

**AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA OFERECIDO AOS PACIENTES DO PSF CHAPADINHA DE  
PARACATU – MG**

Murilo Nasciutti<sup>1</sup>  
Caroline Oliveira Romão<sup>2</sup>  
Lorena Ribeiro da Cruz<sup>3</sup>  
Priscila Cogo de Oliveira<sup>4</sup>  
Rayssa Tavares<sup>5</sup>  
Tiago de Oliveira Coiado<sup>6</sup>  
Helvécio Bueno<sup>7</sup>  
Talitha Araújo Faria<sup>8</sup>

**Resumo**

O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), a forma mais comum de diabetes caracteriza-se por distúrbios na ação e secreção de insulina. A doença é frequentemente diagnosticada na idade adulta, mas pode acometer pessoas de qualquer idade. O trabalho visou verificar a efetividade do tratamento na atenção primária. A coleta de dados foi feita por meio de pesquisa em 68 prontuários e uma aferição de glicemia capilar e estado nutricional de todos os pacientes. A amostra dos pacientes em jejum mostrou 86,04% dos pacientes com valor de glicemia capilar elevadas. A circunferência abdominal estava aumentada ou substancialmente aumentada em, 55,56% dos homens e 93,94% das mulheres, da amostra. O IMC trouxe o dado de uma prevalência de sobrepeso e/ou classes aumentadas de peso em 70,59% do total da amostra. A unidade deve buscar os pacientes não diagnosticados, e realizar ações de maior impacto nos hábitos de vida dos indivíduos DM2.

**Palavras-chave:** Diabetes; Glicemia Capilar; Atenção Primária.

---

<sup>1</sup> Graduado em Filosofia e especialização em Filosofia da Educação, Acadêmico de Medicina da Faculdade Atenas, Paracatu - MG.

<sup>2</sup> Acadêmica de Medicina da Faculdade Atenas, Paracatu – MG.

<sup>3</sup> Acadêmica de Medicina da Faculdade Atenas, Paracatu – MG.

<sup>4</sup> Acadêmica de Medicina da Faculdade Atenas, Paracatu – MG.

<sup>5</sup> Acadêmica de Medicina da Faculdade Atenas, Paracatu – MG.

<sup>6</sup> Acadêmico de Medicina da Faculdade Atenas, Paracatu – MG.

<sup>7</sup> Docente do Curso de Medicina da Faculdade Atenas, Paracatu – MG.

<sup>8</sup> Docente do Curso de Medicina da Faculdade Atenas, Paracatu – MG.

### *Abstract*

Diabetes mellitus type 2 (DM2), the most common form of diabetes is characterized by disturbances in insulin action and secretion. The disease is usually diagnosed in older people but can affect people of any age. This article evaluates the effectiveness of treatment in primary attention. Data collection was done by searching on 68 medical records and measure of capillary blood glucose and nutritional status of all patients. The fasting patients in the sample showed 86.04% of patients with elevated capillary blood glucose value. Waist circumference was increased or significantly increased at 55.56% of men and women 93.94% of the sample. BMI (Body Mass Index) revealed data from a prevalence of overweight and / or classes increased by 70.59% weight in the all sample. The health unit should searching for patients without diagnosis, and make actions of greater impact on lifestyle of individuals DM2.

Key Words: Diabetes; Capillary Glucose; Primary Attention

#### Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) é o resultado de uma secreção inapropriada de insulina pelas células beta pancreáticas, de defeitos na ação da insulina ou a associação desses dois distúrbios. Esta não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, com etiologias diversas, que apresentam em comum a hiperglicemia crônica acompanhada de alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. A hiperglicemia a longo prazo, está associada a alterações teciduais, denominadas complicações crônicas do diabetes (Lopes, 2009).

O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), a forma mais comum de diabetes (correspondendo de 90 a 95% dos casos no mundo), caracteriza-se por distúrbios na ação e secreção da insulina. Os pacientes com DM2, geralmente apresentam obesidade ou sobrepeso. Estudos indicam que a resistência à insulina ou a alteração da liberação da mesma, apresenta melhoras

com a perda de peso pelo paciente, sugerindo que um controle alimentar para redução de peso compõe o tratamento do DM2 (Porth, 2004).

A doença é mais frequentemente diagnosticada na idade adulta, mas pode acometer pessoas de qualquer idade. Pessoas com o diagnóstico de DM2 não requerem insulina exógena para seu tratamento, mas nos últimos anos, tem-se utilizado este tipo de insulina para auxiliar no controle da glicemia, o que justifica então o abandono dos termos, insulino-dependente, usado para Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) e insulino-independente, usado para DM2 (Lopes, 2009).

Em 1997, a Associação Americana de Diabetes (ADA), propôs que os critérios diagnósticos fossem fundamentados principalmente na medida da glicose plasmática de jejum (8 horas), e/ou 2h após sobrecarga oral de 75g de glicose (teste oral de tolerância à glicose – TOTG) e na medida da glicose plasmática casual (Gross, 2002).

Para que o diagnóstico seja estabelecido em adultos fora da gravidez, os valores devem ser confirmados em um dia subsequente, por qualquer um dos critérios descritos. O rastreamento de diabetes deve ser realizado em todo indivíduo com mais de 45 anos de idade a cada 3 anos, ou mais precocemente e mais frequentemente em indivíduos assintomáticos quando apresentarem fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes (Gross, 2002).

