



**Benedito Rodrigues da Silva Neto**  
**(Organizador)**

# **Alicerces e Adversidades das Ciências da Saúde no Brasil 2**

Benedito Rodrigues da Silva Neto  
(Organizador)

# Alicerces e Adversidades das Ciências da Saúde no Brasil 2

Atena Editora  
2019

2019 by Atena Editora  
Copyright © Atena Editora  
Copyright do Texto © 2019 Os Autores  
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora  
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira  
Diagramação: Natália Sandrini  
Edição de Arte: Lorena Prestes  
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Faria – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista  
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

### **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí  
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)</b>	
A398	<p>Alicerces e adversidades das ciências da saúde no Brasil 2 [recurso eletrônico] / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Alicerces e Adversidades das Ciências da Saúde no Brasil; v. 2)</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-671-3 DOI 10.22533/at.ed.713190210</p> <p>1. Ciências da saúde – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II. Série.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.1</p>
<b>Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422</b>	

Atena Editora  
Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

A coleção “Alicerces e Adversidades das Ciências da Saúde no Brasil 2” é uma obra composta de quatro volumes que tem como foco as bases e as interfaces multidisciplinares dos trabalhos desenvolvidos em diversos locais do país que compõe os diversos capítulos de cada volume. De forma categorizada os trabalhos, pesquisas, relatos de casos e revisões tentarão demonstrar ao leitor os princípios de cada área da saúde assim como suas peculiaridades.

Nesse primeiro volume apresentamos de forma clara diferentes estudos desenvolvidos em várias instituições de ensino e pesquisa do país. Os capítulos transitaram principalmente entre fundamentos da farmacologia, nutrição, educação e pesquisa básica abordando: Uso da maconha, hiperêmese gravídica, Saúde Pública, Diabetes Mellitus, Qualidade De Vida, Idoso, Tratamento Farmacológico, Câncer de boca, Doença celíaca, Educação em Saúde, Formação em Saúde, *Toxoplasma gondii*, Nefrose lipóide, Atividade antioxidante, interação medicamentosa, Ansiedade, Terapia Cognitivo-Comportamental, Reprodução Humana, Glicose sanguínea, Doenças crônicas não transmissíveis e Atenção farmacêutica.

A fundamentação, e o estabelecimento de conceitos e padrões básicos é muito importante na ciências da saúde uma vez que novos estudos e pesquisas tanto de revisão quanto experimentais sempre se baseiam em técnicas e fontes já publicadas. Assim, destacamos a relevância deste material com informações recentes sobre diversas temáticas da saúde.

Deste modo a obra “Alicerces e Adversidades das Ciências da Saúde no Brasil 2” oferece ao leitor teoria bem fundamentada aliada à resultados práticos obtidos pelos diversos grupos de pesquisa em saúde do país, que arduamente desenvolveram seus trabalhos aqui apresentados de maneira concisa e didática. A divulgação científica de qualidade, em tempos de fontes não confiáveis de informação, é extremamente importante. Por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores apresentarem e divulguem seus resultados.

Desejamos à todos uma excelente leitura!

Benedito Rodrigues da Silva Neto

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
A CONTRIBUIÇÃO DA MACONHA NA HIPERÊMSE GRAVÍDICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA	
Joseane Ferreira Parente	
Maria Aparecida Muniz Farias	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7131902101</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>8</b>
A PERCEPÇÃO DOS PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 SOBRE A PATOLOGIA	
Maria Alyne Lima dos Santos	
Marcilene Barbosa de Oliveira dos Santos	
Joseline Pereira Lima	
Aldeiza Almeida Barros	
Francisco Elves de Lima Silva	
Flávia Sonaria da Silva	
Ilza Íris dos Santos	
Sammara Luizza de Oliveira Costa	
Ayrton Silva Brito	
Leyla Andrade Barbosa	
Eguimara de Souza Borges Fernandes	
Claudenisia de Freitas Lima Andrade	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7131902102</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>31</b>
A UTILIZAÇÃO DE PROBIÓTICOS PARA O BENEFÍCIO À SAÚDE DOS PACIENTES IDOSOS	
Maria Clara Feijó de Figueiredo	
Francisco Douglas Dias Barros	
João Matheus Ferreira do Nascimento	
Athanara Alves de Sousa	
Danielle Silva Araújo	
Diêgo de Oliveira Lima	
Flávia Vitória Pereira de Moura	
Marlene Gomes de Farias	
Taline Alves Nobre	
Tamiris Ramos Silva	
Joilane Alves Pereira-Freire	
Ana Cibele Pereira Sousa	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7131902103</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>43</b>
ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE MISSÃO VELHA – CE	
Anna Karoline Pereira Macêdo	
Emanuela Machado Silva Saraiva	
José Leonardo Gomes Coelho	
Régila Santos Pinheiro	
Gabriella Gonçalves Feitosa	
Hanyelle Felix Cruz Landim	
Helenicy Nogueira Holanda Veras	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7131902104</b>	

**CAPÍTULO 5 ..... 54**

**ATIVIDADES DA p53 NO EPITÉLIO ORAL COM CÂNCER DE OROFARINGE**

Klinger Vagner Teixeira da Costa  
Kelly Cristina Lira de Andrade  
Aline Tenório Lins Carnaúba  
Fernanda Calheiros Peixoto Tenório  
Ranilde Cristiane Cavalcante Costa  
Luciana Castelo Branco Camurça Fernandes  
Thaís Nobre Uchôa Souza  
Katieanne Wanderley Rocha  
Dalmo de Santana Simões  
Pedro de Lemos Menezes

**DOI 10.22533/at.ed.7131902105**

**CAPÍTULO 6 ..... 59**

**DOENÇA CELÍACA E A DIFICULDADE EM SEGUIR UMA DIETA COM RESTRIÇÃO AO GLÚTEN**

Israel Sobreira Machado  
Karina Moraes Borges  
Paloma Soares dos Santos  
Mayara Fernandes Pereira  
Raizza Barbosa Elói Mendes  
Maria Auxiliadora Macedo Callou  
Priscylla Tavares Almeida  
Cicera Leticia da Silva  
Maria Aparecida Nunes de Carvalho  
Rejane Ferreira da Silva  
Janice Alves Trajano

**DOI 10.22533/at.ed.7131902106**

**CAPÍTULO 7 ..... 66**

**EDUCAÇÃO NUTRICIONAL COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA TERCEIRA IDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Helder Matheus Alves Fernandes  
Daniele Cristina Alves Fernandes  
Elane da Silva Barbosa  
Gabrielle Cavalcante Barbosa Lopes  
Márcia Jaíne Campelo Chaves

**DOI 10.22533/at.ed.7131902107**

**CAPÍTULO 8 ..... 80**

**EFEITOS DO FENTANIL NA RIGIDEZ DA PAREDE TORÁCICA**

Maria Larissa de Oliveira  
Palloma Sobreira Barbosa Monteiro Penha  
Ana Nagylla Figueiredo Leite  
Terentia Batista Sá de Norões

**DOI 10.22533/at.ed.7131902108**

**CAPÍTULO 9 ..... 83**

**ESTUDO RETROSPECTIVO DA INFECÇÃO POR *Toxoplasma gondii* EM PACIENTES ONCOLÓGICOS EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

Patricia Riddell Millar  
Raíssa Oliveira de Almeida  
Maria Regina Reis Amendoeira

**DOI 10.22533/at.ed.7131902109**

**CAPÍTULO 10 ..... 92**

FATORES ASSOCIADOS À BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES COM GLOMERULOPATIAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Mônica de Oliveira Santos  
Jordanna Mirelle Carvalho Pardinho  
Carla Afonso da Silva Bitencourt Braga  
Edna Regina Silva Pereira  
Mônica Santiago Barbosa  
Aroldo Vieira de Moraes Filho

**DOI 10.22533/at.ed.71319021010**

**CAPÍTULO 11 ..... 101**

IMPACTO DO USO DE AGENTES ANTIOXIDANTES PARA O REPARO TECIDUAL

Vithória Régia Teixeira Rodrigues  
Emanuel Messias Silva Feitosa  
Cosmo Alexandre da Silva de Aguiar  
Vitória Alves de Moura  
Ana Luiza Rodrigues Santos  
Josivaldo Macêdo Silva  
Luis Rafael Leite Sampaio

**DOI 10.22533/at.ed.71319021011**

**CAPÍTULO 12 ..... 112**

INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA ENTRE ANTICONCEPCIONAIS ORAIS E ANTIBIÓTICOS: A IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO

Yolanda Gomes Duarte  
Natália dos Santos Almeida  
Maria Eduarda Correia dos Santos  
Mayara De Alencar Amorim  
Alyce Brito Barros  
José Leonardo Gomes Coelho  
Renata Evaristo Rodrigues da Silva

**DOI 10.22533/at.ed.71319021012**

**CAPÍTULO 13 ..... 118**

INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E FARMACOLÓGICA: ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR NA ADESÃO AO TRATAMENTO E SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS EM PESSOA SOROPOSITIVA

Kethelyn Nayara de Almeida Pereira  
Bárbara Rocha Lima Mello  
Sílvia Furtado de Barros  
Eliane Maria Fleury Seidl

**DOI 10.22533/at.ed.71319021013**

**CAPÍTULO 14 ..... 132**

LIGA ACADÊMICA DE REPRODUÇÃO HUMANA E EMBRIOLOGIA DA UFRGS: UMA PROPOSTA MULTIDISCIPLINAR

Bárbara Mariño Dal Magro  
Christofer da Silva Christofoli  
Martina Caroline Stapenhorst  
Giovanna Carello Collar  
Vitória de Oliveira Batista  
Ágata Dupont  
João Paulo Duarte Witusk  
João Pedro Ferrari Souza  
Letícia Barbieri Caus  
Simone D´ Ambros  
Adriana Bos-Mikich

**DOI 10.22533/at.ed.71319021014**

**CAPÍTULO 15 ..... 145**

NÍVEIS DE GLICEMIA RELACIONADOS A PRÁTICA DE HANDEBOL AMADOR

Ronizia Ramalho Almeida  
Elvis Alves de Oliveira  
Gelbcke Félix Nogueira  
Emanuel Belarmino dos Santos  
Francisco Rodrigo da Silva  
Yaskara Santos Lôbo  
Francisca Alessandra Lima da Silva  
Ana Karênina Sá Fernandes  
Mônica Maria Siqueira Damasceno  
Deborah Santana Pereira  
Narcélio Pinheiro Victor  
Mira Raya Paula de Lima

