

# **A AVALIAÇÃO DO RISCO DE DIABETES MELLITUS DO TIPO 2 EM ADULTOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NOROESTE FLUMINENSE**

**Dislaine Bernardes dos Santos Motta<sup>1</sup>, Dinart Rocha Filho<sup>2</sup>, Enoghalliton de Abreu Arruda<sup>3</sup>, Paula Vieira Domingues<sup>4</sup>, Theresa Rachel Jacinto de Souza Bomfim<sup>5</sup> & \*Arandir de Souza CARVALHO<sup>6</sup>**

1. Faculdade Santo Antônio de Pádua – FASAP, Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro, Brasil
2. Faculdade Santo Antônio de Pádua – FASAP, Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro, Brasil
3. Faculdade Santo Antônio de Pádua – FASAP, Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro, Brasil
4. Faculdade Santo Antônio de Pádua – FASAP, Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro, Brasil
5. Faculdade Santo Antônio de Pádua – FASAP, Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro, Brasil
6. Faculdade Santo Antônio de Pádua – FASAP, Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro, Brasil / Universidade Iguazu – Campus V, Itaperuna, Rio de Janeiro, Brasil.

\* Autor para correspondência: arandir80@yahoo.com.br

## **RESUMO**

O diabetes mellitus é considerado uma das principais doenças crônicas não transmissíveis que afeta toda a população mundial, sendo um dos importantes problemas de saúde pública da atualidade, tanto em número de pessoas portadoras quanto acerca do custo relacionado ao controle e ao seu tratamento. Este trabalho teve como objetivo geral avaliar o risco de desenvolver diabetes mellitus do tipo 2 nos próximos 10 anos em adultos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do Distrito de Paraíso do Tobias, Município de Miracema-RJ. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo com uma abordagem quantitativa exploratória e analisada por meio da epidemiologia descritiva. Partiu-se do pressuposto: “Os adultos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do Distrito de Paraíso do Tobias, Município de Miracema – RJ, são estratificados quanto ao risco de desenvolver Diabetes Mellitus do Tipo 2”? Os resultados obtidos demonstraram a prevalência do risco baixo de desenvolverem diabetes mellitus do tipo 2 tanto em mulheres quanto em homens. Considerando o público-alvo pesquisado, o sexo masculino foi o que apresentou maior risco de desenvolver diabetes tipo 2, sendo que destes, 21 sujeitos apresentaram risco muito alto para o desenvolvimento da doença. As faixas etárias dos adultos pesquisados que apresentaram maior risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 foram entre os 45 a 54 anos de idade em mulheres e 65 anos ou mais de idade nos homens.

**Palavras-chave:** Atenção Básica, Saúde da Família e Diabetes Mellitus.

# THE EVALUATION OF THE RISK OF DIABETES MELLITUS TYPE 2 REGISTERED IN ADULTS IN FAMILY HEALTH STRATEGY OF A REGION OF NORTHWEST MUNICIPALITY FLUMINENSE

## ABSTRACT

Diabetes mellitus is considered one of the major chronic diseases affecting the world's population, one of the most important public health problems of our time, both the number of people suffering as the cost related to the control and treatment. This study aimed to assess the risk of developing type 2 diabetes in the next 10 years in adults registered in the Family Health Strategy Tobias Paradise District, Municipality of Miracema-RJ. It is a descriptive epidemiological study with an exploratory quantitative approach and analyzed by descriptive epidemiology. We use the following guiding question: "Adults registered in the Health Strategy Tobias Paradise District Family, Municipality of Miracema - RJ, are stratified by risk of developing diabetes mellitus type 2"? The results showed the prevalence of low risk of developing diabetes mellitus type 2 both in women as in men. Considering the audience researched, males showed the increased risk of developing type 2 diabetes, and of these, 21 subjects showed very high risk for developing the disease. The age groups of adults surveyed who had a higher risk of developing type 2 diabetes mellitus were between 45-54 years of age for women and 65 years of age or older in men.

**Keywords:** Primary Care, Health and Diabetes Mellitus.

## 1 INTRODUÇÃO

A prevalência de adultos com diabetes mellitus em nosso país é consequência de um conjunto de fatores que envolvem o estilo de vida, a hereditariedade, o sedentarismo, a má alimentação e associação de co-morbidades.

O diabetes mellitus é uma doença crônica com expressão significativa na população, incidindo sobre indivíduos de todas as idades, principalmente em adultos acima dos 20 anos.

A equipe de saúde da família realiza suas ações, procedimentos e atividades em um território adstrito pelo qual assume a responsabilidade sanitária sobre a população adscrita organizando seu processo de trabalho de modo a promover a otimização das ações e a longitudinalidade do cuidado.

Atualmente os gestores, coordenadores e profissionais das equipes de saúde da família apresentam dificuldades estruturais para a identificação, o cadastro e o acompanhamento dos usuários que apresentam diabetes mellitus, o que nos faz refletir sobre o déficit na realização do diagnóstico precoce da doença. Diante deste exposto, é importante que a população conheça o grau individual de risco para diabetes mellitus a fim de que se torne co-partícipe do processo do seu próprio cuidado.

