; NUNES, C. Visita Domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. **Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 89-93, 2011. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a15.pdf>>. Acesso em: 22 outubro 2015.

VILARINHO, R. et al. Prevalência de fatores de risco de natureza modificável para a ocorrência de *diabetes mellitus* tipo2. **Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000300009>. Acesso em: 15 março 2016.

WEINERT, L. S.; CAMARGO, E. G.; SILVEIRO, S. P. Tratamento medicamentoso da hiperglicemia no diabetes melito tipo 2. **Rev HCPA**, v. 30, n. 4, p. 372-381, 2010. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/17690/10707>>. Acesso em: 11 agosto. 2015

APÊNDICE

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIOECONOMICO

1. Dados de identificação geral:

Nome: _____

Endereço: _____

Sexo: () feminino () masculino

Data de nascimento: ____/____/____ idade: _____

Naturalidade: _____

2. Você se considera:

() branco(a) () pardo(a) () preto(a) () amarelo(a) () indígena () outro

3. Estado civil: () solteiro(a) () casado(a) () desquitado(a) () divorciado(a) () viúvo(a) () outro. Qual ? _____

4. Religião: () católica () protestante ou evangélica () espírita () umbanda ou candomblé () outra. Qual _____

5. Escolaridade:

() não estudou. () da 1ª à 4ª série do ensino fundamental (antigo primário).

() da 5ª à 8ª série do ensino fundamental (antigo ginásio).

() ensino médio (antigo 2º grau) incompleto. () ensino médio completo.

() ensino superior incompleto. () ensino superior completo. () pós-graduação.

6. Onde e como você mora atualmente?

() em casa ou apartamento, com a família. () em casa ou apartamento, sozinho(a).

() em quarto ou cômodo alugado, sozinho(a).

() em habitação coletiva: hotel, hospedaria, quartel, pensionato, república etc.

() outra situação.

7. Tem filhos ? () sim quantos ? _____ () não

8. Com quem você mora ? _____

9. Profissão/ocupação: _____

10. A renda geral da família é:

até 1 salário mínimo (até r\$ 465,00 inclusive).

de 1 a 2 salários mínimos (de r\$ 465,00 até r\$ 930,00 inclusive).

de 2 a 5 salários mínimos (de r\$ 930,00 até r\$ 2.325,00 inclusive).

de 5 a 10 salários mínimos (de r\$ 2.325,00 até r\$ 4.650,00 inclusive).

de 10 a 30 salários mínimos (de r\$ 4.650,00 até r\$ 13.950,00 inclusive).

de 30 a 50 salários mínimos (de r\$ 13.950,00 até r\$ 23.250,00 inclusive).

mais de 50 salários mínimos (mais de r\$ 23.250,00).

nenhuma renda.

11. Algum familiar primário com diagnóstico de diabetes pai, mãe, irmãos:

sim não

12. Hábitos alimentares não saudáveis (frituras, enlatados os quais tem conservantes):

sim não

13. Falta da prática de exercício físico com duração de 20 a 30 min três vezes por semana.

(Sedentarismo): sim não

14. Excesso de peso:

sim não

15. Suspensão do fumo:

sim não não fumava

16. Etilismo:

sim não

17. Colesterol alto:

sim não

18. Situação de estresse no dia-a-dia:

sim não

19. Presença nas palestras em postinho de saúde sobre diabetes (DM):

sim não outros

20. Presença de alguma lesão no pé:

sim não

21. Qual os exame realizados diante da doença o Diabetes Mellitus:

Glicemia capilar?

Glicemia de jejum?

(TTG) teste de tolerância a glicose?

Hemoglobina glicada (HbA1c)?

APÊNDICE B – ENTREVISTA INVESTIGATIVA

1. Ao receber o diagnóstico de Diabetes, foram dadas informações sobre o diabetes?

2. Deram orientações sobre as mudanças no estilo de vida e quais, falando qual tem a prioridade na sua vida dentre as existentes?