**DOI 10.22533/at.ed.71319021015**

**CAPÍTULO 16 ..... 159**

OBESIDADE, DIABETES E HIPERTENSÃO NA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, CAMPUS RIO VERDE

Ana Luiza Caldeira Lopes  
Ana Cristina de Almeida  
Katriny Guimarães Couto  
Nathália Marques Santos  
Kênia Alves Barcelos  
Cláudio Silva Teixeira

**DOI 10.22533/at.ed.71319021016**

**CAPÍTULO 17 ..... 168**

PREVALÊNCIA DE POLIFARMÁCIA EM USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE DE UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO

Clemilson da Silva Barros  
Ilka Kassandra Belfort  
Mauricio Avelar Fernandes  
Sally Cristina Moutinho Monteiro

**DOI 10.22533/at.ed.71319021017**

**CAPÍTULO 18 ..... 181**

PROMOÇÃO EM SAÚDE SOBRE DOAÇÃO DE LEITE HUMANO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL EM DADOS OFICIAIS E MÍDIAS SOCIAIS

Bárbara Maciel de Pinho  
Cristiane Silva de Oliveira  
Deise Cristina Pereira de Oliveira  
Fabiana Ferreira Koopmans  
Mayara Dias de Araujo

**DOI 10.22533/at.ed.71319021018**

**CAPÍTULO 19 ..... 191**

REDUÇÃO DA CHANCE DE PERDA AUDITIVA ASSOCIADA AO MONITORAMENTO TERAPÊUTICO DE AMINOGLICÓSIDIOS NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE MULTIDROGA RESISTENTE: UMA RESENHA CRÍTICA

Fernanda Calheiros Peixoto Tenório  
Kelly Cristina Lira de Andrade  
Andréa Rose de Albuquerque Sarmiento-Omena  
Cristhiane Nathália Pontes de Oliveira  
Silvio Leonardo Nunes de Oliveira  
Aline Tenório Lins Carnaúba  
Klinger Wagner Teixeira da Costa  
Luciana Castelo Branco Camurça Fernandes  
Ana Amália Gomes de Barros Torres Faria  
Renata da Rocha Soares Leão  
Pedro de Lemos Menezes

**DOI 10.22533/at.ed.71319021019**

**CAPÍTULO 20 ..... 196**

TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR COMO ADJUVANTES NO TRATAMENTO EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Karoliny Miranda Barata  
Victor Hugo Oliveira Brito  
Rubens Alex de Oliveira Menezes  
Luzilena de Sousa Prudêncio  
Rosana Oliveira do Nascimento  
Nely Dayse Santos da Mata

**DOI 10.22533/at.ed.71319021020**

**CAPÍTULO 21 ..... 206**

TOXICIDADE ORAL AGUDA DO SEMISSINTÉTICO ÉTER *N*-BUTIL DILAPIOL EM CAMUNDONGOS BALB/C

Daniel Luís Viana Cruz  
Andressa Karina Leitão da Encarnação  
Ana Cristina da Silva Pinto  
Míriam Silva Rafael

**DOI 10.22533/at.ed.71319021021**

**CAPÍTULO 22 ..... 215**

USO DE CAFÉINA E SUAS PRINCIPAIS VANTAGENS, BENEFÍCIOS E EFEITOS ADVERSOS PARA O ORGANISMO

Joanderson Nunes Cardoso  
Lorena Alencar Sousa  
Maria Jeanne de Alencar Tavares  
Janaina Farias Rebouças  
Cícera Janielly de Matos Cassiano Pinheiro

**DOI 10.22533/at.ed.71319021022**

**CAPÍTULO 23 ..... 227**

UTILIZAÇÃO DO GENGIBRE (*Zingiber officinale*) NO TRATAMENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Maria Fernanda Larcher de Almeida  
Jane de Carlos Santana Capelli  
Laiz Aparecida Azevedo Silva  
Rita Cristina Azevedo Martins  
Edison Luis Santana Carvalho  
Angelica Nakamura  
Gilberto Dolejal Zanetti

**DOI 10.22533/at.ed.71319021023**

**SOBRE O ORGANIZADOR ..... 238**

**ÍNDICE REMISSIVO ..... 239**

## A PERCEPÇÃO DOS PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 SOBRE A PATOLOGIA

### **Maria Alyne Lima dos Santos**

Enfermeira pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica, Faculdade Integrada de Araguatins, Aracati - Ceará

### **Marcilene Barbosa de Oliveira dos Santos**

Enfermeira pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica, Faculdade Integrada de Araguatins, Itaiçaba - Ceará

### **Joseline Pereira Lima**

Enfermeira mestre em Gestão da Clínica no SUS, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa – IELEP, Mossoró – Rio Grande do Norte

### **Aldeiza Almeida Barros**

Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica, Faculdade Integrada de Araguatins, Itaiçaba - Ceará

### **Francisco Elves de Lima Silva**

Enfermeiro, União de Educação e Cultura Vale do Jaguaribe – UNIJAGUARIBE, Itaiçaba - Ceará

### **Flávia Sonaria da Silva**

Enfermeira, Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE, Mossoró – Rio Grande do Norte

### **Ilza Íris dos Santos**

Enfermeira especialista em UTI geral e neonatopediátrica, Faculdade Metropolitana de Ciência e Tecnologia- CENPEX, Mossoró - Rio Grande do Norte

### **Sammara Luizza de Oliveira Costa**

Enfermeira especialista em Oncologia, Faculdade Metropolitana de Ciência e Tecnologia- CENPEX, Mossoró - Rio Grande do Norte

### **Ayrton Silva Brito**

Enfermeiro especialista em UTI geral e em Oncologia, Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia – FAMEC, Mossoró - Rio Grande do Norte

### **Leyla Andrade Barbosa**

Enfermeira, Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE, Mossoró - Rio Grande do Norte

### **Eguimara de Souza Borges Fernandes**

Enfermeira especialista em Enfermagem Clínica, Urgência e Emergência, Clínica e Unidade Terapia Intensiva, Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia – FAMEC, Mossoró – Rio Grande do Norte

### **Claudenisia de Freitas Lima Andrade**

Enfermeira especialista em Urgência e Emergência, Faculdade Vidal de Limoeiro, em Enfermagem do Trabalho, Geriatria e Gerontologia Universidade Pitágoras UNOPAR, Pós-graduanda em Obstetrícia, Faculdade Integrada de Araguatins, Itaiçaba-Ceará.

**RESUMO:** O Diabetes Mellitus tipo 2 é uma síndrome decorrente dos distúrbios metabólicos de carboidratos, proteínas, gorduras e pela hiperglicemia, gerando uma deficiência de secreção ou ação da insulina. É uma doença que adquirida por um longo prazo, tende a ser crônica e tem como resultados danos micro/macrovasculares e neuropáticos. O artigo teve

como objetivo geral analisar a percepção dos diabéticos tipo 2 da Unidade de Saúde da Família de Mossoró/RN sobre a patologia, objetivos específicos de caracterizar a condição social dos entrevistados; verificar o conhecimento deles sobre o diabetes e analisar sua opinião e dificuldades diante do diagnóstico. O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quanti-qualitativa, tendo sua população de 10 entrevistados, através de um roteiro estruturado. Os dados coletados apresentaram os seguintes resultados: 100% dos participantes estavam entre faixa de 51 a 60 anos; 20% eram do sexo masculino e 80% do feminino; 90% concluíram o 4º ano do ensino fundamental; 80% eram casados e 70% moravam com 3 a 4 pessoas. Com relação à percepção dos portadores sobre a patologia, constatou-se que alguns entrevistados desconhecem, enquanto outros detectam como uma doença de mal prognóstico. Segundo os entrevistados, o tratamento é feito através da terapêutica medicamentosa e não farmacológica. As complicações relatadas foram déficits vasculares e visuais, as dificuldades foram relacionadas às modificações alimentares e restrições da vida social. Com relação aos profissionais de saúde, conclui-se que devem orientar os pacientes quanto o autocuidado, visando assim o controle da doença e a participação ativa.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem, Saúde Pública, Diabetes Mellitus.

## THE PERCEPTION OF DIABETES MELLITUS PATIENTS TYPE 2 ON PATHOLOGY

**ABSTRACT:** Type 2 Diabetes Mellitus is a syndrome resulting from metabolic disorders of carbohydrates, proteins, fats and hyperglycemia, leading to a deficiency of insulin secretion or action. It is a long-term disease that tends to be chronic and results in micro/macro-vessels and neuropathic damage. The objective of the article was to analyze the perception of type 2 diabetics of the Family Health Unit of Mossoró / RN about the pathology, specific objectives of characterizing the social condition of the interviewees; check their knowledge of diabetes and analyze their opinion and difficulties in the diagnosis. The present study is a descriptive and exploratory research, with quantitative and qualitative approach, having its population of 10 interviewees, through a structured script. The data collected presented the following results: 100% of the participants were between 51 and 60 years old; 20% were male and 80% female; 90% completed the 4th year of elementary school; 80% were married and 70% lived with 3 to 4 people. Regarding the perception of patients with the pathology, it was found that some respondents are unaware, while others detect as a disease with poor prognosis. According to the interviewees, the treatment is done through drug and non-pharmacological therapy. Complications reported were vascular and visual deficits, difficulties were related to dietary changes and social life restrictions. With regard to health professionals, it is concluded that they should guide patients regarding self-care, thus aiming at disease control and active participation.

**KEYWORDS:** Nursing, Public Health , Diabetes Mellitus.

## 1 | INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica que atinge grande parte da população. A cada dia surgem novos casos, sendo isso considerado um problema de saúde pública, atingindo populações de todos os estágios de desenvolvimento econômico e social (GRILLO; GORINI, 2007).

É uma doença que atua no metabolismo, marcada por níveis aumentados de glicose no sangue (hiperglicemia), manifesta por sintomas como poliúria, polidipsia, polifagia, visão turva e perda involuntária de peso. Existe até risco de perda de vida, associado a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, principalmente na retinopatia, nefropatia, neuropatia, infarto do miocárdio e pé diabético (BRASIL, 2006).