Os fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes são os seguintes: sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares não saudáveis, tabagismo, alcoolismo, idade maior que 45 anos, sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25), obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas), antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes, hipertensão arterial (> 140/90 mmHg), colesterol HDL 35 mg/dL e/ou triglicérides e 150 mg/dL, história de macrossomia ou diabetes gestacional, diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos, doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida (Brasil, 2006).

O diabetes frequentemente é assintomático, portanto ao apresentar alguns desses sintomas: poliúria (aumento anormal do volume de urina emitido normalmente, sempre que ultrapassar um volume de 2.500 mililitros/dia), polidipsia (sensação de sede aumentada patologicamente, que obriga a ingerir quantidades excessivas de líquido), polifagia (ingestão aumentada de alimentos quando se carece da sensação de saciedade) e perda involuntária de peso, o paciente apresenta indicativos auxiliares para o diagnóstico (Lopes, 2009).

O diabetes não controlado, pode trazer sequelas ou mesmo, levar ao óbito por intercorrências associadas à ele, o que justifica seu grande impacto social. Tal fato, se verifica, por no Brasil a prevalência de DM2, na faixa etária de 30 a 69 anos ser de 7,6 casos existentes por 100 habitantes. Em 2002, a taxa de mortalidade por intercorrências do DM englobando ambos os sexos, foi de 20,77 óbitos por 100 mil habitantes. Cabe salientar que o DM provoca doenças microvasculares, como exemplo: doenças na retina, levando a perda da visão e lesão nos glomérulos renais, provocando a insuficiência renal. As doenças macrovasculares associadas aos mesmos fatores, provocam a aterosclerose. O risco de complicações cardiovasculares é de duas a seis vezes maior em indivíduos diabéticos. Com isso pode concluir-se que todas essas complicações advindas ou associadas ao DM revelam a alta morbidade associada à doença, provocando um grande impacto na saúde pública (Lopes, 2009).

Dentre os três níveis de atenção à saúde, propostos pelo SUS, a atenção primária, é responsável pela promoção e prevenção da saúde, que têm como um dos seus focos, o diagnóstico e tratamento de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), o que inclui o diabetes. Tal relevância ocorre pelo significativo dado presente no DATASUS (2011), de que há, no Brasil, mais de dois milhões de portadores de diabetes, cadastrados na atenção primária, até Janeiro de 2011 (Brasil, 2011).

Na USF em que os acadêmicos realizadores deste projeto estiveram inseridos, os dados cadastrais da unidade, indicam os seguintes números: a área de cobertura estava dividida em 6 microáreas, compondo uma população de 4297 pessoas cadastradas. No entanto, o número de pessoas informado, pelo cadastro da enfermeira da unidade, é de 6025, percorrendo um número de 1065 famílias cadastradas no SIAB e de 1372, no cadastro da unidade (SIAB, 2011). Nas microáreas da USF, existem 73 pacientes com diagnóstico de diabetes e que estão sendo tratados, destes, 68 são portadores de DM2.

O tema selecionado para o trabalho, vem ao encontro do aumento da demanda de pacientes que manifestam a doença. Diante deste fato, torna-se de importância crescente compreender o aparecimento, tratamento e acompanhamento da patologia. Neste sentido, o presente trabalho se justifica, por lançar o olhar sobre a realidade, buscando perceber seus limites e possibilidades, para a prevenção e o cuidado de pacientes com o diagnóstico de DM2.

O objetivo do trabalho foi verificar os resultados do tratamento de portadores de DM2, cadastrados na atenção primária na USF Chapadinha, Paracatu – MG, por meio da verificação de dados em prontuário observando, se as ações de promoção e prevenção adotadas pela unidade, são capazes de ajudar no controle da glicemia capilar e dos indicadores nutricionais, contribuindo assim para indicar se a atenção primária alcança o objetivo preconizado pelo SUS.

### Metodologia

O estudo realizado foi descritivo, transversal e observacional, buscando em prontuários arquivados na USF – Chapadinha, Paracatu – MG, todos os portadores de DM2 (n=68), que realizavam tratamento na unidade. A coleta de dados foi realizada em duas etapas: levantamento dos dados cadastrais contidos no prontuário, individualmente, e atividade coletiva em reunião mensal do grupo de portadores de diabetes. Foi produzido um

convite, entregue em domicílio pela equipe de pesquisadores, ou pela agente responsável pela microárea, para cada um dos 68 cadastrados, convidando-os para a reunião. O convite constava de hora, local, motivo do encontro, atividades que seriam realizadas e lembrete para a necessidade de jejum na coleta da glicemia capilar.

