

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ-RN  
FACENE/RN

MARCILENE BARBOSA DE OLIVEIRA DOS SANTOS

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

**MOSSORÓ-RN  
2013**

MARCILENE BARBOSA DE OLIVEIRA DOS SANTOS

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

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-FACENE/RN, como parte de exigência para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**ORIENTADORA:** Prof<sup>ª</sup>. Esp. Joseline Pereira Lima

MOSSORÓ-RN  
2013

MARCILENE BARBOSA DE OLIVEIRA DOS SANTOS

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

Monografia apresentada pela aluna Marcilene Barbosa de Oliveira dos Santos, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Joseline Pereira Lima (FACENE/RN)

ORIENTADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (FACENE/RN)

MEMBRO

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Verusa Fernandes Duarte (FACENE/RN)

MEMBRO

*Dedicatória:*

*Dedico este trabalho primeiramente a Deus,  
pela sua grandeza, pelo seu amor  
incondicional.*

*A você, Luciano Lima (esposo), por ser  
um grande incentivador e uma pessoa  
brilhante em minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu **Deus**, por sempre estar presente em minha vida e por todas as bênçãos recebidas. Deus, em sua infinita misericórdia me deu e continua me dando paz, alegria, saúde, amor, coragem para conquistar os meus objetivos.

Aos meus **pais**, Valdemar e Anézia. Vocês sempre serão a razão da minha vida. Amo vocês. Obrigada pelas orações em silêncio, palavras de conforto, apoio moral e por tudo que sempre fizeram por mim. Por serem exemplos de simplicidade, amizade, carinho, sempre me ajudando na construção do meu caráter.

Aos meus **irmãos**, Valdir, Marcelo, Sandra, Leuda, Edilene e Elizandra, pelos momentos compartilhados e pela confiança.

A todos os meus **sobrinhos**, pelo carinho e atenção, mas em especial a Sarinha e Rutynha, que sempre me abraçavam e beijavam, dizendo que estavam com muitas saudades.

Ao meu amado **Luciano**, que sempre me apoiou nessa decisão de enfrentar mais um sonho. Obrigada pela paciência, carinho, compreensão das minhas ausências. DEUS é maravilhoso para comigo, me dando um companheiro que inspira motivação, e que sabe hoje que a conquista da minha vitória também é sua.

A Rodrigo, o **Gato**, que sempre me recebeu à porta de casa com uma lição diária de afeto verdadeiro e fiel; sempre foi muito curioso e um despertador vivo nas madrugadas de estudos.

De maneira especial, à orientadora **Joseline Pereira**, pela paciência, dedicação, compreensão e, sobretudo, pelas grandes orientações, que permitiram o bom desenvolvimento desta pesquisa.

À minha banca examinadora, composta por **Patrícia Helena e Verusa Fernandes**, pelas quais tenho grande admiração.

A **Leyla Andrade**, a qual considero uma pessoa inteligente, admirável, companheira, paciente, dentre outras qualidades... Alguém que nunca mediu esforços nas noites para estudar, sempre dividindo seus conhecimentos comigo. Amiga, você foi porto seguro, incentivou-me a alcançar o que sempre sonhei. Espero que conquiste todos os seus sonhos. Você é muito especial para nós, Marcilene e Luciano.

A **Flávia, Eguimara, Fredyana e Jackson**, obrigada pela amizade, companheirismo, paciência e motivação durante estes anos de muitas lutas e vitórias.

Agradeço aos meus **colegas** de sala, pela amizade de todos que tornaram os dias mais alegres nestes quatro anos acadêmicos.

A todos os meus **professores**, que contribuíram comigo e enriqueceram meus conhecimentos em toda minha vida acadêmica.

Agradeço a todos os profissionais dos campos de estágios. Em especial a **Herbene Fernandes**, que sempre será exemplo para minha vida profissional.

A **todos os funcionários da Facene-RN**, pela amizade, paciência e auxílio para a realização deste trabalho.

A todos que fazem parte do **CIAP Cursos**, que de alguma forma, direta ou indiretamente, me ajudaram a chegar até aqui. Meu muito obrigado a todos.

A **Assis Barros**, que se tornou um grande amigo, dando-me palavras de apoio no decorrer da caminhada, sendo quem sempre me ajudou a resgatar minhas informações computadorizadas e nos gráficos desta pesquisa. Nunca me esquecerei das suas palavras de otimismo.

A **Daniel Lima**, pessoa responsável, que neste último ano acadêmico tem me ajudado muito.

Às minha **amigas** Layz, Cristina e Ely, muito obrigada pelo apoio.

Agradeço a todos os amigos e familiares que de alguma forma torceram pelo meu sucesso.