A cada dia vem crescendo o número de pacientes com Diabetes Mellitus. Em 1985, essa doença se manifestou em 30 milhões de adultos; em 1995, havia uma perspectiva de que esse número estivesse em 135 milhões; em 2002, a patologia atingiu a 137 milhões de pessoas; em 2030, espera-se uma evolução para 300 milhões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

No Brasil, estima-se que já são 11 milhões de pessoas diabéticas, sendo uma das primeiras causas de hospitalização no sistema único de saúde. Dados mostram que no Rio Grande do Norte existem 134.871 de diabéticos, sendo esse considerado um número bastante elevado (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

O diabetes mellitus apresenta alta morbi-mortalidade, que pode ser causada por insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doenças cardiovasculares. Além disso, a qualidade de vida de cada paciente diminui, além de e aumentarem os encargos para os sistemas de saúde (TOSCANO, 2004).

Smeltzer e Bare (2005) classificam essa patologia em Diabetes Mellitus tipo 1 (insulino dependente), Diabetes Mellitus tipo 2 (não insulino dependente), Diabetes Mellitus gestacional, Diabetes Mellitus acompanhada a outras condições ou síndrome.

O diabetes mellitus tipo 2 é uma síndrome que acontece pelos distúrbios metabólicos de carboidratos, proteínas, gorduras e pela hiperglicemia, e tem como consequência uma deficiência de secreção ou ação da insulina. É uma doença que, quando adquirida por um longo prazo, tende a ser crônica, e tem como resultados danos microvasculares, macrovasculares e neuropáticos. (NASCIMENTO et al, 2003).

É uma doença que vai se agravando lentamente no paciente, sendo os mais atingidos idosos e obesos. O diabetes mellitus se dá pela falha na secreção ou na ação da insulina (NELSON; COX, 2006).

Smeltzer e Bare (2005) relatam que existem fatores que predis põem essa doença, tais como história familiar de diabetes, mulheres com diabetes gestacional passada e associada à hipertensão, idade, raça e nível aumentado de colesterol e

triglicéridos.

Os autores supracitados referem ainda que o diagnóstico geralmente é feito por dosagem da glicose em exames de rotina. Depois de um determinado tempo, podem aparecer algumas manifestações que são clássicas, como fraqueza, formigamento, dormência. Além disso, o processo de cicatrização fica lento, e podem ocorrer infecções recorrentes. O acontecimento desses fatos dá-se por causa do estado catabólico induzido pela deficiência de insulina e clivagem de proteínas e lipídios.

O interesse em desenvolver este trabalho surgiu diante da curiosidade brotada durante a vida acadêmica sobre essa patologia, uma vez que faz parte do histórico familiar e, em especial, durante estágios realizados nas Unidades Básicas de Saúde, onde foi possível presenciar vários pacientes portadores de diabetes mellitus com níveis de glicose descompensados e que tinham dúvidas sobre como proceder perante tal problema.

Diante dessa situação, questiona-se: qual a percepção dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 sobre a patologia?

Essa pesquisa é de suma importância para a vida pessoal e profissional do pesquisador. Os conhecimentos adquiridos permitir-lhe-ão lidar com pacientes diabéticos, prestando, assim, uma assistência mais qualificada. Para a área acadêmica, servirá como fonte de pesquisa e estudos posteriores, e para os serviços de saúde, será de grande valia, uma vez que os enfermeiros e os profissionais da saúde obterão informações importantes sobre a patologia, fazendo com que priorizem ações voltadas para a qualidade de vida e a promoção à saúde, tendo em vista prevenir as possíveis complicações decorrentes do Diabetes Mellitus tipo 2, assim como para que conheçam o que os pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 percebem sobre a patologia.

Acredita-se que os portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 sabem que diabetes mellitus é uma doença crônica e que vão conviver para sempre com essa patologia, sendo que não conhecem totalmente as medidas cabíveis para seu tratamento. Tendo em vista que na maioria das vezes os diabéticos não têm conhecimentos sobre as possíveis complicações, porém mesmo sabendo do seu diagnóstico, eles apresentam dificuldades em seguir uma dieta equilibrada e a prática de exercícios.

No entanto, a pesquisa teve como objetivo geral analisar a percepção dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 da Unidade de Saúde da Família de Mossoró/RN sobre a patologia, e como específicos caracterizar as condições sociais dos entrevistados; verificar o conhecimento dos entrevistados sobre a patologia e analisar suas opiniões e dificuldades enfrentadas.

## 2 | REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Diabetes Mellitus

Smeltzer et al (2009) definem o Diabetes Mellitus (DM) como uma doença que age no metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas, aumentando os níveis de glicose no sangue. Por isso, o paciente passa a sofrer uma ação ou um defeito na secreção da insulina. O DM, com o passar do tempo, desencadeia algumas disfunções e falências em vários órgãos, principalmente em rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos.

Carvalho e Oliveira (2012) dizem que o diabetes mellitus pode ser classificado em DM tipo 1, DM tipo 2 e DM gestacional, ainda relatam que no DM tipo 1 ocorre a destruição das células beta pancreáticas, ocasionando deficiência absoluta de insulina, podendo ser de natureza autoimune ou idiopática.

Segundo Marquenize e Mancini (2008), o diabetes mellitus tipo 1 é caracterizado pela destruição das células beta-pancreáticas, causando uma deficiência absoluta de insulina pancreática que, por sua vez, pode acarretar episódio de cetoacidose. Smeltzer et al (2009) dizem que o DM tipo 1 também é conhecido como diabetes juvenil ou DM insulino-dependente.

De acordo com Suplicy e Fiorin (2012), 5 – 10% dos pacientes têm essa forma de DM, a qual gera destruição das células beta, podendo ser mais acelerada em algumas pessoas, como bebês e crianças, e mais lenta em outras, como, por exemplo, em adultos jovens.

Gross et al (2002) referem-se à diabetes mellitus tipo 1 como uma destruição das células beta do pâncreas, comumente causada por uma ação autoimune, ou por uma causa desconhecida, sendo que na forma autoimune há um processo de insulite e estão presentes autoanticorpos circulantes (anticorpos anti-descarboxilase do ácido glutâmico, anti-ilhotas e anti-insulina).

Outros tipos específicos de diabetes menos frequentes podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao diabetes. (BRASIL, 2006, p.12)

O DM tipo 2 é uma doença que ocorre por uma falha na insulina ou de uma ação incapacitada da insulina de cumprir seus efeitos. Caracteriza-se por um excesso de açúcar no sangue, onde ocorrem distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. No decorrer dos anos, os pacientes portadores de DM tipo 2 podem sofrer alguns danos, disfunção e falência múltipla de órgãos, de maneira especial rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2006).

O Diabetes Gestacional é definido como aumento da glicemia durante a gestação, de intensidade variada, sendo que, na maioria das vezes, a glicemia alterada volta aos seus valores normais, logo após o período pós-parto. Porém, algumas pacientes

mantêm essa glicemia alterada, podendo indicar que a intolerância à glicose não era reconhecida antes da gravidez (SUPLICY; FIORIN, 2012).

De acordo com Smeltzer et al (2009), a diabetes gestacional, cuja causa ainda não está explicada, é muito comum encontrar. Geralmente é detectada nas consultas do pré-natal e pode ser um estágio pré-clínico da patologia após a gestação.

## 2.2 Diabetes Mellitus Tipo 2

O DM do tipo 2 ou DM insulino não dependente é um dos distúrbios mais comuns em clínica médica, causado por uma resistência ou uma por falha na ação da insulina. A pessoa com essa doença mostra suscetibilidade diminuída à insulina e o comprometimento das células betas permanece danificado, portanto, continua uma produção diminuída de insulina (Gross et al, 2002).

O diabetes mellitus caracteriza-se por resistência à insulina, obesidade, dislipidemia e hipertensão arterial. A síndrome metabólica é responsável pela maior morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares, de maneira que acomete mais obesos e diabéticos tipo 2 (ARAÚJO et al, 2000).

Gross et. al. (2002) dizem que as causas do DM tipo 2 ainda não estão nitidamente estabelecidas, mais acredita-se que é por distúrbios da ação e secreção da insulina.

Na maioria das vezes, o DM tipo 2 aparece em indivíduos obesos, com mais de 40 anos de idade, sendo que atualmente é comum haver jovens com essa patologia. Isso ocorre em virtude dos maus hábitos alimentares, sedentarismo e estresse. No diabetes tipo 2, a obesidade impede que a insulina faça sua ação, causando assim hiperglicemia. Tem início gradual com sintomas vagos; muitas vezes fica sem diagnóstico e sem tratamento, o que pode evoluir para complicações vasculares e neurológicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Ortiz e Zanetti (2001) relatam que hoje em dia o Diabetes Mellitus é considerado como uma das principais doenças crônicas que afetam o homem moderno, atingindo populações de países em todos os estágios de desenvolvimento econômico e social.

Estudos mostram que há uma grande prevalência do DM tipo 2 em todo o território, de modo que cada dia vem crescendo o número de casos e em proporções epidêmicas ( DUALIBI; VALENTE; DIB, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), está acontecendo uma epidemia de DM tipo 2. As pessoas que adquiriram essa doença vivem nos países em desenvolvimento, sendo que as mais afetadas são de grupos etários de 30 a 69 anos de idade.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2008), esse aumento do número de pessoas diabéticas se dá devido ao crescimento e ao desenvolvimento da população, assim como à maior urbanização, ao número crescente de pessoas obesas e sedentárias, bem como à maior sobrevida do paciente com DM. É importante

que se faça um rastreamento para quantificar a prevalência DM e o número de indivíduos diabéticos no presente e no futuro. Isso é de suma importância para o planejamento e locação de recursos.

Ha uma grande incidência de DM tipo 2, que corresponde à 90% dos casos de diabetes, sendo uma das dez principais causas de mortes no mundo, ficando na frente da hipertensão arterial e das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2004).

Mesmo que não se saiba o mecanismo exato do desenvolvimento do DM tipo 2, pesquisas mostram características que são: resistência à insulina e secreção de insulina comprometida, sendo que os fatores genéticos desempenham alguma função ( SMELTZER; BARE, 2005).