Nesta ocasião, reunião mensal dos portadores de diabetes, foram coletados os dados de glicemia capilar, altura, peso, circunferência abdominal e pregas cutâneas – considerando estes, como indicadores da avaliação do tratamento; além disso foram verificados os dados cadastrais. Esta coleta ocorreu mediante um cronograma de atividades e preenchimento de uma ficha previamente elaborada, pelos pesquisadores. Esta ficha reunia os dados mais relevantes dos pacientes, que envolvessem o DM2, contidos no prontuário. Isso aconteceu nas datas 24/08/2011, 25/08/2011, 14/09/2011 e 15/09/2011. Além disso, essa ficha continha as informações coletadas na reunião do grupo de portadores de diabetes, realizada no dia 23/09/2011. Esta reunião acontece todos os meses em data previamente marcada, e todos os portadores de diabetes são convidados, é sempre feita uma palestra com alguma explicação do assunto durante as reuniões. Os pesquisadores contaram com um treinamento, no dia 22/09/2011, de um educador físico, acadêmico de Medicina, e uma enfermeira, docente da Faculdade, para a aferição destes dados. A perda da amostra, foi minimizada em visita domiciliar aos faltantes, que ocorreu nos dias 24/09/2011.

Na realização da reunião mensal conduzida pela equipe de pesquisa, foi possível verificar os dados cadastrais e coletar os dados indicadores da avaliação do tratamento, de 34 pessoas, das 68 da amostra inicial. Aos pacientes faltantes, foi realizada uma visita domiciliar, para minimizar a perda da amostra, sendo nestas visitas, 17 pessoas encontradas. Os critérios de exclusão utilizados foram: falecimento; mudança de domicílio, deixando de pertencer a área de abrangência da USF ou não encontrado em domicílio à visita (n=17). Na somatória das visitas e dos participantes da reunião, chegou-se a um total de 51 fichas cadastrais

preenchidas, com a verificação em prontuário e coleta de dados, sendo essa a amostra válida para o trabalho.

Os instrumentos utilizados para a realização do trabalho, foram todos os prontuários e fichas de coleta de dados dos diabéticos, além de glicosímetro Accu-Check active®, balança, fita métrica e adipômetro Lange ®. Aqueles que necessitavam, foram previamente testados e calibrados, para garantir a idoneidade das informações. Para análise dos valores de dobras cutâneas, foram utilizados os valores de referência, oferecendo porcentagem de gordura corporal, para cada faixa etária, de Jackson e Pollock (Tritschler, 2003) (Quadro 01 e 02).

Quadro 01: Percentual de gordura corporal e classificações, para homens segundo as faixas etárias.

**Quadro 02:** Percentual de gordura corporal e classificações, para mulheres segundo as faixas etárias.

Classificação/Idade	18-25	26-35	36-45	46-55	56-65
Excelente	13 - 19%	14 - 20%	16 - 23%	17 - 25%	16 - 26%
Média	20 - 28%	21 - 29%	24 - 32%	26 - 34%	27 - 35%
Elevado	29 - 31%	30 - 33%	33 - 36%	35 - 28%	36 - 38%
Muito Elevado	32 - 43%	34 - 49%	37 - 48%	39 - 50%	39 - 49%

Durante a coleta de dados seguiu-se os parâmetros científicos estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia (2011), para cada um dos indicadores adotados como referência.

Classificação/Idade	18-25	26-35	36-45	46-55	56-65
Excelente	4 - 10%	8 - 15%	10 - 18%	12 - 20%	13 - 21%
Média	12 - 20%	16 - 24%	19 - 25%	21 - 27%	22 - 27%
Elevado	20 - 24%	25 - 28%	26 - 29%	28 - 31%	28 - 31%
Muito elevado	25 - 36%	29 - 36%	30 - 39%	32 - 38%	32 - 38%

O tratamento dos resultados alcançados pela pesquisa foi realizado por meio do programa Excel (2010). E a realização do projeto seguiu mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Atenas, Paracatu – MG.

### Resultados

A amostra determinada pelo número de cadastrados e em tratamento diagnosticados no local de pesquisa, contou com 68 pacientes. Para estes foi possível a verificação de todos os prontuários e preenchimento da ficha cadastral, por pesquisa em registros da USF Chapadinha, correspondendo assim à realização da primeira etapa da coleta dos dados. Da amostra válida total pesquisada (n=51), 35,29% eram do sexo masculino e 64,71% do sexo feminino. A prevalência na faixa etária, dos maiores de 60 anos, foi de 41,17%; seguidos de 27,46% na faixa etária entre 51-60 anos; 23,52% entre 41-50 anos; e 7,85%, menores de 40 anos.