Este estudo apresenta como problema de pesquisa: Os adultos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do Distrito de Paraíso do Tobias, Município de Miracema – RJ, são estratificados quanto ao risco de desenvolver Diabetes Mellitus do Tipo 2?

Parte-se do pressuposto que, embora as ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de riscos sejam características do processo de trabalho das equipes de atenção básica, os adultos adscritos na área de abrangência da equipe de saúde da família do Distrito de Paraíso do Tobias, Miracema-RJ, desconhecem a classificação quanto ao risco de desenvolverem diabetes mellitus tipo 2.

Para dar resposta ao problema do trabalho, articula-se o seguinte objetivo geral: avaliar o risco de desenvolver diabetes do tipo 2 nos próximos 10 anos em adultos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do Distrito de Paraíso do Tobias, Município de Miracema-RJ.

Para atingir o objetivo geral, relacionam-se os objetivos específicos abaixo:

- Identificar a prevalência em relação ao gênero que apresenta maior risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 no período de 10 anos em adultos cadastrados na Estratégia Saúde da Família no Distrito de Paraíso do Tobias, Município de Miracema-RJ.
- Demonstrar, no geral, a faixa etária no adulto que apresenta mais risco de desenvolver diabetes tipo 2 no período de 10 anos em adultos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do Distrito de Paraíso do Tobias, Município de Miracema – RJ.
- Descrever os cuidados de enfermagem para a promoção e prevenção de diabetes do tipo 2 em adultos cadastrados na Estratégia Saúde da Família no Distrito de Paraíso do Tobias Município de Miracema-RJ.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 A SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA DE REORIENTAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA**

A atenção básica conceitua-se como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, sendo responsável pela promoção, proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde, redução dos danos causados pela doença e manutenção da saúde (BRASIL, 2011, p. 3).

Para Mendonça, Vasconcellos e Viana (2008), a atenção básica é a porta de entrada ao sistema de saúde. Têm como foco a utilização de uma atenção integral que proporcione impacto na saúde e na autonomia da população e também no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva

O Ministério da Saúde (2012) define como fundamentos e diretrizes da atenção básica: possuir território adscrito e responsabilidade sanitária; o acesso universal, como porta de entrada aberta e de preferencial do sistema; a adscrição dos usuários; o estabelecimento do vínculo e a responsabilidade garantindo assim, continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado prestado à população.

Conforme aponta Sousa e Hamann (2009), a Estratégia Saúde da Família (ESF) configura como um modelo capaz de reorganizar as ações e os serviços de saúde na atenção básica.

Segundo Escorel et al. (2007), o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, definido na década de 1990, desempenhou uma importante ordenação dos serviços de saúde no país a partir de suas diretrizes, princípios e fundamentos, os quais podem ser representados sumariamente pela: universalidade da assistência em todos os níveis para a população brasileira com acesso aos serviços; descentralização das responsabilidades dos três níveis de governo (municipal, estadual e federal) e a participação da população na definição de políticas de saúde, bem como em seu controle social.

Para Mendes (2010), a solução de uma boa parte dos problemas do SUS consiste na implantação de redes de atenção à saúde (RAS) com o propósito de gerar um impacto positivo nos indicadores de saúde da população e na atenção prestada. Para que isso se concretize de fato, é necessário inovar e organizar um

sistema de saúde, redirecionando seus serviços e ações por meio de diversos pontos de atenção não mais hierarquizados e circunscritos a apenas uma área geográfica e sim, em um arranjo poliárquico horizontal.

Conforme aponta Castells (2000), as RAS são definidas como novas maneiras de organização social das ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas, interligada por meio de sistemas de apoio técnico, de gestão e logístico, procurando garantir um cuidado integral para a população.

## **2.2 DIABETES MELLITUS E SUA INTERFACE NA SAÚDE COLETIVA**

De acordo com Potin (2002), o diabetes mellitus é considerado uma das principais doenças crônicas não transmissíveis que afetam toda a população mundial, sendo um dos mais importantes problemas de saúde pública da atualidade, tanto em número de pessoas portadoras quanto ao custo relacionado ao controle e tratamento da patologia.

De acordo com a Secretaria do Estado de Minas Gerais (2013), um dos maiores problemas de saúde pública no mundo é o diabetes mellitus. Segundo dados estimativos apontam que em 2030, 438 milhões de pessoas em todo o mundo terão a doença.

Apresenta uma etiologia multifatorial, a qual têm como fatores o tabagismo, a alimentação inadequada, a obesidade, o sedentarismo, a dislipidemia, dentre outros. Esses fatores estão associados ao aumento da incidência da doença como também à sua progressão e o seu controle (MINAS GERAIS, 2006, p. 69-72).

Malta et al. (2014), informa em seu estudo que o aumento da prevalência do diabetes tem sido notado em todas regiões do mundo em decorrência do aumento da expectativa de vida, do crescimento da população de idosos, além das mudanças no estilo de vida.