A resistência à insulina refere-se a uma sensibilidade diminuída à insulina. Normalmente, a insulina liga-se a receptores especiais nas superfícies celulares e inicia uma série de reações envolvidas no metabolismo da glicose. No diabetes tipo 2, essas reações intracelulares mostram-se diminuídas, tornando a insulina menos efetiva na estimulação da captação da glicose pelos tecidos e na regulação da liberação da glicose pelo fígado (SMELTZER et al, 2009, p.1163).

Existem alguns fatores que predispõe essa doença tais como (FRANCISCHI, 2001): idade acima dos 40 anos; histórico familiar com presença de DM; obesidade com o IMC maior que 27kg/m<sup>2</sup>; aumento da circunferência da cintura e do quadril; hipertensão arterial; histórico prévio de hiperglicemia ou glicosúria; diabetes gestacional ou mães de recém-nascidos com mais de 4 kg; HDL- colesterol menor ou igual a 35mg/dl; triglicérides maior ou igual a 200mg/dl e uso de medicamentos como corticoides, anticoncepcionais e o sedentarismo.

As manifestações clínicas do DM tipo 2 incluem a micção frequente, fome insaciável, sede intensa, perda de peso, visão borrada, náuseas e vômitos, fraqueza, tontura, irritabilidade e cansaço extremo. Além dos sintomas acima, podem aparecer formigamento ou dormências nas pernas, pés ou mãos, infecções frequentes ou recorrentes da pele, gengiva ou bexiga e cortes ou escoriações que apresentam cicatrização lenta. Em muitos casos, o início da diabetes mellitus tipo 2 dá-se após os 30 anos de idade e aumenta regulamente com o avanço da idade (NEIMAN, 1999 apud PAGANI et al, 2009).

A análise exata e precoce do diabetes mellitus e das alterações da tolerância à glicose é muito importante, uma vez que sejam tomadas medidas de tratamentos que possam evitar o surgimento de complicações crônicas nos pacientes diagnosticados com diabetes (GROSS et al, 2002).

Os pacientes com diabetes mellitus do tipo 2 podem retardar o diagnóstico por apresentar uma história mais lenta, sendo algumas vezes oligossintomáticos, ou descobrem a patologia quando se detecta alguma complicação, como insuficiência coronariana, neuropatia periférica, retinopatia, nefropatia e infecção ginecológica (MARQUEZINE; MANCINI, 2008).

Em 1997, alguns critérios de diagnóstico foram adotados pela American Diabetes Association (ADA), e em seguida aceitos pela Organização Mundial de Saúde (OMS)

e pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), com o intuito de prevenir de maneira eficaz as complicações micro e macro vasculares do DM. Assim, os critérios definidos para diagnosticar o DM tipo 2 são os seguintes (DUALIBI; VALENTE; DIB, 2009): glicemia (G) de jejum (de 8 horas)  $\geq 126$  mg/dL; G  $\geq 200$  mg/dL 120 minutos após sobrecarga oral de 75g de glicose anidra e G  $\geq 200$  mg/dL em medição casual (sem considerar a última refeição) em indivíduo com sintomas sugestivos do diagnóstico (poliúria, polidipsia, emagrecimento).

O rastreamento precisa ser realizado com a glicemia de jejum a partir dos 25 anos para pessoas com IMC  $\geq 25$ kg/m<sup>2</sup> ou que apresentem algum fator de risco para DM2, e a partir dos 45 anos para o que não estão nessas categorias. Os resultados normais precisam ser reavaliados após três anos. Nos indivíduos com glicemia de jejum alterada entre (100 e 125mg/dl), aconselha-se medir a glicemia 120 minutos após a glicose anidra – teste oral de tolerância à glicose (TOTG) – para melhor estabelecer o risco de diabetes (BRASIL, 2006).

O tratamento para os diabéticos propõe baixar os níveis de glicose no sangue e evitar fatores de risco como complicações circulatórias observadas nos diabéticos, para que possa obter melhora dos sintomas e normatização do estado nutricional (MARQUEZINE; MANCINI, 2008).

Portanto, a terapêutica do paciente com DM tipo 2 baseia-se nas ações educativas, nas mudanças do estilo de vida e, quando necessário, no uso de drogas. Logo se torna importante o tratamento dos fatores de risco, para haver uma redução das doenças cardiovasculares, sendo essencial para diminuição da mortalidade (OLIVEIRA et al, 2008).

Torna-se necessária a educação em diabetes para que ocorram orientações adequadas aos pacientes e seus familiares sobre a doença, em relação a aspectos como sua cronicidade, de forma que todos façam parte desse tratamento e permitam uma mudança para bons hábitos por longo período, evitando desse modo as complicações e conscientizando-se sobre a importância da automonitorização (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

É importante que ocorra orientação sobre uma dieta equilibrada para os pacientes que são pré-diabéticos, portadores de diabetes com sobrepeso ou obesos. Contudo, faz-se necessário que haja uma dieta hipercalórica, associada a uma atividade física pelo menos três vezes na semana, junto com drogas orais medicamentosas, até mesmo com combinações em um mesmo comprimido, para que se aumente a aderência à terapêutica, gerando perda de peso e controle da glicose (SUPLICY; FIORIN, 2012).

A insulínaterapia pode ser iniciada nas etapas precoces do tratamento, isso ocorre quando as mudanças do estilo de vida associadas à metformina não forem suficientes para obter controle glicêmico adequado após três meses de início da terapia (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Os diabéticos tipo 2 a longo prazo apresentam complicações micro e

macrovasculares que levam a disfunção, dano ou falência de vários órgãos. Dentre as principais complicações, Smeltzer et al (2009) destacam: retinopatia diabética, que chega a atingir cerca de 60% dos pacientes com diabetes mellitus do tipo 2, com a possível perda de visão; nefropatia diabética, que pode acometer cerca de 40% dos pacientes, podendo acarretar falência renal; neuropatia periférica, que é um grupo de doenças que acomete todos os tipos de nervos, inclusive os nervos periféricos ou sensorimotores, atingindo mais os membros periféricos e neuropatias autônomas, que afetam a quase todos os sistemas orgânicos do corpo, causando sintomas gástricos, geniturinários, cardiovasculares e disfunção sexual.

### **2.3 Políticas públicas de saúde e o sistema único de saúde**

O sistema de saúde do Brasil passou, ao longo de seu desenvolvimento, por fatos marcantes que acompanharam as tendências políticas e econômicas de cada movimento histórico (AGUIAR, 2011).

A construção da política de saúde acontece com a participação de aspectos propostos em um exato momento, tais como aspectos populares, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos e teóricos, técnicos, culturais, entre outros. Portanto, ação da política de saúde envolve estratégias, planos, instrumentos e processos mediados por instituições e significados culturais (GIOVANELLA et al, 2012).

Segundo Fortinelle (2008), o movimento da reforma sanitária começou nos anos 80, com a participação dos profissionais de saúde sobre as políticas de saúde e reestruturação das organizações dos trabalhadores da saúde. Esse movimento foi se ampliando e a ele foram se incorporando lideranças políticas, sindicais e populares. No I Simpósio Nacional de Política de Saúde, em 1979, foram debatidas publicamente propostas de reorganização do sistema de saúde.

No ano de 1986, houve a VIII conferência Nacional de Saúde em Brasília, em que estiveram presentes cerca de 5.000 pessoas, dentre as quais representantes de vários movimentos, que participaram dos debates sobre os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, destacando-se o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do estado e a criação do Sistema Único de Saúde (através da unificação dos serviços do INAMPS e do Ministério da Saúde) (AGUIAR, 2011).

Com “promessas e limites”, nos dizeres do autor, a constituição de 1988 estabeleceu que a saúde é parte da seguridade social (art.194), “um conjunto integrado de ações de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. (SCOREL, 2012 p. 359).

O Congresso Nacional, em 1990, confirmou a primeira versão da Lei Orgânica da Saúde, de número 8.080/90, a qual trata das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, e, além disso, regula as ações, a organização e o

funcionamento dos serviços de saúde em todo o país (BRASIL, 1990).

Sendo assim, os princípios éticos doutrinários do SUS são três: universalidade, que garante a toda população os serviços de saúde; integralidade da atenção, que inclui a assistência em todos os níveis de atenção do sistema de saúde, com um olhar diferenciado sobre as diversas dimensões de necessidade de cada indivíduo e do coletivo, com ações preventivas ou curativas; e equidade, que tem como intuito garantir a disponibilidade de serviço de saúde que analise as alterações em meio aos grupos populacionais e sujeitos de modo a priorizar aqueles que apresentam maior necessidade relacionada a situação de risco e a condições de vida e saúde (AGUIAR, 2011; BRASIL, 1999).

Algumas diretrizes foram colocadas de forma racional junto ao processo de organização na assistência às necessidades dos cidadãos: descentralização, regionalização e hierarquização. A descentralização se dá através das esferas governamentais, que consistem na ação federal, estadual e municipal, de modo que o município torne-se responsável pela organização de seu sistema local de saúde. Regionalização se dá através da classificação de serviços para a promoção da equidade de acesso, otimização dos recursos e racionalidade de gastos. A Hierarquização diz que o sistema de saúde precisa organizar-se por níveis de atenção de complexidade crescente com fluxos de assistências estabelecidos entre os serviços, de modo a garantir assistência integral e resolutiva à população (OHARA; SAITO, 2010).

Em 2006 surgiu, através dos pactos entre município, estado e união, no campo da gestão do sistema e da saúde, o Pacto pela Saúde, a partir da portaria de número 399/GM, como ferramenta de responsabilidade pública de cada esfera governamental na consolidação do SUS. Esse é composto por três partes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, descrevendo os papéis dos envolvidos a partir das necessidades de saúde da população e no sentido de defender o controle social (LOBO; LIMA; ACIOLI, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma inovação na estruturação dos serviços, bem como para ações voltadas para promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, utilizando o trabalho de equipe de saúde, responsável pelo atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primário (RODRIGUES, 2011).