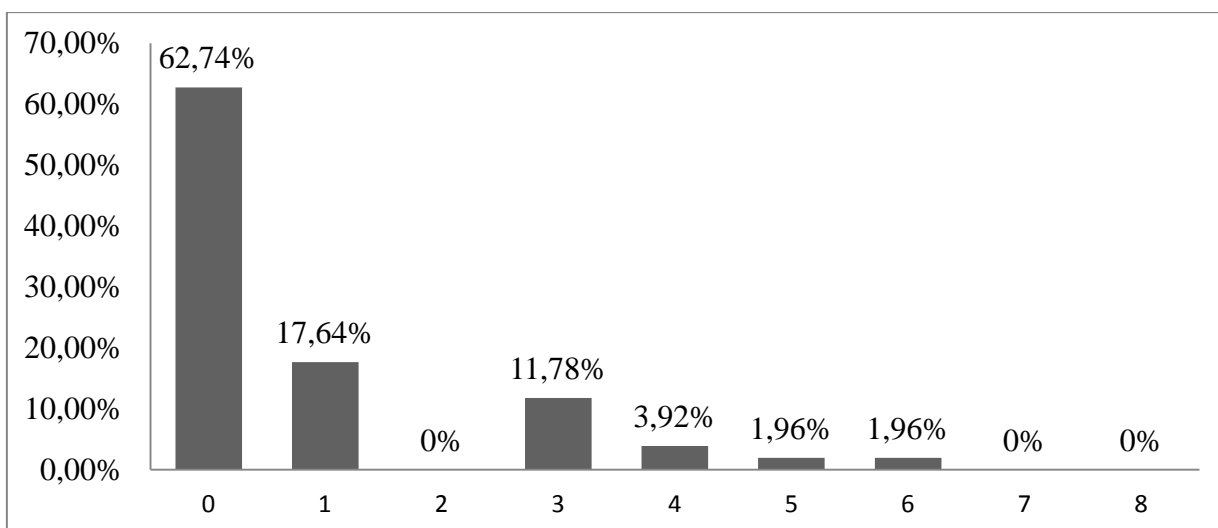
Os próximos resultados levantados pelo trabalho, são apresentados em três níveis de importância: O primeiro, concerne dos resultados do acompanhamento da atenção primária, como medida do tratamento dos pacientes cadastrados; o segundo, apresenta os dados coletados na atividade coletiva, como verificadores do acompanhamento da unidade e em um terceiro momento, os indicadores desempenham o papel de complementar os principais resultados do trabalho.

Na USF Chapadinha, as duas principais ações de acompanhamento dos portadores de DM2, são: uma reunião mensal, onde são abordadas orientações de cuidado e tratamento da doença; além de consultas médicas, ou de enfermagem, agendadas na unidade.

As reuniões mensais oferecidas pela unidade, contam com uma lista de presença dos participantes sendo que, o levantamento desses dados, correspondeu às reuniões de Janeiro a Agosto do ano de 2011 (Gráfico 01).



Gráfico 01: Número de presenças dos pesquisados, nas reuniões mensais de Janeiro a Agosto de 2011, em porcentagem.



Um dos dados, coletados em prontuário, ofereceu a relação número de consultas por número de meses desde o diagnóstico. Em 90,20% deles, foi possível coletar essas informações. Como a variação dessa relação era muito grande, foi adotada para comparação, a média geral do nº de consultas/nº de meses. O critério utilizado, para este cálculo, considerou apenas os pacientes acima de 12 meses de diagnóstico, que correspondiam a 86,96% da amostra. A média geral, do nº de consultas/nº de meses, foi de 46%, ou seja, uma consulta a cada 2,17 meses; e estabelecido que 55% da amostra, ficou abaixo desta média e 45% acima dela.

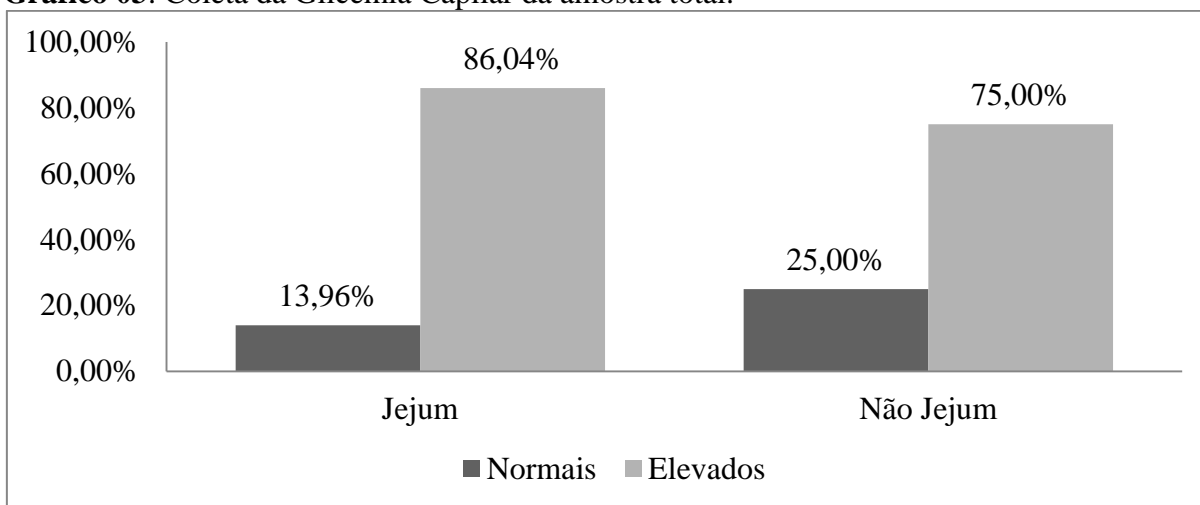
A consulta em prontuários mostrou que um número de 96,08% dos pacientes utilizavam medicamentos para auxiliar no controle da glicemia, os outros 3,92% controlam a glicemia apenas com dieta e exercícios físicos.

Os dados coletados, no momento da reunião ou em visita domiciliar, que era a segunda etapa do trabalho, constam de quatro indicadores, sendo eles de glicemia capilar e de estado nutricional.