De acordo com Klafke et al. (2014) epidemia mundial de diabetes mellitus tem representado um desafio para os sistemas de saúde. Estimativas recentes indicaram que 11,9 milhões de pessoas entre 20 e 79 anos de idade tenham diabetes no Brasil, tornando o país o quarto em número de casos de diabetes no mundo.

A prevalência do diabetes mellitus sob a ótica do trabalho de Fernandes e Yavo (2005, p.17):

No Brasil, a prevalência do diabetes na população de 30 a 69 anos de idade é de 7,6%, o que representa cerca de dez milhões de pessoas: Brasília tem prevalência de 5,22%; Recife, 6,42%; Fortaleza, 6,48%; Belém, 7,16%; Rio de Janeiro, 7,47%; Salvador, 7,87%; João Pessoa, 7,95%; Porto Alegre, 8,89% e São Paulo, 9,66%. A prevalência do diabetes mellitus por grupo etário, na população brasileira de 30 a 69 anos é: 30 a 39, 2,7%; 40 a 49, 5,52%; 50 a 59, 12,66%; 60 a 69, 17,43%.

Para Oliveira e Milech (2006), o diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e isso impacta de forma muito negativa a população, atingindo pessoas em plena vida reprodutiva, tendo como resultado crescente um aumento no custo para o tratamento da doença e, sobretudo suas complicações, com impacto financeiro no sistema de saúde.

Para Ferreira (2013), o diabetes mellitus poderá ocasionar como consequência, várias complicações que incluem a disfunção de órgãos nobres, tais como os rins, os olhos, o coração e o cérebro, sendo suas principais consequências a mortalidade por doença cerebrovasculares e cardíacas gerando ainda cegueira, amputação de membros inferiores, pé diabético e insuficiência renal aguda e crônica.

Conforme a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (2006), estimativas apontam para as próximas décadas um aumento epidêmico das doenças crônicas em vários países desenvolvidos, com especial atenção para as doenças cardiovasculares e o diabetes do tipo 2.

Para Oliveira et. al. (2004), os sinais e sintomas clássicos que levantam a suspeita de diabetes são os "quatro P's": poliúria (indivíduo com diabetes elimina grandes volumes de urina), polidipsia (aumento da sede), polifagia (fome excessiva), e perda involuntária de peso. Outros sintomas incluem: fadiga, letargia, fadiga, prurido vulvar e cutâneo, visão turva, dispareunia, sonolência, náusea. Embora esses sinais são mais presentes no diabetes do tipo 2, quando relacionados ao DM do tipo 1 são mais severos, podendo progredir para cetose, desidratação e acidose metabólica.

Como aponta Gross et al. (2002), o controle glicêmico é fundamental para o tratamento do diabetes mellitus, pois o paciente que se encontra assintomático poderá prevenir as complicações agudas e crônicas, contribuindo para a redução da mortalidade e promovendo a sua qualidade de vida.

Segundo Gusso & Lopes (2012), os hipoglicemiantes orais são os medicamentos considerados de primeira escolha para o tratamento do diabetes tipo 2, pois além de possuírem boa aceitação pelos clientes, em comparação à insulina, proporcionam um menor ganho de peso. As classes usualmente prescritas na rede pública são: as sulfonilureias, representadas por exemplo, pelos medicamentos (glipizida, gliburida, tolbutamida e clorpromazida).

Estes mesmos autores ratificam a ideia de que os hábitos de vida saudáveis acompanhados de uma alimentação adequada, o não consumo de álcool e o uso do fumo, o peso adequado e a realização de exercícios físicos regularmente são estratégias essenciais para o controle da doença.

### **3 MÉTODOS**

#### **3.1 AMOSTRA**

Localizada entre os Estados do Espírito Santo e Minas Gerais, a Região Noroeste é uma das seis mesorregiões pertencentes ao Estado do Rio de Janeiro, composta por treze municípios e duas microrregiões, Santo Antônio de Pádua e Itaperuna. O cenário da pesquisa foi composto pelo Distrito de Paraíso do Tobias, Município de Miracema – RJ.

Para o cálculo da amostragem foi utilizada a fórmula adaptada de Mattar (1999, p. 329), a qual se apresenta na seguinte estruturação:  $n = Z^2 \cdot p \cdot q / e^2$ . Para o desenvolvimento deste trabalho, definiu-se o coeficiente de confiança uma constante  $Z = 1,647$ , que fornece uma margem de 90% de confiança. A estimativa de variância assumida pelas variáveis “p” e “q” - é de 50%. E, por fim, estabeleceu-se como 5% a margem de erro para esta pesquisa, uma vez que o objetivo é alcançar um resultado mais próximo da realidade. Logo, foram pesquisadas, por meio da técnica de amostragem simples, 320 pessoas acima de 18 anos de idade, sendo 160 sujeitos do sexo masculino e 160 sujeitos do sexo feminino.

A população de estudo foi determinada segundo características peculiares pertinentes à pesquisa, utilizando como critério de inclusão: ter idade superior a dezoito anos, ser cadastrado na área de abrangência da equipe, ser alfabetizado e voluntariar-se a participar da pesquisa.