A Estratégia Saúde da Família veio para aproximar os usuários aos profissionais da unidade básica de saúde, destacando-se os agentes comunitários, que são “portas de entrada” à casa dos usuários. São os agentes que conseguem identificar os problemas da população. Frente aos problemas, a equipe de saúde desenvolve ações educativas de prevenção a doenças e promoção à saúde (KAWAMOTO, 2009).

A Estratégia Saúde da Família consiste em acrescentar melhorias aos serviços de Atenção Primária à Saúde, com uma equipe composta por, no mínimo, um médico clínico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis

agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar-se ao grupo uma assistência odontológica que é composta por dentista, auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene bucal (FORTINELLE, 2008).

A ESF desenvolve-se em uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e da família, por meio de conhecimento do perfil epidemiológico da população, diferenciando também as ações de caráter individual e coletivo. Nela são desenvolvidos alguns programas como: Programa de Atenção Integral à Saúde do Adulto (PAISA), Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), Programa de Atenção à Saúde do Adolescente (PROSAD), Programa de Assistência Integral à Saúde do Idoso (PAISI), entre outros (PEREIRA et al, 2009).

O Programa de Atenção Integral à Saúde do Adulto (hiperdia) enfoca as doenças que são chamadas de crônicas degenerativas. São doenças modernas ou enfermidades prolongadas que podem causar morbi-mortalidades na população adulta no Brasil e no mundo (KAWAMOTO, 2009).

O Programa de Atenção Integral à Saúde do Adulto surgiu através de um plano desenvolvido pelo Ministério da Saúde e implantado na ESF que teve como objetivo implantar em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde um sistema para cadastro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Esse sistema gera dados informativos para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde (BRASIL, 2013)

O cadastro dos pacientes de Hiperdia é feito pelo sistema de informatização do SUS. Toda e qualquer mudança deve ser enviada, seja mudança de endereço, de Unidade Básica de Saúde, óbito ou complicações. Esse cadastro disponibiliza aos usuários medicamentos, fitas de teste glicêmico capilar, aparelho para monitoramento diário da glicemia, seringas e agulhas (BRASIL, 2010).

O programa Hiperdia incentiva que os portadores dessa doença venham para a unidade básica de saúde e sejam acompanhados por consultas de enfermagem minuciosas, para garantir a ausência de complicações crônicas ou agudas, orientando sobre a modificação no estilo de vida, o autocuidado em sua residência, a distribuição de medicamentos, e a redução dos custos sociais (BRASIL, 2013).

Vale salientar que os fatores emocionais devem ser observados em uma consulta de enfermagem, uma vez que cada situação psicológica do paciente altera seu tratamento. É, portanto, necessário que haja um acompanhamento da equipe multiprofissional a da família (FERRAZ et al, 2000).

### **3 | METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva e exploratória, com abordagem quanti-qualitativa.

A pesquisa exploratória traz maiores informações sobre o assunto, define os objetivos, avalia a probabilidade de desenvolver uma boa investigação sobre determinado assunto (ANDRADE, 2010).

A pesquisa descritiva tem como principal característica aprofundar-se nos atributos da população ou tipo de objetos (GIL, 2010).

O estudo quantitativo caracteriza-se pela análise da qualificação de coletas de informações. O tratamento destas é feito por meio de análises estatísticas, desde a forma mais simples à forma mais complexa. Tem como finalidade garantir, evitar distorções e interpretação de análise dos resultados (RICHARDSON, 2010).

O estudo qualitativo é empregado para indagar as relações entre os indivíduos como as relações das representações, crenças, percepções ou opiniões. Essa pesquisa dispensa grandes amostras, porém produz grandes dados narrativos, sendo que o pesquisador mantém-se no contexto naturalista (FIGUEIREDO, 2004).

A mesma foi realizada na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Azevedo, situada na Avenida Pedro Paraguai S/N, bairro Liberdade I, Mossoró - RN. O local foi escolhido por ser acessível aos pesquisadores e por contar com um grupo composto por pessoas cadastradas no HIPERDIA que são atendidas na unidade.

A população foi composta pelas pessoas que atendem os seguintes critérios de inclusão: ser portador de diabetes mellitus do tipo 2; ser maior de 18 anos; estar cadastrado no programa de hiperdia da referida Unidade de Saúde da Família; residir na área de abrangência da unidade de saúde referida. A amostra foi composta por 10 pessoas que atendam os critérios anteriormente estabelecidos.

População é uma fração ou um conjunto total de seres animados que mostra pelo menos uma qualidade em comum (MARCONI; LAKATOS, 2010). Amostra é compreendida como uma parte da população escolhida, de acordo com uma norma ou um plano pré-estabelecido (GIL, 2010).

A pesquisa foi realizada através de um roteiro de entrevista composta por duas partes. A primeira contém perguntas fechadas sobre os dados relacionados à situação sociodemográfica; a segunda apresenta perguntas abertas relacionadas à percepção dos portadores de diabetes mellitus tipo 2 sobre sua patologia (Apêndice A).

A coleta dos dados deu-se através de uma entrevista, que consiste em uma conversa a dois, ou em meio a vários interlocutores, realizada por atuação do entrevistador, designada a construir informações importantes para um objeto de pesquisa (MINAYO, 2010).

Ocorreu no mês de setembro de 2013, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa – CEP da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE/FAMENE), conforme certidão em anexo.

Os entrevistados foram abordados na própria Unidade Básica de Saúde e a entrevista foi realizada em um local reservado. Foi explicada a justificativa e os objetivos da pesquisa e em seguida foi solicitada a autorização dos participantes

através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento – TCLE (Apêndice B), documento elaborado em duas vias, sendo que uma foi retida pelo participante da pesquisa ou por seu representante legal, enquanto a outra foi arquivada pelo pesquisador. Foi garantindo o sigilo das informações dos participantes.

Cada entrevista foi gravada através de um aparelho de MP4, para garantir a fidedignidade dos dados. Após a coleta, os dados foram transcritos na íntegra.

Os dados quantitativos foram analisados por meio da estatística descritiva e expressos por uma tabulação de dados representada em gráficos. Os dados qualitativos foram analisados através o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

O DSC consiste em uma modalidade de apresentação dos resultados obtidos por pesquisas do tipo qualitativas que têm como matéria-prima depoimento dos participantes, sob a forma de um ou vários discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular em que o pensamento de um grupo aparece como se fosse discurso individual (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000).

Foi extraído de cada entrevista realizada com resposta particular de cada participante a respeito de determinada questão em que as expressões-chaves mostram a ideia central ou ancoragem (JOHN; SOUSA; SALES, 2007)

No decorrer do estudo foram observados os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos, atendendo a Resolução 466/13 do Conselho Nacional de Saúde, que assegura os direitos e os deveres dos participantes da pesquisa, assim como o sigilo dos dados coletados e a preservação de sua identidade (BRASIL, 2013).

Atendeu também a Resolução 311/2007 do COFEN, que aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem e aborda o ensino, a pesquisa e a população técnico-científica dos profissionais da enfermagem, propondo-se atender as normas vigentes para a pesquisa envolvida com seres humanos, garantindo a interrupção da análise em caso de risco de perda de integridade da pessoa ou perigo à vida, respeitando os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

O mesmo foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FACENE através do protocolo: 114/13, CAEE: 19014513.1.0000.5176 e parecer nº 374.009.

A pesquisa apresenta riscos mínimos, como, por exemplo, desconforto dos participantes durante a coleta de dados. Porém, as atividades ou questionamentos elementares são comuns no dia-a-dia, e em momento algum causam constrangimento à pessoa pesquisada. No entanto, os benefícios superam os riscos.

Como a pesquisa envolve seres humanos, foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FACENE/FAMENE, sendo que os dados só foram coletados após a sua aprovação.

## 4 | ANÁLISE DOS DADOS

A primeira parte é referente a caracterização das condições sociais da amostra, onde foi realizada uma análise quantitativa, a qual foram avaliadas as variáveis idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, números de pessoas na residência. Serão apresentados em forma de gráficos e em seguida discutidos à luz da literatura.

Logo após, serão apresentados os dados relacionados à percepção dos portadores de DM tipo 2 sobre a sua patologia, os quais foram analisados qualitativamente através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

A amostra da pesquisa foi composta por 10 pessoas que atenderam os critérios de inclusão estabelecidos anteriormente.

### 4.1 Caracterização das condições sociais da amostra

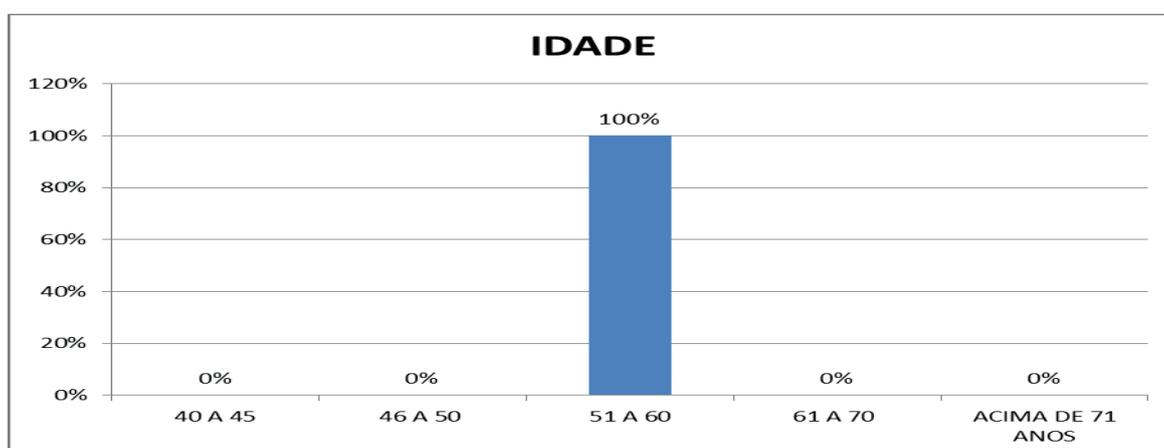


GRÁFICO 1: Caracterização dos sujeitos da pesquisa, referente à idade. Mossoró/RN.

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

No gráfico 1, observou-se que 100% dos pacientes estavam na faixa etária de 51 a 60 anos.

Segundo dados do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2006), um dos principais fatores indicativos para o desenvolvimento do DM é estar acima de 45 anos de idade, o que mostra que a faixa etária pesquisada encontra-se dentro deste parâmetro.