Os dados da glicemia capilar constam dos pacientes que declararam que estavam em jejum (84,31%) e dos que declararam não estar (15,69%), adotando assim a

referência de valor para cada uma dessas situações. Sendo que as recomendações da Associação Americana de Diabetes, ADA (2011), são de glicemia em jejum de 70 a 110 mg/dL e glicemia até duas horas após alimentação de 70 a 140 mg/dL. A amostra dos pacientes em jejum, mostrou maior relevância, com 86,04% dos pacientes com valor de glicemia capilar elevadas (Gráfico 03).

**Gráfico 03:** Coleta da Glicemia Capilar da amostra total.

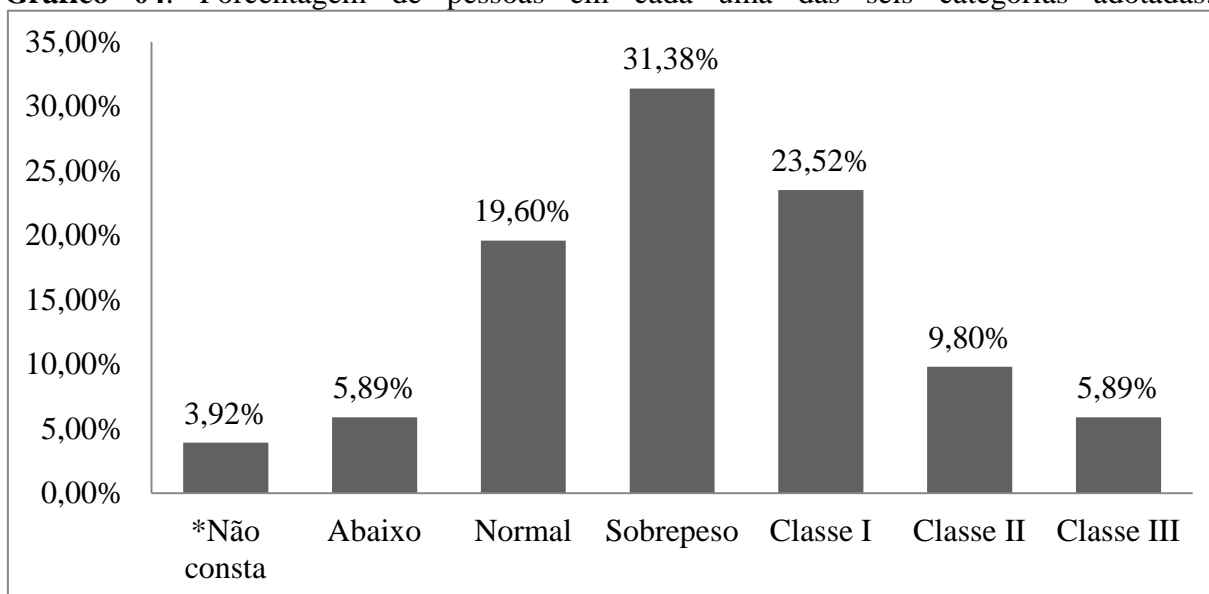


O dado antropométrico, da medida da circunferência abdominal, tem valores de referência específicos, para homens e mulheres. Para os homens são considerados normais, os valores abaixo de 94 cm, aumentado os valores entre 94-102 cm e substancialmente aumentados os valores acima de 102 cm. Da amostra em estudo, estavam normais 44,44%; aumentados 11,12%; e substancialmente aumentados 44,44%.

Para as mulheres, são considerados normais, os valores abaixo de 80 cm, aumentados os que estão entre 80-88 cm e substancialmente aumentados, os valores acima de 88 cm. Da amostra em estudo, estavam normais 6,06%; aumentados 9,09%; e substancialmente aumentados 84,85%.

O cálculo do IMC seguiu o modo de cálculo e a classificação adotados pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia (2011), oferecendo assim seis níveis possíveis de padrão de massa corporal (Gráfico 04).

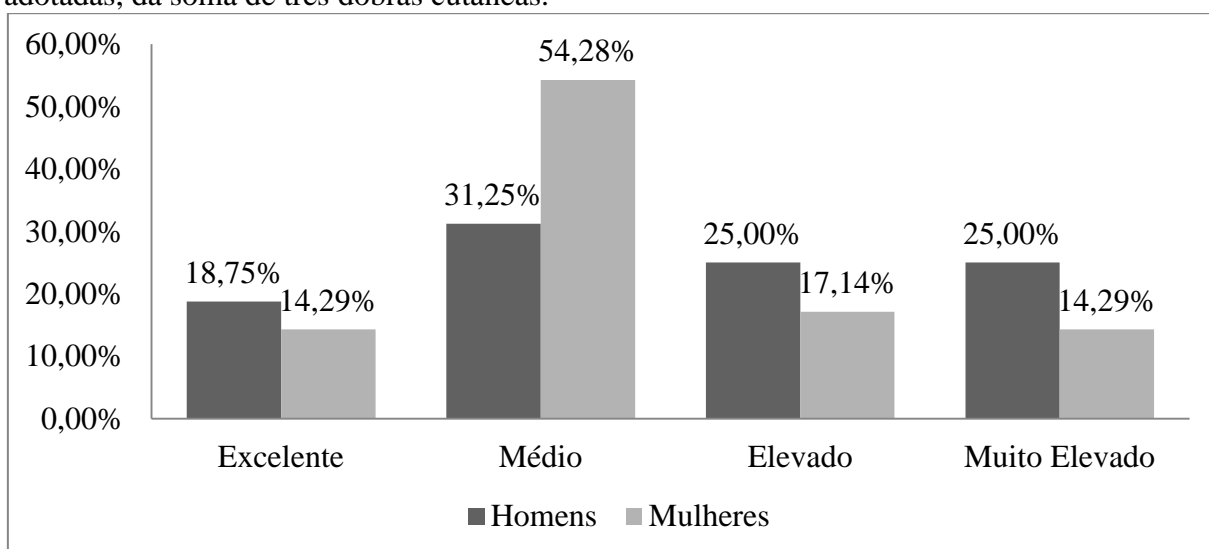
**Gráfico 04:** Porcentagem de pessoas em cada uma das seis categorias adotadas.