Sou grata a Ti, ó **Deus**, pelas bênçãos recebidas, pelas horas passadas em claro durante muitas noites, pela conquista de minha alma, o que muito tem alegrado o meu coração, trazendo ricas virtudes para a minha vida. És o Deus da minha vida, em quem confio, a quem entrego a minha vida, a minha alma, o meu coração nesta expressão de louvor. Seja bendito o teu nome para sempre. Eu te louvarei enquanto viver, em reconhecimento de que as bênçãos que tenho recebido são obras das Tuas mãos.

Quando os dias se tornarem obscurecidos por nuvens negras e baixas, lembremo-nos de que no universo há um grande e benigno poder, que é capaz de abrir caminho onde não há caminho, e de transformar o ontem sombrio num luminoso amanhã.

*Martin Luther King*

## RESUMO

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 micro e macrovasculares, além de danos neuropáticos. A pesquisa tem como objetivo geral: analisar a percepção dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 na Unidade de Saúde da Família de Mossoró/RN sobre a patologia. E como objetivos específicos: caracterizar as condições sociais dos entrevistados; verificar o conhecimento dos entrevistados sobre o Diabetes Mellitus; analisar, na opinião dos entrevistados, as dificuldades enfrentadas com o Diabetes Mellitus. O presente estudo trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva e exploratória, com abordagem quanti-qualitativa. A população foi composta por 10 pessoas. A pesquisa foi realizada através de um roteiro de entrevista. Após as explicações dos objetivos da pesquisa, foi realizada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim confirmando sua participação no estudo. Os dados coletados apresentaram os seguintes resultados: 100% dos participantes estavam na faixa etária de 51 a 60 anos; 20% eram do sexo masculino e 80% do sexo feminino; 90% concluíram o 4º ano do ensino fundamental; 80% são casados e 70% moram com 3 a 4 pessoas. Com relação à percepção dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 sobre a patologia, constatou-se que alguns entrevistados desconhecem, enquanto outros percebem tal patologia como doença de mal prognóstico. Segundo os entrevistados, o tratamento é feito através da terapêutica farmacológica, de atividades físicas e de reeducação alimentar. As complicações do Diabetes Mellitus tipo 2 relatadas foram complicações vasculares e déficit visual, e as dificuldades enfrentadas devido à patologia foram relacionadas às modificações alimentares e restrições para a vida social. Já em relação aos profissionais de saúde, conclui-se que devem ficar mais atentos aos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2, porque durante a terceira idade eles estão mais frágeis, por encontrar-se em grandes mudanças no estilo de vida; devem ser mais orientados para o autocuidado e o autoconhecimento, visando assim ao controle do diabetes e a participação nas consultas de enfermagem.

**Palavras-chaves:** Enfermagem, Saúde Pública, Diabetes Mellitus

## ABSTRACT

Type 2 Diabetes Mellitus is a syndrome that occurs by metabolic disorders of carbohydrates, proteins, fats and by hyperglycemia, and results in a deficiency of insulin secretion or action. It is a disease that, when acquired by a long-term, tends to be chronic and its results macro-vessels and micro-vessels damage, and neuropathic damage. The research has the overall objective is to analyze the perceptions of patients with type 2 diabetes in the Health Unit Family Mossoró-RN (Brazil) about the pathology. The specific objectives are: characterize the social conditions of the respondents; verify the knowledge of respondents about Diabetes Mellitus; analyze, in the opinion of the respondents, the difficulties with Diabetes Mellitus. The present study deals with a research of descriptive and exploratory types, with quantitative and qualitative approach. The population consisted of 10 people. The research was conducted through a structured interview. After the explanation of the research objectives, the signing of the Informed Consent Form (ICF ) was performed, confirming their participation in the study. The data collected showed the following results: 100% of participants were aged 51-60 years, 20% were male and 80% female, 90 % completed the 4th year of elementary school, 80% are married and 70% live with 3-4 people. Regarding the perception of people with Type 2 Diabetes Mellitus on pathology, it was found that some respondents are unaware, while others perceive pathology such as poor prognosis disease. According to respondents, the treatment is done by drug therapy, physical activities and rehabilitation feeds. Complications of Diabetes Mellitus type 2 were reported vascular complications and visual impairment, and the difficulties encountered were related to dietary modifications and restrictions on social life. In relation to health professionals, it is concluded that they should be more attentive to patients with type 2 diabetes, because during the third age they are more fragile, be in big changes in lifestyle; should be directed more for self-care and self-knowledge, thus aiming to control diabetes and participation in clinical nursing.