- (1) Dieta balanceada?
- (2) Perda de peso?
- (3) Prática de alguma atividade física?
- (4) Redução do Estresse?
- (5) Suspensão do fumo?
- (6) Parar de ingerir bebidas alcoólicas?
- (7) Outros

3. Como estão sendo realizadas as mudanças no estilo de vida adotadas?

4. Houve orientações da importância do uso correto da medicação? Descreve-as.

5. Quais são as medicações de uso pra controle do diabetes e quantas doses são realizadas por dia, descrevendo o horário de tomada?

- 1. Furosemida de 40 mg?
- 2. Glibenclamida de 5 mg?
- 3. Insulina NPH ?
- 4. Metformina de 500 e 850 mg?
- 5. Outros

5. Comente sobre os cuidados repassados para quem faz o uso da insulina NPH, assim como o armazenamento, locais de aplicação, e o descarte.

6. Faz o auto monitoramento da glicemia capilar, como?

7. Sabe reconhece sinais e sintomas de hipoglicemia, e suas causas cite – as?

8. Paciente tem doença renal, doença cardíaca, retinopatia, neuropatia, pé diabético?

9. O paciente busca o cuidado com membros inferiores com o uso do sapato adequado; Corte das unhas de forma retilinea; observação de mancha vermelhas, lesões, deformidades, calosidades; dores, câimbras, parestesia, sensação de queimação.

ANEXOS



FACULDADE DO MÉDIO PARNAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
TERESINA – PI – BRASIL

Pesquisador Responsável: Prof. MSc Cidianna Emanuely Melo do Nascimento.
Endereço: Avenida Ininga N° 284 apt 602 Jockey
CEP: 64048-110 - Teresina – PI
Fone: (86)999322503
E-mail: cidy_mello@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa Adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em uma determinada unidades básica de saúde – UBS Neste estudo pretendemos observar como estar sendo o processo de adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em uma unidades básica de saúde no município de Esperantina – PI.

O motivo que nos leva a estudar o presente tema surgiu pela inquietação de saber como está sendo realizado o processo de adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos do tipo 2, avaliando se a pessoa com diabetes mellitus tipo 2 tem a presença do autocuidado, se tem conhecimento sobre a sua doença e agravos, , investigando o que o paciente absorveu das consultas do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Hiperdia, e averigua o que estar sendo aplicado no cotidiano destes pacientes, relatando o nível de adesão ao tratamento ofertado pela Unidades de Saúde da Família (USF).

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo Adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em uma determinada unidades básica de saúde – UBS de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Teresina, _____ de _____ de 2016.



TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

Eu, Anne Eugênia de Castro Rocha (NOME),
Enfermeira (CARGO) da **UBS MORRO DA
CHAPADINHA SUL**, declaro para devidos fins, que a(o) aluna(o) **HOZANA
MARIA XAVIER** está autorizado a realizar nessa instituição o projeto de
pesquisa intitulado de **Adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em
uma determinada unidades básica de saúde - UBS** sob supervisão do
pesquisador Prof. **MSc CIDIANNA EMANUELLY MELO DO NASCIMENTO** com
o objetivo geral de Observar como estar sendo o processo de adesão ao
tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em uma determinada unidades básica de
saúde - UBS

Ressalto que estou ciente que serão assegurados os princípios bioéticos
assegurados pela resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho
Nacional de Saúde.

Emelautina, 23 de Junho de 2016.

Anne Eugênia de Castro Rocha

(Carimbo e assinatura do responsável)



TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

Eu, Alcélia Magalhães Alves (NOME),
Enfermeira (CARGO) da UBS MORRO DA
CHAPADINHA NORTE, declaro para devidos fins, que a(o) aluna(o) HOZANA
MARIA XAVIER está autorizado a realizar nessa instituição o projeto de
pesquisa intitulado de **Adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em
uma determinada unidades básica de saúde - UBS** sob supervisão do
pesquisador Prof. MSc CIDIANNA EMANUELLY MELO DO NASCIMENTO
com o objetivo geral de Observar como estar sendo o processo de adesão ao
tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em uma determinada unidades básica de
saúde - UBS

Ressalto que estou ciente que serão assegurados os princípios bioéticos
assegurados pela resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho
Nacional de Saúde.

Esperantina, 20 de Junho de 2016.

Alcélia Magalhães Alves
COREN PI 318 951
Enfermeira

Alcélia Magalhães Alves

(Carimbo e assinatura do responsável)