Tal definição de critério de inclusão está relacionada à classificação do Ministério da Saúde para o indivíduo adulto e o vínculo da equipe de saúde da família com a população.

Como critérios de exclusão foram desconsiderados: os adultos que residiam fora da área de abrangência da equipe de saúde da família presentes no momento da visita, os usuários com idade inferior a 18 anos, gestantes, e também, o indivíduo que, no momento da pesquisa, negou-se a participar da mesma.

### 3.2 INSTRUMENTO.

Para esta pesquisa quantitativa, foi aplicado um questionário padronizado, validado e modificado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais a partir do “Questionário de risco de ter diabetes” da Finrisk da Finnish Diabetes Association (ANEXO A) a fim de coletar dados primários.

Este instrumento apresentou como categoria de respostas as informações: idade; medida da cintura; índice de massa corporal; a prática da atividade física; o consumo diário de vegetais, frutas, legumes ou grãos; alteração do nível de glicose; pressão alta e uso de medicamentos para controle e história de parentes de primeiro e segundo graus com diabetes mellitus.

### 3.3 CONTEXTO E PROCEDIMENTO

A coleta de dados foi desenvolvida durante a jornada de trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família, por meio das visitas domiciliares junto aos Agentes Comunitários de Saúde das microáreas, no período compreendido entre os meses de junho a julho do ano de 2015.

A pesquisa, quanto aos objetivos a que propõe, teve como delineamento a epidemiologia descritiva, por meio de um estudo transversal com abordagem quantitativa e exploratória.

Os sujeitos da pesquisa que participaram deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) de acordo com a Resolução 466/2012, do Ministério da Saúde, referente ao estudo envolvendo seres humanos. Não houve aprovação do Comitê de Ética.

## 5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados dessa pesquisa foram analisados por meio da epidemiologia descritiva estabelecidos em tabelas e gráficos na forma de barra com porcentagem. Estes gráficos e tabelas foram executados por meio do programa EXCEL 2007 e viabilizados para exibição no formato das tabelas do WORD 2007.

Nos gráficos 1 e 2, percebe-se que o risco de desenvolver diabetes tipo 2 nos próximos 10 anos em adultos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do Distrito de Paraíso do Tobias, Município de Miracema-RJ, foi de predominância do risco baixo tanto em mulheres quanto em homens.

Para o Ministério da Saúde (2007), o rastreamento do diabetes mellitus é indicado para todos os adultos adscritos na área de abrangência da equipe de saúde da família, sejam sintomáticos ou não, contribuindo assim, para a realização do diagnóstico precoce, para a longitudinalidade do cuidado e o estabelecimento de planos terapêuticos capazes de evitar complicações e até mesmo o óbito.

O gráfico 3, demonstra que, dentre os 320 sujeitos pesquisados, o sexo masculino foi o que apresentou maior risco de desenvolver diabetes tipo 2, sendo que destes, 21 homens apresentaram risco muito alto para o desenvolvimento da doença. Segundo Murussi et al. (2003), o sexo masculino tem sido considerado fator de risco para o surgimento de complicações da diabetes, sendo a principal causa de nefropatia diabética.

Em relação à faixa etária dos adultos pesquisados que apresenta maior risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 em mulheres (gráfico 4), observa-se a idade compreendida entre os 45 a 54 anos de idade em mulheres e 65 anos ou mais de idade nos homens, o que nos faz pensar que a realização de ações de promoção e prevenção à saúde para estes grupos seja um fator essencial para evitar as possíveis complicações da doença.

Os gráficos 5 e 6, demonstram que dos 320 sujeitos pesquisados no Distrito de Paraíso do Tobias, Município de Miracema, poucos praticam atividade física (36,87% das mulheres e 28,12% dos homens).

Os gráficos 7 e 8, demonstraram que, ao se comparar os grupos de homens e mulheres pesquisados, percebemos que as mulheres hipertensas fazem mais uso

de medicamentos anti-hipertensivos para o controle da pressão arterial que a população masculina, independente da faixa etária.

Segundo Gazetta & Lima (2007), a hipertensão arterial atinge 15 a 20% da população adulta, podendo chegar a 50% em idosos e atinge mais o sexo masculino na faixa dos 45-50 anos de idade depois dessa faixa etária a prevalência é maior no sexo feminino.

De acordo com a secretaria Estadual de Minas Gerais (2006), os cuidados de enfermagem para promoção e prevenção do diabetes tipo 2 incluem: tratar a resistência à insulina; remover os fatores de risco para a doença; perda de peso de 7% a 10% em 6 a 12 meses, acompanhada de exercício físico; dieta saudável; cessação do fumo.

Segundo Brunner e Suddarth (2008):

Os pacientes devem ser instruídos sobre nutrição, efeitos dos medicamentos e efeitos colaterais, exercício, progressão da doença, estratégias de prevenção, técnicas de monitoração da glicemia e ajuste dos medicamentos. Além disso, devem as habilidades associadas à monitoração e tratamento do diabetes, devendo incorporar muitas novas atividades em suas rotinas diárias. Uma apreciação para o conhecimento e habilidades que os pacientes com diabetes devem adquirir pode ajudar as enfermeiras a fornecer o aconselhamento e a educação efetivos do paciente.