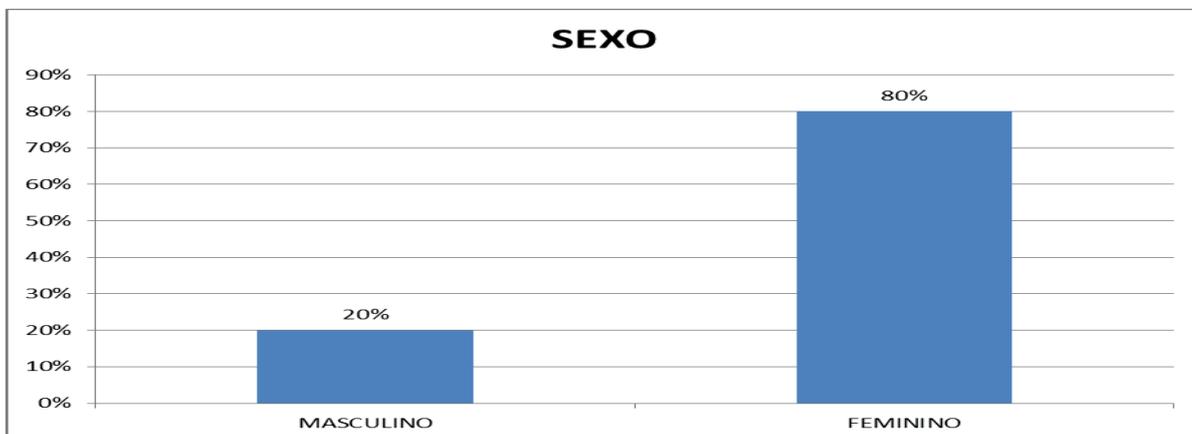


GRÁFICO 2: Caracterização dos sujeitos da pesquisa, referente ao sexo. Mossoró/RN.

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

O GRÁFICO 2 mostra que 20% dos entrevistados são do sexo masculino e 80% do sexo feminino.

Segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico de 2011, percebe-se que o sexo feminino é mais propenso à doença, correspondendo a 6% dessa população feminina.(BRASIL, 2006)



GRÁFICO 3: Caracterização dos sujeitos da pesquisa, referente ao nível de escolaridade. Mossoró/RN

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

O Gráfico 3 demonstra que nenhum dos participantes da pesquisa é analfabeto, 90% conseguiram concluir o 4º ano do ensino fundamental e 10% conseguiram concluir a 8º ano do ensino fundamental.

Cazarini et al (2002) relatam que o fator escolaridade dos portadores de diabetes influencia na melhoria da qualidade de vida. Portanto, a educação para a saúde poderá auxiliar as pessoas portadoras de diabetes a alcançarem a qualidade de vida e controle a DM TIPO 2, ao longo do processo doença.

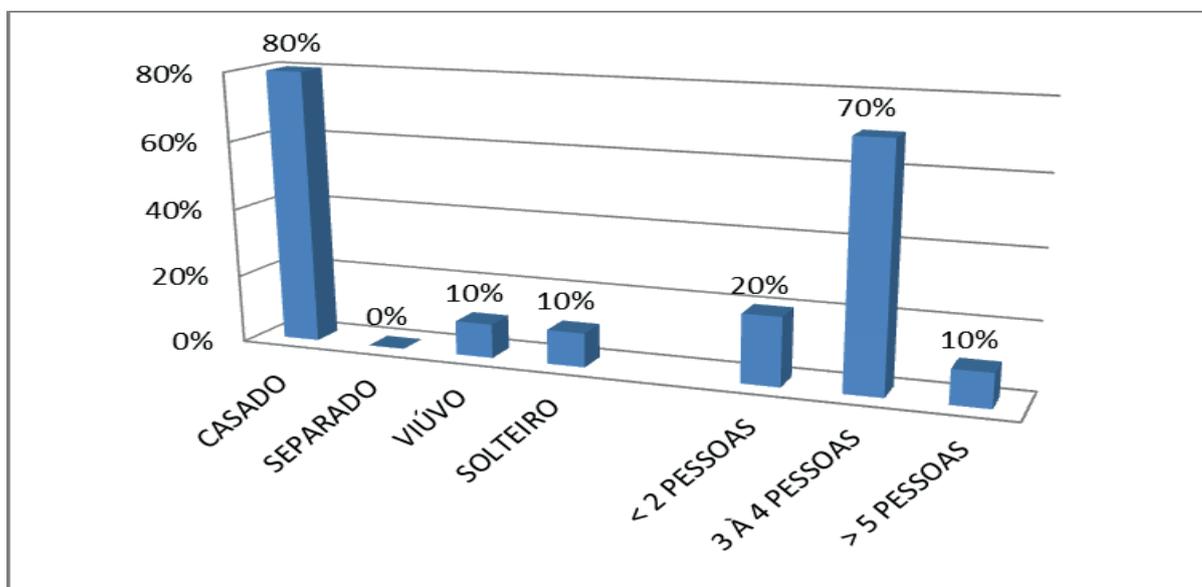


GRÁFICO 4: Caracterização dos sujeitos da pesquisa, referente ao estado civil e ao número de pessoas na residência. Mossoró/RN.

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

No Gráfico 4 constata-se que 80% dos sujeitos da pesquisa são casados, 10% viúvos, 10% solteiros e nenhum é separado, e no gráfico 5 foi observado que 20% dos entrevistados moram com 2 pessoas, 70% dos pesquisados moram com 3 a 4 pessoas e 10% moram com 5 pessoas.

Conclui-se que o apoio da família é muito importante para a motivação e adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos. Essa é uma das estratégias para a modificação do estilo de vida e aceitação da doença (SANTOS et al, 2005).

#### 4.2 Dados relacionados à percepção dos portadores de diabetes mellitus tipo 2 sobre a patologia

IDEIA CENTRAL I	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Desconhecimento	“Não sei falar sobre ela. (...) Mas explicações eu não sei. Pronto”. (E9, E6)
IDEIA CENTRAL II	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Doença de mal prognóstico	“É uma doença muito ruim (...) leva muitas pessoas a falecer”. (E3, E1)

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

Quadro1. Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado ao questionamento: Qual o seu conhecimento sobre diabetes mellitus?

No Quadro 1 observa-se, com a Ideia Central I, que os entrevistados apresentam desconhecimento sobre diabetes mellitus, e com a Ideia Central II, que eles percebem o diabetes como uma doença de mal prognóstico.

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a falta de informação

pode estar associada ao tempo de doença, à idade e à escolaridade e, portanto, existe o complexo de processo de apreensão de conhecimentos relacionados à patogenia do diabetes, bem como sua inclusão no cuidado. A problemática merece ênfase para buscar ações inovadoras que visem a promover adesão dessa população ao tratamento instituído, assim como maior participação nos programas educativos.

Apesar de os entrevistados mostrarem que o seu conhecimento sobre a doença está relacionado ao mau prognóstico da patologia, Baquedano (2010 apud BRASIL, 2013) refere-se ao diabetes mellitus como uma condição crônica de saúde, exigindo um cuidado permanente para manter um controle metabólico. No entanto para uma qualidade de vida melhor, é necessário desenvolver habilidades de autocuidado para manejo da doença, sendo essa uma maneira de prevenir as suas complicações crônicas.

Torna-se necessário uma ação educativa para instruir e conscientizar o diabético da importância do seu conhecimento sobre a DM como parte integral do cuidado, proporcionando um melhor convívio com a doença, tornando-o protagonista de seu tratamento e, assim, controlando a patologia e suas complicações (BRASIL, 2006).

IDEIA CENTRAL I	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Terapêutica farmacológica	“É feito com remédio (...) Com a medicação que pego no posto (...) Com a medicação bem direitinha”. (E2, E9, E10)
IDEIA CENTRAL II	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Atividades físicas	“Com exercícios físicos (...), caminhada (...) o doutor diz que eu vá caminhar”. ( E4, E9, E10)
IDEIA CENTRAL III	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Reeducação alimentar	“Com dietas (...). É feito com controle de açúcar, gordura, eu sei que muitas coisa que eu gosto de comer é <i>pra mim</i> não comer. Não comer tudo (...) [O] mais importante [é a] alimentação”. (E4, E5, E6 e E9)

Quadro 2. Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado ao questionamento: Como é feito o tratamento do diabetes mellitus tipo 2?

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

No quadro 2, a Ideia Central I mostra que a tratamento é feito através da terapêutica farmacológica. A Ideia Central II faz referência às atividades físicas, e a Ideia Central III, à reeducação alimentar.

A Associação Médica Brasileira recomenda que o tratamento se inicie pela reeducação alimentar e atividade física. Se essas medidas não surtirem efeitos para manter os níveis glicêmicos normais, será iniciado o tratamento farmacológico. (BRASIL, 2006).

O tratamento farmacológico deve ser feito cuidadosamente. O paciente deve tomar os hipoglicemiantes orais apenas uma vez por dia, pela manhã, embora outros

necessitem tomar 2 ou 3 doses. Quando os hipoglicemiantes orais não conseguem controlar suficientemente a concentração sérica de açúcar, pode ser necessário o uso injetável de Insulina Humana (NPH) e/ou Insulina Humana Regular combinado com hipoglicemiantes orais (LEHNINGER; NELSON; COX, 1995).

A atividade física é uma das medidas para o controle da doença. Segundo Gross et al (2002), é possível diminuir os valores glicêmicos por meio de medidas de intervenção por meio da prática de atividades físicas.

Deve ser mostrado aos pacientes que as modificações alimentares podem ser feitas de forma que não se altere o sabor dos alimentos, devendo-se diminuir o consumo de açúcar. O importante é adotar uma alimentação diversificada, saudável e saborosa (FRANCISCHI et al.2001).

As pessoas que têm um estilo de vida inadequado acompanhado de maus hábitos alimentares, sedentarismo, tabagismo e estresse são mais propensas a terem uma resistência à insulina (FERREIRA; OLIVEIRA; FRANCA, 2007).

Portanto, para o controle do Diabetes Mellitus tipo 2 é preciso que ocorra uma mudança no estilo de vida, uma dieta adequada, junto a prática de atividades físicas. É importante orientar e incentivar os pacientes diabéticos à reeducação alimentar para o controle metabólico e a redução dos fatores de risco (MCLELLAN et al,2007).