\*Porcentagem de pacientes acamados.

Foram coletadas as pregas cutâneas, para homens e mulheres, seguindo o protocolo de Jackson & Pollock (Tritschler, 2003), onde estabelece a somatória de três dobras: para mulheres, a soma das dobras abdominal, supra-iliaca e tricipital; para homens, a soma das dobras tricipital, peitoral e supra-iliaca. O valor resultante fornece o percentual de gordura excelente, médio, elevado e muito elevado para cada faixa etária e sexo (Gráfico 05).

**Gráfico 05:** Porcentagem de homens e mulheres para cada uma das quatro categorias adotadas, da soma de três dobras cutâneas.



A consulta e coleta de dados, em prontuários, possibilitaram também o levantamento de dados complementares, que auxiliaram na interpretação dos resultados

principais. São eles: tabagista, etilista, dieta alimentar, atividade física, lazer e outras doenças. Cabe salientar, que os dados levantados, estavam presentes no prontuário do paciente.

Dentre a amostra em estudo 80,39% dos prontuários não constava de informações sobre o tabagismo; 15,69% indicavam que os pacientes não faziam uso de cigarro; e 3,92% mostravam tabagismo.

Sobre a prática da ingestão de álcool, 82,35% dos prontuários não constavam nenhuma informação; 17,65% declaravam serem os pacientes não etilistas; e nenhum dos prontuários, relatava a prática, etilista do paciente.

Observou-se também que 88,23% dos prontuários consultados, mostrava a relação de pacientes com outras doenças diagnosticadas e 11,77% não apresentavam outras doenças relatadas.

Os dados a cerca de dieta alimentar, atividade física e prática de lazer, são aqui apresentados, como prescrições médicas contidas, ou não no prontuário. Sobre a prescrição de dieta alimentar, em 66,67% dos prontuários, não constava nenhuma prescrição; e em 33,33% foi prescrita dieta. Quanto à atividade física, 86,28% dos prontuários não relatava essa prescrição; em 11,76% havia a indicação de prática de atividade física, e em 1,96% o paciente recebeu a recomendação de não praticar atividades físicas. Quanto ao lazer, em 96,08% dos prontuários, não indicavam essa prática como auxiliar do tratamento; e em 3,92% constavam essa prescrição.

## **DISCUSSÃO**

Na área da USF, a população de abrangência, apresenta uma porcentagem de prevalência de DM2, de 1,12%. Este dado indica uma porcentagem inferior a estudos de prevalência de DM2 na população brasileira, conforme Fauci (2008), que expõe uma

prevalência de 3 a 5%, variando conforme a faixa etária. Isso mostra que pode haver uma população não diagnosticada, coincidindo com dados da Organização Mundial da Saúde, OMS (2011) que indicam que 50% dos DM2 desconhecem o diagnóstico. Muito provável, porque a maioria dos pacientes apresenta formas assintomáticas ou paucissintomáticas, dificultando o diagnóstico precoce da doença. Conforme López e Medeiros (2004), o DM2 só é identificado quando o paciente já teve algum efeito agudo, para o qual contribuiu decisivamente o estado diabético.

As reuniões mensais, da USF Chapadinha, apresentaram uma baixa adesão, confirmada quando constatou-se que 62,74% da amostra em estudo não foi a nenhuma das reuniões do período estudado. Conforme Lopes (2009), o DM é provavelmente a doença na qual a educação e a informação mais interferem nos parâmetros de controle, no prognóstico e na qualidade de vida. Conforme SUS (2006), os grupos de portadores de DM, objetivam causar mudanças nos hábitos de vida e de comportamento do paciente frente à doença e ao tratamento, conscientizando-os sobre a necessidade de controle permanente, bem como o seguimento das prescrições.

O levantamento, do número de consultas/número de meses, trouxe uma média geral, que significa que a cada 2,17 meses ocorreram consultas médicas ou de enfermagem, para o controle do DM2. Mas 55% da amostra, onde foi possível verificar o número de consultas/mês e que o diagnóstico tinha mais de 12 meses, estavam abaixo dessa média, e 45% acima dela. Esse dado indica uma disparidade entre os cadastrados em realizar o controle junto à unidade. Tal fato pode se justificar, pela presença de patologias relacionadas ao diabetes e a diferença na gravidade dos sintomas dos diferentes pacientes, indicando necessidades de maior ou menor número de consultas para o controle da doença.