TABELAS 1 e 2- Risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 nos próximos 10 anos

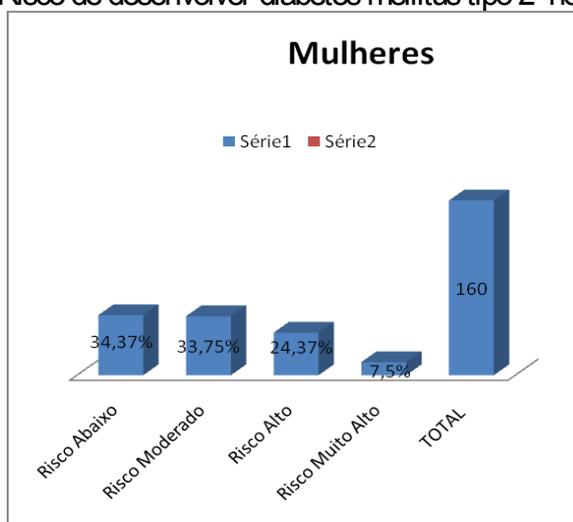
	População Mulheres	Percentual
Risco baixo	55	34,37%
Risco moderado	54	33,75%
Risco alto	39	24,37%
Risco muito alto	12	7,5%
Total	160	100%

FONTE: Dados do autor

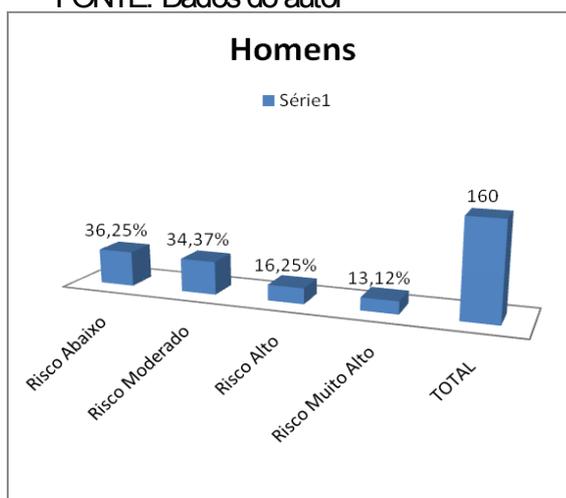
	População Homens	Percentual
Risco baixo	58	36,25%
Risco moderado	55	34,37%
Risco alto	26	16,25%
Risco muito alto	21	13,12%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>

FONTE: Dados do autor

GRÁFICO 1 e 2 - Risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 nos próximos 10 anos



FONTE: Dados do autor



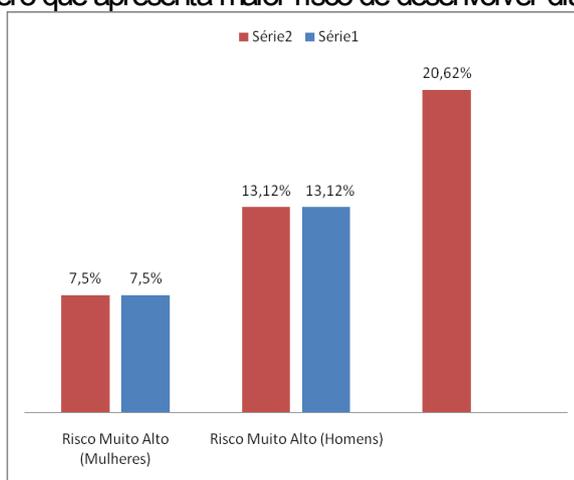
FONTE: Dados do autor

TABELA 3 - Gênero que apresenta maior risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2

	População Mulheres e homens	Percentual
Risco muito alto (mulheres)	12	7,5%
Risco muito alto (homens)	21	13,12%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>20,62%</b>

FONTE: Dados do autor

GRÁFICO 3 - Gênero que apresenta maior risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2



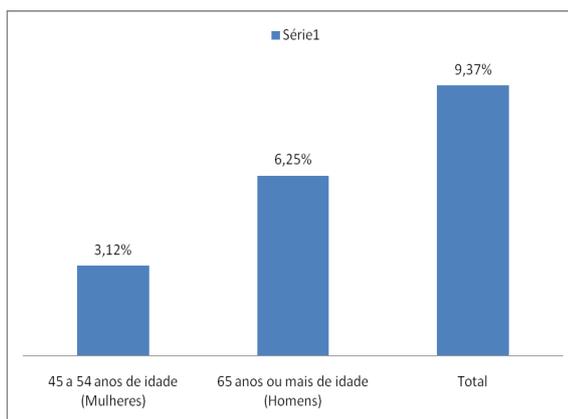
FONTE: Dados do autor

TABELA 4 - Faixa etária no adulto que apresenta maior risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2