IDEIA CENTRAL I	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Complicações vasculares	“São muitas, e eu sei muito bem, porque perdi o meu dedão do pé direito (...) Perder a perna... eu sei porque eu ia perdendo a minha perna. Foi um milagre de Deus não ter perdido. (...) [houve dificuldade de] cicatrizar uma ferida”. (E2, E6 e E8)
IDEIA CENTRAL II	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Déficit visual	“É muita coisa, né?, cegueira (...) tenho pouca visão (...) Ficar cega”. (E3, E6 e E9)

Quadro 3. Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado ao questionamento: Quais as complicações do diabetes mellitus tipo 2?

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

O Quadro 3 mostra, na Ideia Central I, que as principais complicações do diabetes mellitus estão associadas às complicações vasculares e, na Ideia Central II, a principal complicação é o déficit visual.

As alterações da tolerância à glicose associam-se a vários danos, assim como a disfunção de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. Porém, ao mantêm o controle glicêmico, é possível retardar o surgimento de complicações micro e macrovasculares (BRASIL, 2006).

As pessoas na faixa etária entre 30 e 69 anos com diabetes mellitus em países desenvolvidos são mais acometidas pelas causas de cegueira não traumática (DUARTE, 2002).

É importante que seja feito o controle diabetes mellitus, porque os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular apresentam entre eles uma relação direta e dependente (MOLITCH et al., 2003).

Assim, torna-se relevante que a equipe da atenção básica de saúde permaneça atenta, não somente aos sintomas de diabetes, como também aos fatores de risco como os hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade (BRASIL, 2013).

IDEIA CENTRAL I	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Modificações alimentares	“Não poder comer tudo (...) a comida foi a mais difícil (...) não posso comer o que mais gosto” (...). (E2, E5, E6).
IDEIA CENTRAL II	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Restrições para vida social	“Tomar minha cervejinha dia de domingo com as amigas (...) mas a gente vai levando a vida” (...). (E9, E3)

QUADRO 4. Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado ao questionamento: Quais as dificuldades que você enfrenta devido ao diabetes mellitus tipo 2?

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

No quadro IV, a Ideia Central I mostra que as modificações alimentares estão associadas às principais dificuldades enfrentadas devido ao diabetes mellitus. E na Ideia Central II, essas modificações estão associadas às restrições para vida social.

Determinados fatores que interferem na prevenção ou no controle do diabetes mellitus tipo 2 e seus agravos estão relacionados à alimentação. As modificações alimentares consistem em um recurso para o controle glicêmico (BRASIL, 2013).

A alimentação da população brasileira é caracterizada pelo consumo excessivo de carnes vermelhas, bebidas alcoólicas, refrigerantes. (MCLELLAN et al, 2007). Portanto os pacientes diabéticos sofrem uma mudança brusca na vida social, através do qual muitos hábitos sociais passam por um processo de modificações. Logo eles param de comer alimentos que contenha gorduras e param de tomar bebidas alcoólicas, passando a seguir uma dieta rigorosa, tendo até mesmo de evitar sair com os amigos, tendo em vista evitar “tentações” de consumir esses alimentos.

O diagnóstico da doença causa um choque emocional em muitas pessoas que não se sentem preparadas para conviver com as limitações decorrentes da condição crônica da diabetes. A vivência com o diabetes implica em grandes restrições à vida social, afetando a natureza das relações pessoais.

Ter que mudar hábitos de vida que já estão consolidados e assumir uma rotina que envolve disciplina rigorosa do planejamento alimentar, da incorporação ou incremento de atividade física, e uso permanente e contínuo de medicamentos impõem a necessidade de entrar em contato com sentimentos, desejos, crenças

e atitudes. A modificação do estilo de vida não se instala magicamente, mas no decorrer de um percurso que envolve repensar o projeto de vida e reavaliar suas perspectivas de futuro de vida (PÉRES DS et al, 2007).

O paciente com diabetes mellitus tipo 2 está suscetível a enfrentar várias dificuldades. Diante dessa problemática, a qualidade de vida tem um conceito individual e é marcada por várias partes essenciais das condições humanas, seja física, social, psicossocial cultural e espiritual (TRENTINI, 1990).

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste trabalho possibilitou ver que o diabetes mellitus tipo 2 é um problema grave de saúde pública, em que os portadores da doença trazem em si uma ideia equivocada do que realmente se deve entender, compreender e ter consciência do que a doença acarreta, além dos cuidados necessários e primordiais que devem se ter.

O diabetes é uma doença silenciosa; atinge mais a pessoa que não faz exercício físico, tem maus hábitos alimentares e estilo de vida precário. Portanto, associa-se a diversos prejuízos à saúde, como obesidade, dislipidemias, problemas cardíacos, dentre outros problemas.

Constatou-se que todos os objetivos deste trabalho foram alcançados sem nenhum tipo de intercorrências, tendo em vista que os participantes da pesquisa não tiveram nenhuma rejeição em participar.

Diante da análise e discussão dos dados da amostra da pesquisa, foi identificada a situação socioeconômica em que 100% dos participantes estavam na faixa etária de 51 a 60 anos, 20% eram do sexo masculino e 80% do sexo feminino. Já em relação ao quesito escolaridade, descobriu-se que 90% concluiu o 4º ano do ensino fundamental e 10% concluiu a 8º ano do ensino fundamental. No que se refere ao estado civil, revelou-se que 80% são casados, 10% viúvos, 10% solteiros, por fim, quanto ao número de pessoas numa mesma residência, percebeu-se que 20% moram com 2 pessoas, 70% moram com 3 ou 4 pessoas e 10% moram com 5 pessoas.

Os profissionais de saúde devem ficar mais atentos aos pacientes com diabetes mellitus tipo 2, porque nesse período de suas vidas eles estão mais frágeis, por encontrar-se em grande mudanças no estilo de vida. Eles devem ser mais orientados para o autocuidado e o autoconhecimento, visando assim ao controle do diabetes e à participação nas consultas de enfermagem.

Todavia, faz-se necessário os profissionais de saúde desenvolverem ações motivadoras para garantir a participação dos pacientes diabéticos nas atividades de grupos e incentivá-los a conhecer melhor a doença e como conviver melhor com a patologia.

Acredita-se que esta pesquisa tenha informações relevantes sobre o assunto

e possa contribuir para os profissionais de enfermagem, auxiliando na melhoria da qualidade de vida dos diabéticos, e também ajudando a sociedade de forma a mostrar que todos são responsáveis pela busca da saúde.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. O sistema Único de Saúde. In: AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS**: Sistema Único de Saúde, antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.

ANDRADE, M.M. **Introdução à metodologia do trabalho científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

ARAÚJO, Leila Maria Batista; BRITTO, Maria M. dos Santos; CRUZ, Thomaz R. Porto da. Tratamento do Diabetes Mellitus do Tipo 2: Novas Opções. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v.44, n.6, dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Insulinas e Insumos para tratamento do Diabetes mellitus**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29944&janela=2](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29944&janela=2) Acesso em: 23 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes mellitus**. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes mellitus**. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hiperdia**. 2013. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id\\_area=807](http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807) Acesso em: 22 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/completa.pdf> Acesso em: 15 abr. 2013.

CAZARINI, R. P. et al. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas. **Medicina**, Ribeirão Preto, 35:142-150, abr./jun. 2002.

DIABETES mellitus. 2005. Disponível em: <http://genetica.ufcspa.edu.br/nutric/seminarios%20monitores/Diabetes.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2013.

DUALIBI, P.; VALENTE, F.; DIB, S. A. Diabetes mellitus do tipo 2 e do tipo 1. **Rev. Bras. Med.**, v.66, edição especial, dez. 2009.

FERREIRA, A. P. ; OLIVEIRA, C. E. R. ; FRANCA, N. M. Síndrome metabólica em crianças obesas e fatores de risco para doenças cardiovasculares de acordo com a resistência à insulina. **J. Pediatr.** v. 83, n. 1, p. 21-26. Rio de Janeiro jan./fev. 2007.

FERRAZ, Ana Emilia P. et al. Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no ambulatório de diabetes do HCFMRP-USP. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.33, p.170-175 abr./jun. 2000.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Métodos e metodologia na pesquisa científica**. São Caetano do Sul: Difusão, 2004.

FONTINELE JÚNIOR, Klinger. **Programa Saúde da Família (PSF)**: comentado. Goiânia: editora AB,

2008.

FRANCISCHI, R.P. et al. Exercício, comportamento alimentar e obesidade: revisão dos efeitos sobre a composição corporal e parâmetros metabólicos. **Rev. Paul.Educ. Fis.**, São Paulo, v. 15, p. 117-140, 2001.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: atlas, 2010.

GIOVANELLA, Ligia et al. **Políticas de Saúde e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio Janeiro: Fiocruz, 2012.

GRILLO, Maria de Fátima Ferreira; GOTINI, Maria Isabel Pinto Coelho. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.60, n.1, p.49-54, jan./fev. 2007.

GROSS, Jorge L. et al. Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 46, n. 1, fev. 2002.

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M.C.; MATTOS, T.M. **Enfermagem comunitária**. 4. ed. São Paulo: E.P.U., 2009.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A.M.C.; TEIXEIRA, J. J. **V.O Discurso do Sujeito Coletivo: Uma nova Abordagem Metodológica em Pesquisa Qualitativa**. Caxias Do Sul: EDUCS, 2000.

LOBO, F.S.; LIMA, I.F.S.; ACIOLI, K.L.B.O. Pacto pela saúde. In: AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde, antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUEZINE, G. F.; MANCINI, M.C. Diabetes mellitus. **Rev. Bras. Med.**, v.65, n.1/2, jan./fev. 2008.

McLELLAN, Kátia Cristina Portero et al. Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.20, n.5, p.515-524, set./out., 2007.

MINAYO, Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Editora Hucitec., 2010.

NASCIMENTO, Rogéria et al. Diabetes Mellitus Tipo 2: Fatores Preditivos na População Nipo-Brasileira. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.47, n. 5, out. 2003.