A amostra estudada indicou um uso de medicação para o controle glicêmico de 96,08%. Isto mostrou uma possível ineficiência de tratamentos não-medicamentosos no

controle da glicemia, antes da prescrição medicamentosa, ou por não indicação aos pacientes dessas medidas ou por não realização das mesmas. Segundo Fauci (2008), os resultados de estudos como, do Diabetes Prevention Program (DPP), demonstraram redução de 58% na incidência de casos de DM por meio do estímulo a uma dieta saudável e a prática de atividades físicas, sendo essa intervenção mais efetiva do que o uso da Metformina, medicação em uso pela maioria dos pacientes em estudo.

Os dados coletados dos indicadores nutricionais consistiram em resultados indicativos de um tratamento não efetivo, para o controle do DM2. Na coleta da glicemia capilar, 84,31% da amostra, declarou estar em jejum e destes, 86,04% apresentaram glicemia elevada. Segundo Fauci (2008), como as complicações do DM2 estão relacionadas com o controle glicêmico, é importante tentar atingir nesses pacientes a normoglicemia, embora muitas vezes esta seja uma meta ilusória, contudo uma melhora do controle glicêmico reduz muito os riscos de complicações e devem ser estabelecidas metas, com o próprio paciente objetivando o controle glicêmico.

Dos dados antropométricos, a circunferência abdominal estava aumentada ou substancialmente aumentada em 55,56% dos homens e em 93,94% das mulheres, da amostra. O IMC trouxe o dado de uma prevalência de sobrepeso e/ou classes aumentadas de peso em 70,59% do total da amostra. Já os indicadores de percentual de gordura, demonstraram que 50,00% dos homens e 31,42% das mulheres estavam com a gordura corporal elevada ou muito elevada, fato que pode ser explicado por grande parte da amostra ter mais de 60 anos, sendo que indivíduos de maior idade apresentam proporcionalmente menores quantidades de gordura subcutânea em relação aos jovens (Nacif e Viebig, 2008).

Conforme Fauci (2008) o DM2 resulta de uma combinação de suscetibilidade genética e obesidade, significando que o controle glicêmico capilar, depende de indicadores

nutricionais, que na amostra em estudo encontraram-se de modo geral aumentados, podendo refletir em um tratamento não efetivo para o controle do diabetes.

Os indicadores levantados em prontuário possibilitaram perceber o modo da distribuição do tratamento, a relação com outras doenças e ainda a intercorrência de fatores de risco. Conforme Lopes (2009), o DM2 é uma doença heterogênea e por essa razão, ações como atividade física, dieta alimentar e prática de lazer, são efetivos como tratamento não medicamentoso para o controle da glicemia e devem ser adotadas como hábitos de vida pelos portadores. Porém, o presente estudo considerou essa tríade (atividade física, dieta alimentar e lazer), como indicação para o tratamento, quando prescrita em prontuário. Em 66,67% dos prontuários, não constava prescrição de dieta alimentar; 86,28% não relataram orientações para prática de atividade física e em 96,08% o lazer não foi mencionado. Este fato pode significar que, ou não foi relatada em prontuário, a prescrição do tratamento não-medicamentoso, ou essa tríade não foi indicada ao paciente.

Segundo López (2004), os estudos semiológicos indicam que o relato adequado de anamnese e exame físico em prontuário, auxiliam significativamente na hipótese diagnóstica e em tratamentos assertivos, pois permitem uma visualização multifatorial do paciente. O conjunto de informações colhidas na anamneses é de grande valor para reconhecer as três dimensões do diagnóstico – o paciente, a moléstia e as circunstâncias, sendo essencial para a medicina integral, preocupada com os aspectos biopsicossociais das moléstias. Já a insistência com o paciente em mudanças de hábitos de vida, é fundamental para o tratamento do DM2 apresentar resultados no controle glicêmico.

Outro fato indicou que fatores de risco que podem agravar o quadro diabético, como tabagismo e etilismo não foram relatados em prontuários, pois em 80,39% destes não indicou se o paciente é tabagista. Já em 82,35% dos prontuários não constavam informações sobre o uso de álcool. Segundo Villar (1999), as mudanças de estilo de vida, devem incluir

parar de fumar e diminuir ou eliminar a ingestão de álcool, isto se o paciente já é um diabético obeso, ou quando tem dificuldades para realizar o controle glicêmico.

## CONCLUSÃO

Os indicadores de controle do tratamento do DM2, glicemia capilar e estado nutricional, apresentam valores acima do ideal, de modo prevalente para os pacientes em acompanhamento. Visto que, uma estimativa recente sugere que o diabetes foi a 5ª causa de morte em todo o mundo, há necessidade de ações de intervenção direta para conscientizar sobre os riscos do diabetes não tratado e da necessidade de mudança de hábitos de vida, como também, seguir de modo constante o tratamento prescrito.

A coleta da glicemia capilar mostrou que, 86,04% dos pacientes em jejum e 75,00% em não jejum, apresentaram glicemia capilar elevada. O controle constante da glicemia pode proporcionar ao paciente DM2, uma melhor qualidade de vida e prevenção das complicações, portanto um tratamento contínuo deve ser adotado por meio de consultas periódicas e plano de cuidado adequado a vida do paciente.