	População Mulheres e homens	Percentual
45 a 54 anos de idade (mulheres)	5	3,12%
65 anos ou mais de idade (homens)	10	6,25%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>9,37%</b>

FONTE: Dados do autor

GRÁFICO 4 - Faixa etária no adulto que apresenta maior risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2



FONTE: Dados do autor

TABELAS 5 e 6 - Pessoas que realizam atividade física regularmente

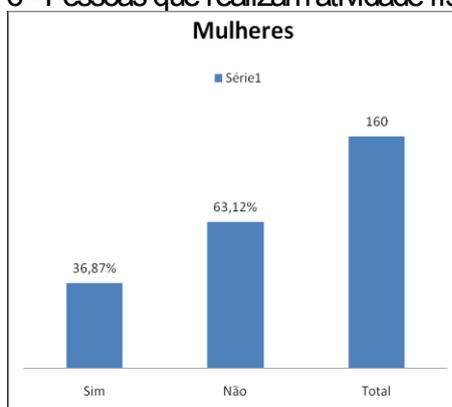
	População Mulheres	Percentual
Sim	59	36,87%
Não	101	63,12%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>

FONTE: Dados do autor

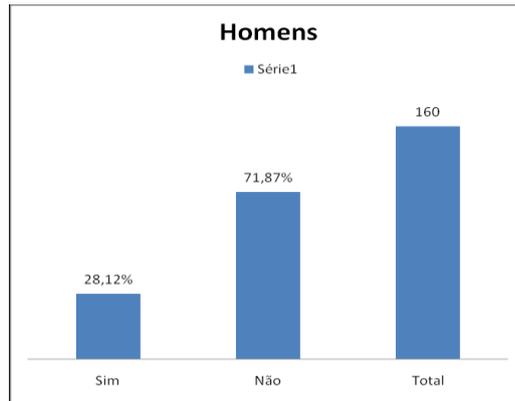
	População Homens	Percentual
Sim	45	28,12%
Não	115	71,87%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>

FONTE: Dados do autor

GRÁFICOS 5 e 6 - Pessoas que realizam atividade física regularmente



FONTE: dados do autor



FONTE: Dados do autor

TABELAS 7 e 8 - Pessoas que tem pressão alta ou toma remédio para controlá-la

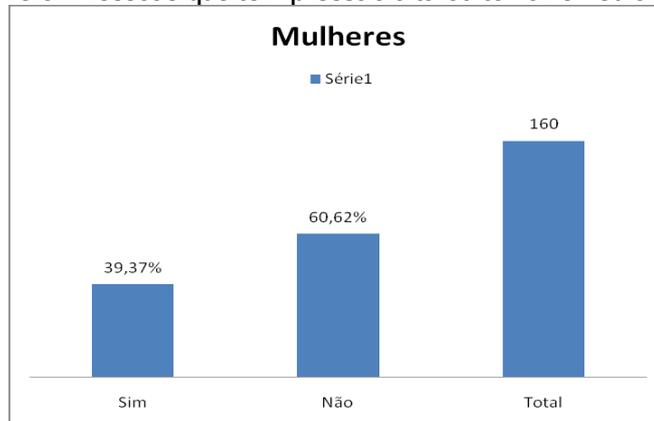
	População Mulheres	Percentual
Sim	63	39,37%
Não	97	60,62%
Total	160	100%

FONTE: Dados do autor

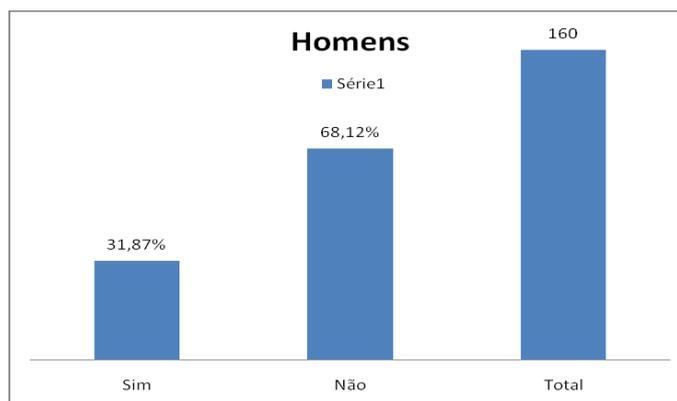
	População Homens	Percentual
Sim	51	31,87%
Não	109	68,12%
Total	160	100%

FONTE: Dados do autor

GRÁFICOS 7 e 8 - Pessoas que tem pressão alta ou toma remédio para controlá-la



FONTE: Dados do autor



FONTE: Dados do autor

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe de saúde da família deve organizar o seu processo de trabalho por meio do planejamento compartilhado das ações e serviços de saúde, atualizando sua agenda para a demanda espontânea e programada aos usuários cadastrados com diabetes mellitus e também ordenar as redes para que as ações de saúde sejam elencadas como prioritárias a partir das necessidades de saúde da população.