NELSON, D. L.; COX, M. M. **Lehninger**: princípios de bioquímica. São Paulo: Sarvier, 2006.

OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 2. ed. São Paulo: editora Martinari, 2010.

OLIVEIRA, A. C. P. et al. Diabetes "mellitus": diagnóstico e complicações. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v.94, n.1/2, jan./fev. 2008.

ORTIZ, Maria Carolina Alves; ZANETTI, Maria Lúcia. Levantamento dos atores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em uma instituição de ensino superior. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.9, p.58-63, maio 2001.

PAGANI, Mario Mecnas et al. **Exercício físico como tratamento para pessoas com diabetes mellitus tipo II**. [2007]. Disponível em: [http://www.inesul.edu.br/revista\\_saude/arquivos/arq-idvol\\_16\\_1361485659.pdf](http://www.inesul.edu.br/revista_saude/arquivos/arq-idvol_16_1361485659.pdf) Acesso em: 21/03/2013.

- PEREIRA, A. L. et al. Programas de atenção à saúde. In: FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São caetano do Sul: Yendis, 2009.
- RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social Métodos e Técnicas** 3. ed. São Paulo: Editora Atlas S. A., 2010.
- RIO GRANDE DO NORTE (Estado). Secretaria de Estado da Saúde Pública. **Relatório de gestão 2010**. Natal: Secretaria de Estado da Saúde Pública, 2010.
- RODRIGUES, C.R.F. Do programa de saúde da família à estratégia saúde da família. In: AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde, antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.
- SANTOS, E.C.B. et al. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. **Rev. Latino- americana Enfermagem**, 2005.
- SALES, Fernanda; SOUZA, Francisco das Chagas de; JOHN, Valquiria Michela. O emprego da abordagem DSC (discurso do sujeito coletivo) na pesquisa em educação. **Linhas**, Florianópolis, v. 8, n. 1, jan./jun. 2007.
- SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005. v. 3.
- SMELTZER, Suzanne.C et al. **Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico- cirúrgico**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2009. v. 3.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diagnóstico e Classificação do Diabetes Mellitus e Tratamento do diabetes Mellitus Tipo 2: Versão Final e Definitiva**. 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes**. Itapevi: SBD, 2009.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes**. Itapevi: SBD, 2008.
- SUPLICY, H.L.; FIORIN, D. Diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Bras. Med.**, v.69, edição especial, dez. 2012.
- TOSCANO, Cristiana M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.885-895, 2004.
- TRENTINI, M. et al. Mudanças no estilo de vida enfrentados por pacientes em condições crônicas de saúde. **Rev. Gaúcha Enf.**, v.11, n.1, p.18-28, 1990a.
- WIDMAN, S.; LADNER, E. **Diabetes**. Série informação é saúde. São Paulo: Editora Senac, 2002.

## SOBRE O ORGANIZADOR

**BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO** - Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia (Universidade Candido Mendes - RJ). Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática (2014). O segundo Pós doutoramento foi realizado pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com o projeto Análise Global da Genômica Funcional do Fungo *Trichoderma Harzianum* e período de aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Seu terceiro Pós-Doutorado foi concluído em 2018 na linha de bioinformática aplicada à descoberta de novos agentes antifúngicos para fungos patogênicos de interesse médico. Palestrante internacional com experiência nas áreas de Genética e Biologia Molecular aplicada à Microbiologia, atuando principalmente com os seguintes temas: Micologia Médica, Biotecnologia, Bioinformática Estrutural e Funcional, Proteômica, Bioquímica, interação Patógeno-Hospedeiro. Sócio fundador da Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente, desde 2016, no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Atuou como Professor Doutor de Tutoria e Habilidades Profissionais da Faculdade de Medicina Alfredo Nasser (FAMED-UNIFAN); Microbiologia, Biotecnologia, Fisiologia Humana, Biologia Celular, Biologia Molecular, Micologia e Bacteriologia nos cursos de Biomedicina, Fisioterapia e Enfermagem na Sociedade Goiana de Educação e Cultura (Faculdade Padrão). Professor substituto de Microbiologia/Micologia junto ao Departamento de Microbiologia, Parasitologia, Imunologia e Patologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e Coordenador do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Atualmente o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais. Contato: dr.neto@ufg.br ou neto@doctor.com

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Adesão 2, 23, 24, 28, 43, 44, 45, 46, 49, 51, 52, 53, 61, 64, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 127, 128, 129, 130, 160, 161, 179, 201, 220, 229

Adesão ao tratamento 23, 43, 44, 45, 46, 49, 51, 52, 53, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 118, 120, 121, 123, 124, 127, 129, 130, 160, 161, 229

*Aedes aegypti* 206, 207, 213, 214

Aminoglicosídeo 192, 194, 195

Ansiedade 4, 5, 72, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 215, 217, 220, 223, 224, 232

Antibióticos 33, 34, 36, 38, 112, 113, 114, 115, 116, 117

Atenção farmacêutica 168

Atenção primária à saúde 53, 168

Atividade antioxidante 101, 103, 105, 106, 109, 110

### B

Banco de leite 182, 184, 185, 188, 190

Bioquímica do esporte 146

### C

Café 215, 216, 217, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226

Cafeína 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226

Câncer 35, 38, 40, 41, 54, 55, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 221, 223, 225, 227, 228, 229, 231, 235, 236

Câncer de boca 55

Câncer de faringe 55

Cicatrização 11, 14, 101, 102, 103, 104, 108, 109, 110

Contraceptivos orais 112, 113, 114, 117, 224

Controle biológico 206

Cooperação 92, 97

Criança 18, 168, 182, 183, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205

Cuidados de Enfermagem 196, 197, 198

### D

Depressão 2, 72, 100, 110, 118, 120, 121, 123, 126, 129, 131, 194, 212, 220, 223, 232

Diabetes 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 64, 72, 78, 79, 147, 154, 159, 160, 161, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 173, 174, 176, 222, 223

Diabetes Mellitus 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 78, 79, 159, 160, 161, 164, 165, 167, 168

Dieta 11, 15, 25, 26, 38, 39, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 71, 146, 160, 220, 223, 229, 234, 235  
Doação de leite 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190  
Doença celíaca 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65  
Doenças crônicas não transmissíveis 67, 69, 70, 159, 160, 167, 168, 179, 228  
Drogas ilícitas 1, 2, 3, 4, 6

## E

Educação em Saúde 41, 43, 52, 66, 68, 69, 70, 73, 76, 77, 78, 79, 98, 120, 122, 129, 132  
Efeitos 2, 4, 5, 12, 24, 29, 33, 34, 35, 36, 39, 40, 42, 80, 82, 85, 95, 106, 109, 111, 112, 117, 118, 128, 129, 130, 147, 153, 191, 192, 193, 195, 211, 215, 217, 218, 219, 220, 221, 223, 224, 225, 226, 227, 229, 231, 232, 233, 234, 235, 236  
Efeitos adversos 2, 80, 95, 215, 217, 219, 221, 223, 224  
Embriologia 132, 133, 135, 136, 140  
Enfermagem 6, 8, 9, 17, 18, 19, 20, 27, 28, 29, 30, 31, 41, 53, 67, 79, 97, 99, 117, 132, 134, 136, 137, 139, 167, 181, 182, 189, 190, 196, 197, 198, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 225, 226, 238

## F

Fatores de risco 15, 25, 26, 28, 147, 167, 215  
Fentanil 80, 81  
Formação em Saúde 66  
Funcionários de uma Instituição de Ensino Superior 159

## G

Gene p53 55  
Glicose sanguínea 146, 152  
Glomerulonefrite membranosa 92  
Glúten 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65

## H

Handebol 145, 146, 147, 148, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157  
Hanseníase 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53  
Hiperêmese gravídica 1, 4  
Hipertensão 10, 13, 14, 30, 72, 76, 78, 79, 147, 159, 160, 161, 165, 166, 167, 168, 180  
HIV 85, 90, 91, 118, 119, 120, 122, 125, 129, 130, 131

## I

Idoso 18, 32, 33, 34, 35, 68, 69, 70, 75  
Interação medicamentosa 112, 113, 114, 115, 116, 117

## L

Liga Acadêmica 132, 133, 134, 135

## N

Nefrose lipoide 92

## O

Oncologia 8, 86, 196, 197, 198, 200, 201, 202, 204, 205, 235, 236, 237

## P

Pacientes 3, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 21, 23, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 34, 35, 38, 39, 40, 41, 44, 46, 49, 52, 53, 55, 56, 57, 60, 62, 63, 64, 65, 80, 81, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 119, 120, 121, 122, 124, 125, 129, 130, 135, 168, 179, 191, 192, 193, 194, 195, 198, 202, 203, 221, 222, 224, 227, 229, 230, 231, 232, 234, 235, 236

Parede Torácica 80, 81

Pediatria 37, 42, 197, 200, 203, 205

Perda auditiva 191, 192, 193, 194, 195

Prevalência 3, 4, 13, 38, 43, 48, 83, 84, 86, 87, 89, 117, 155, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 179, 223, 225

Probiótico 32, 35, 38, 40

Projeto de extensão 133, 136, 143

Promoção em Saúde 66, 181, 189

Prontuários 83, 86, 87, 193, 195

## Q

Qualidade De Vida 10, 11, 22, 24, 27, 28, 32, 33, 34, 35, 38, 39, 41, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 73, 77, 78, 79, 93, 95, 97, 118, 121, 129, 168, 189, 194, 195, 198, 203, 217, 229

## R

Radicais livres 101, 102, 103, 105, 108, 109, 222

Reprodução Humana 132, 133, 135, 141

Rigidez 80, 81

Roedores 206

## S

Saúde Pública 2, 9, 10, 27, 30, 44, 52, 53, 63, 64, 99, 119, 131, 159, 179, 183, 190, 214, 226, 228, 235, 236, 238

## T

Terapia Cognitivo-Comportamental 118, 121, 125, 129, 131

Toxicidade aguda 206, 211, 212

*Toxoplasma gondii* 83, 84, 86, 90, 91

Tratamento Farmacológico 24, 43, 44, 45, 46, 92, 94, 95

Trigo 59, 60, 61

Tuberculose multirresistente 192

## U

UFRGS 6, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 140, 144

Uso da maconha 1, 4, 5

Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-7247-671-3