A pesquisa em prontuários mostrou que a presença de fatores de risco não estava relatada para a maioria dos pacientes e 96,08% tinham tratamentos baseados em ações farmacológicas para controlar a glicemia, mostrando que a USF, deixa de pesquisar, ou não relata a existência de fatores de risco para o DM2 nos pacientes, além disso, não prioriza o tratamento não-medicamentoso que por si só, poderia controlar a glicemia. Já que a doença requer tratamento multifatorial, por compreender diversas alterações metabólicas associadas à hiperglicemia, necessita de um tratamento que compreenda, desde educação e mudanças no estilo de vida até intervenções farmacológicas específicas, proporcionando uma melhor adesão ao tratamento. Sendo assim, medidas para controle destes fatores de risco e outras



formas de tratamento devem ser adotadas pela USF, tais como: viabilizar a reunião do grupo de portadores de diabetes para o maior número possível de diabéticos cadastrados, possibilitando horários alternativos, maior divulgação da atividade e ações complementares a ela, como: atividades físicas coletivas, orientações nutricionais adequadas às condições sócio-econômicas dos pacientes, fornecer informações em uma linguagem acessível ao paciente, observando se ele compreende o que é preciso que faça.

Os portadores de DM2 correspondem a 1,12% da população de abrangência da USF, cabe salientar que esse cálculo foi feito considerando uma população de 6025 pessoas. A prevalência do DM2 na população brasileira varia de 3% a 5% conforme a faixa etária, o que significa que pode haver uma população não diagnosticada. Entre os pacientes assintomáticos, deve-se pesquisar o diabetes na população acima de 45 anos, onde é comprovada maior prevalência da doença, e fora dessa faixa etária, em pacientes em quadro de obesidade, sedentarismo e história familiar de diabetes, que são considerados fatores de risco para esta doença. Portanto, uma medida importante para ser adotada pela unidade concerne, à busca ativa dos portadores de DM2 não diagnosticados. Este processo pode ser buscado pela capacitação das agentes, responsáveis por visitas domiciliares, e por realizar glicemia capilar em todos que, por demanda espontânea, buscarem a USF; isto sendo usado como medida de triagem para uma maior investigação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADA, Associação Americana de Diabetes. **Diabetes Basics**. [Acesso durante o ano de 2011 para informações do ano de 2010]. Disponível em: <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/type-2/>

Bickley LS. **Bates: Propedêutica Médica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Brasil, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: DM**. [Acesso durante o ano de 2011 para informações de 2006]. Disponível em: [www.dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd16.pdf](http://www.dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd16.pdf).

Brasil, Ministério da Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com equidade no acesso.** [Acesso durante o ano de 2011, para informações de 2011]. Disponível em: [www.sioops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf](http://www.sioops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf) .

Datasus. **Prevalência de Diabetes Mellitus** – Brasil. [Acesso durante o ano de 2011, para informações de 2010]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/zip/geral/atualizado\\_%202010\\_ha\\_uf\\_estimada2.zip](http://189.28.128.100/dab/docs/zip/geral/atualizado_%202010_ha_uf_estimada2.zip)

Datasus. **Sistema de Informação da Atenção Básica** – Situação de Saúde – Brasil. [Acesso durante o ano de 2011, para informações de 2011]. Disponível em: [www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSBR.DEF](http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSBR.DEF)

Fauci AS, Brawnwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison: **Medicina Interna**. 17a ed.(2). Rio de Janeiro: Mc-Graw-Hill Interamericana do Brasil; 2008. p. 2276-2277.

Gross JL, Silveiro SP, Camargo JL, Reichelt AJ, Azevedo MJ. **Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do controle Glicêmico.** Arq Bras Endocrinol Metab; 2002. 46 (1).

Lopes AC. **Tratado de Clínica Médica**. 2a ed. V.(2). São Paulo: Rocca Limitada; 2009. p. 3570-3593.

López M, Medeiros JL. **Semilogia Médica: As Bases do Diagnóstico Clínico**. 5a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.

Nacif M, Viebig RF. **Avaliação antropométrica nos ciclos da vida: Uma visão prática.** São Paulo: Metha 2008.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Diabetes**. [Acesso durante o ano de 2011, para informações de 2011]. Disponível em: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/)  
Porth CM. **Fisiopatologia**. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A p. 902-903; 2004.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Calcule seu IMC**. [Acesso durante o ano de 2011, para informações de 2011] Disponível em: [www.diabetes.org.br/para-o-publico/calculadoras/calcule-seu-indice-de-massa-corporea](http://www.diabetes.org.br/para-o-publico/calculadoras/calcule-seu-indice-de-massa-corporea)

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diabetes e Leis**. [Acesso durante o ano de 2011, para informações de 2006] Disponível em: [www.diabetes.org.br/perguntas-e-respostas/112-diabetes-e-leis](http://www.diabetes.org.br/perguntas-e-respostas/112-diabetes-e-leis).

Sociedade Brasileira de Endocrinologia. **10 Coisas que Você Precisa Saber Sobre Diabetes**. [Acesso durante o ano de 2011, para informações de 2010] Disponível em: [www.endocrino.org.br/10-coisas-que-voce-precisa-saber-sobre-diabetes](http://www.endocrino.org.br/10-coisas-que-voce-precisa-saber-sobre-diabetes)

Tritschler KA. **Medida e Avaliação em Educação Física e Esportes de Barrow & Magee**. São Paulo: Manole, 2003.

Vilar L. **Endocrinologia Clínica**. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda, 1999.