O predomínio do risco de desenvolver diabetes tipo 2 nos próximos 10 anos em adultos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do Distrito de Paraíso do Tobias, Município de Miracema-RJ, foi do risco baixo tanto em mulheres quanto em homens.

Dentre os 320 sujeitos pesquisados, o sexo masculino foi o que apresentou maior risco de desenvolver diabetes tipo 2, sendo que destes, 21 homens apresentaram risco muito alto para o desenvolvimento da doença.

A faixa etária dos adultos pesquisados que apresentou maior risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 em mulheres, foi a compreendida entre os 45 a 54 anos de idade e 65 anos ou mais de idade nos homens.

Os cuidados de enfermagem para promoção e prevenção do diabetes tipo 2 incluem: tratar a resistência à insulina; remover os fatores de risco para a doença (tabagismo, hipertensão, fumo, intolerância à glicose) acompanhados de exercício físico, mudança no estilo de vida, dieta saudável, redução do peso, cessação do fumo, entre outros.

Para que esse cuidado seja efetivo, faz-se necessário a orientação e educação de todos os portadores da doença, para que de alguma forma tenha influência no processo de promoção e prevenção. Os profissionais, familiares e o paciente devem estar cientes de todo o processo, para que juntos saibam realizar os cuidados adequados e obtenham uma boa qualidade de vida.

Ainda que o conteúdo apresentado possa apresentar certas interrogações, não podemos encerrar aqui este conteúdo. O que pode surgir dúvidas o que torna necessário novos questionamentos sobre o tema abordado, deixando o leitor livre para novos estudos a respeito.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p.

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Diabetes - Diagnóstico precoce do Diabetes Mellitus**. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica - PNAB**. Brasília – DF, 2012.

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011.

CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **RBMFC**, Rio de Janeiro, v. 2, nº 6, jul/ set 2006, p. 131- 147.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo, Paz e Terra, Volume I, 4ª ed., 2000.

ESCOREL, S. et. al. O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo para atenção básica no Brasil. **Fundação Oswaldo Cruz, Escola nacional de saúde Pública**, Rio de Janeiro – Brasil, 2007, p. 164 – 176.

FERNANDES, J. P.; YAVO, B. Aspectos epidemiológicos da diabetes mellitus em população de um bairro periférico de São Paulo. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Jan./ jul. 2005, p. 16 – 24.

FERREIRA, D. N. R. **“Ausência de consulta médica de rotina entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: um estudo epidemiológico baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008”**. 2013. 62 f. Dissertação (Mestrado em

Ciências na área de Concentração Saúde Coletiva, Sub-área: Epidemiologia). Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ, Belo Horizonte.

GAZETTA, C. E.; LIMA, L. P. M. Análise do programa de controle de hipertensão arterial em Unidade Básica de Saúde da Família de São José do Rio Preto. **Arquivo Ciência Saúde**. Abr/Jun. 2007, p. 17 – 25.

GROSS, J. L.; et al. Diagnostico, classificação e avaliação do controle glicêmico. **Arq. Bras. Endocrinol. metab.**v. 46 n. 1 São Paulo fev. 2002.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. v. 2. São Paulo: Artmed, 2012.

KLAFE, A. et. al. Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no Brasil, 2006- 2010\*. **Epidemiologia Serviço em Saúde**, Brasília, 2014, p. 455 – 462.

MALTA, D. C. et. al. Tendência da prevalência do diabetes melito autorreferido em adultos nas capitais brasileiras, 2006 a 2012. **Epidemiologia Serviço em Saúde**, Brasília, 2014, p. 599 – 608.

MURUSSI, M, et al . Nefropatia Diabética no diabete melito tipo 2: fatores de risco e prevenção. **Arq. Bras.Endocrin. & Metabol.** 2003; p. 24 - 47.

OLIVEIRA, C. L.; et al. Obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. **Rev. Nutr.** v. 17, n. 2, p. 237 - 245. Campinas, abr./jun. 2004.

OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, A. **Diabetes Mellitus - Clínica, Tratamento e Diagnóstico Multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2006.

POTIN, F. M. G.; MARIA, A. M. T. Orientação recebida do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 15, n. 1, p. 1 – 10, 2002.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica**. 3. ed. Belo Horizonte, 2013.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Saúde em Casa**. Belo Horizonte, 2006.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta? **Núcleo de Estudos de Saúde Pública, Centro de Estudos Avançados multidisciplinares, UnB**, Brasília – DF, 2009, p. 1325 – 1335.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### A AVALIAÇÃO DO RISCO DE DIABETES MELLITUS DO TIPO 2 EM ADULTOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NOROESTE FLUMINENSE

**Pesquisadora responsável: Dislaine Motta**

Este documento tem por finalidade esclarecer ao pesquisado, de forma clara e objetiva, sobre a pesquisa a ser realizada: finalidade, local, duração, procedimentos utilizados, possíveis riscos e desconfortos a sua pessoa, benefícios esperados e objetivos a serem alcançados com a mesma.

A participação do pesquisado, nesta pesquisa, é de livre e espontânea vontade e, a qualquer momento, poderá interrompê-la, recusar-se a submeter a quaisquer procedimentos, como também dela desistir, a tempo e modo, como assim o desejar, sem qualquer penalização ou prejuízo a sua pessoa.

**OBJETIVO DO ESTUDO:** Avaliar o risco de desenvolver diabetes do tipo 2 nos próximos 10 anos em adultos cadastrados na estratégia saúde da família do Distrito de Paraíso do Tobias, Município de Miracema-RJ.

**PROCEDIMENTOS:** Estudo descritivo do tipo transversal com uma abordagem quantitativa exploratória. Para a coleta de dados será aplicado um questionário padronizado por meio de uma amostra aleatória de adultos com mais de 18 anos de idade, tendo como base o cálculo adaptado de MATTAR (1999, p.329) para a escolha do quantitativo dos sujeitos da pesquisa.

**CONFIDENCIALIDADE:** Todas as suas respostas serão estritamente confidenciais e você não será identificado em nenhuma apresentação dos resultados desta pesquisa. Para que você possa se sentir bem à vontade para responder as perguntas do pequeno questionário e realizar os testes, antes de assinar este documento, você deve esclarecer com o profissional de saúde qualquer dúvida que você tenha em relação a esta pesquisa. Portanto, o projeto só possui cunho estatístico. Tornando posteriormente o resultado estatístico da pesquisa público.

A participação do pesquisado, nesta pesquisa, não acarretará quaisquer desconfortos ou riscos a sua integridade física, moral ou psicológica.

A realização da presente pesquisa trará à população adscrita, aos profissionais da equipe de saúde da família, à sociedade e à academia um estudo descritivo sobre os riscos dos adultos desenvolverem diabetes mellitus do tipo 2.

A participação do pesquisado e todos os dados referentes à sua pessoa serão exclusivos para a pesquisa em questão e de inteira responsabilidade da pesquisadora, que garante anonimato e total sigilo, assegurando a privacidade das informações a ele fornecidas.

### **HAVERÁ ALGUM CUSTO PARA MIM?**

Você (sujeito da pesquisa) não terá nenhum custo para participar desta pesquisa.

### **EU RECEBEREI ALGUM PAGAMENTO?**

Você (sujeito da pesquisa) não receberá nenhuma remuneração para participar desta pesquisa, conforme a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

### **QUAIS SÃO OS MEUS DIREITOS COMO SUJEITO DA PESQUISA?**

Participar desta pesquisa é totalmente **voluntário**. Você pode escolher não participar ou se retirar da pesquisa em qualquer momento. Você será tratado da mesma forma, o que quer que você decida.

### **O QUE FAZER EM CASO DE DÚVIDAS OU PROBLEMAS?**

Para solucionar dúvidas relativas a este estudo ou a uma lesão relacionada à pesquisa, entre em contato com a Pesquisadora Responsável Dislaine Motta pelo telefone (22) 997761750.

Se você concorda com o **Termo de Consentimento Livre Esclarecido** lido, por favor, assine abaixo.

---

Nome do Participante (por extenso)

---

Assinatura do Participante e data

# ANEXO A



ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REDES ASSISTENCIAIS  
COORDENADORIA DA REDE DE HIPERTENSÃO E DIABETES

## Triagem para avaliar o risco de desenvolver diabetes tipo 2 em 10 anos

Este questionário não deve ser aplicado a gestantes e em menores de 18 anos.

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

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

Quadro 1

Item a ser avaliado	Resposta	Pontuação	Pontuação obtida no item	
Idade	Menos que 45 anos	0		
	45 a 54 anos	2		
	55 a 64 anos	3		
	65 anos ou mais	4		
Medida da cintura	Se homem	Menos que 94 cm	0	
		Entre 94 a 102 cm	3	
		> 102 cm	4	
	Se mulher	Menos que 80 cm	0	
		Entre 80 e 88 cm	3	
		Mais que 88 cm	4	
IMC	< 25 kg/m <sup>2</sup>	0		
	25 – 30 kg/m <sup>2</sup>	1		
	Acima de 30 kg/m <sup>2</sup>	3		
Realiza atividade física regularmente?	Mais de 30 minutos por dia ou mais de 4 horas por semana	0		
	Menos de 30 minutos por dia ou menos de 4 horas por semana	2		
Consome diariamente vegetais, frutas, legumes ou grãos?	Sim	0		
	Não	1		
Se homem: alguma vez teve alteração do nível de glicose? Se mulher: alguma vez teve alteração do nível de glicose ou diabetes durante a gravidez, ou filhos com mais de 4 quilos?	Sim	5		
	Não	0		
Tem pressão alta ou toma remédios para controlá-la?	Sim	2		
	Não	0		
Tem história de parentes em primeiro grau (pais ou irmãos e filhos) com diabetes?	Sim	5		
	Não	0		
Tem história de parentes em segundo grau (tios, avós e primos em primeiro grau) com diabetes?	Sim	3		
	Não	0		
<b>Pontuação total</b>				

Modificado de "Questionário de risco de ter diabetes" da Finnsk da Finnish Diabetes Association