**Keywords:** Nursing, Public Health , Diabetes Mellitus

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA .....	10
1.2 HIPÓTESE .....	12
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	13
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>14</b>
3.1 DIABETES MELLITUS .....	14
3.1.1 Conceito .....	14
3.1.2 Classificação .....	14
<b>4 DIABETES MELITTUS TIPO 2</b> .....	<b>16</b>
4.1 CONCEITO E ETIOLOGIA.....	16
4.2 EPIDEMIOLOGIA .....	16
4.3 FISIOPATOLOGIA .....	17
4.4 FATORES DE RISCO .....	17
4.5 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS .....	18
4.6 DIAGNÓSTICO .....	18
4.7 TRATAMENTO.....	19
4.8 COMPLICAÇÕES .....	20
<b>5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b> .....	<b>21</b>
5.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	22
<b>6 METODOLOGIA</b> .....	<b>25</b>
6.1 TIPO DE PESQUISA.....	25
6.2 LOCAL DA PESQUISA .....	25
6.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	25
6.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA .....	26
6.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	26
6.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	27
6.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
6.8 FINANCIAMENTO.....	28
<b>7 ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	<b>29</b>
7.1 CARACTERIZAÇÕES DAS CONDIÇÕES SOCIAIS DA AMOSTRA.....	29
7.2 DADOS RELACIONADOS À PERCEPÇÃO DOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 SOBRE SUA PATOLOGIA .....	32

<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>40</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>44</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>48</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

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 predispõem 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 triglicérides.

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 a 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.

## 1.2 HIPÓTESE

Acredita-se que os portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 sabem *a)* que diabetes mellitus é uma doença crônica e *b)* 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 decorrentes do diabetes mellitus tipo 2, mesmo sabendo da sua patologia, eles têm dificuldades de seguir uma dieta e de praticar exercícios físicos para prevenir as possíveis complicações.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a percepção dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 na Unidade de Saúde da Família de Mossoró/RN sobre a patologia.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar as condições sociais dos entrevistados;
- Verificar o conhecimento dos entrevistados sobre o Diabetes Mellitus;
- Analisar, na opinião dos entrevistados, as dificuldades enfrentadas com o Diabetes Mellitus.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 DIABETES MELLITUS**

##### **3.1.1 Conceito**

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.

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).

##### **3.1.2 Classificação**

Carvalho e Oliveira (2012) dizem que o diabetes mellitus pode ser classificado em DM tipo 1, DM tipo 2 e DM gestacional.

Os autores supracitados 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 Marquenze 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 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.

## 4 DIABETES MELLITUS TIPO 2

### 4.1 CONCEITO E ETIOLOGIA

O diabetes mellitus do tipo 2 ou diabetes mellitus 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 diabetes mellitus 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 DM 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).

### 4.2 EPIDEMIOLOGIA

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

#### 4.3 FISIOPATOLOGIA

Mesmo que não se saiba o mecanismo exato do desenvolvimento do diabetes mellitus 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).

#### 4.4 FATORES DE RISCO

Existem alguns fatores que predispõe essa doença tais como (PROTOCOLO... [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;
- Uso de medicamentos como corticoides, anticoncepcionais e o sedentarismo;

#### 4.5 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As manifestações clínicas do diabetes mellitus 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 do diabetes mellitus tipo 2 dá-se após os 30 anos de idade e aumenta regularmente com o avanço da idade (NEIMAN, 1999 apud PAGANI et al, 2009).

#### 4.6 DIAGNÓSTICO

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 de jejum (de 8 horas)  $\geq$  126 mg/dL;
- Glicemia  $\geq$  200 mg/dL 120 minutos após sobrecarga oral de 75g de glicose anidra;
- Glicemia  $\geq$  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  $\geq$  25kg/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).

#### 4.7 TRATAMENTO

O tratamento do diabético 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 com DM tipo 2 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 insulinoaterapia pode ser iniciada nas etapas precoces do tratamento Diabetes Mellitus tipo 2. 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).

#### 4.8 COMPLICAÇÕES

É comum aparecerem as complicações nos pacientes diabéticos mellitus tipo 2 em longo prazo, 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;
- Neuropatias autônomas, que afetam a quase todos os sistemas orgânicos do corpo, causando sintomas gástricos, geniturinários, cardiovasculares e disfunção sexual.

## 5 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: 1) universalidade, que garante a toda população os serviços de saúde; 2) 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 3) 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).

## 5.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

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 crônico 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 e da família (FERRAZ et al, 2000).

## **6 METODOLOGIA**

### **6.1 TIPO DE PESQUISA**

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).

### **6.2 LOCAL DA PESQUISA**

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

### **6.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

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 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.

#### 6.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA

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).

#### 6.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

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.

## 6.6 ANÁLISE DOS DADOS

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)

## 6.7 ASPECTOS ÉTICOS

No decorrer da pesquisa 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.

## 6.8 FINANCIAMENTO

As despesas com este trabalho de conclusão de curso foram de responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN contribuiu com a estrutura física, serviços de internet, acervo bibliotecário, orientador e banca examinadora.

## 7 ANÁLISE DOS DADOS

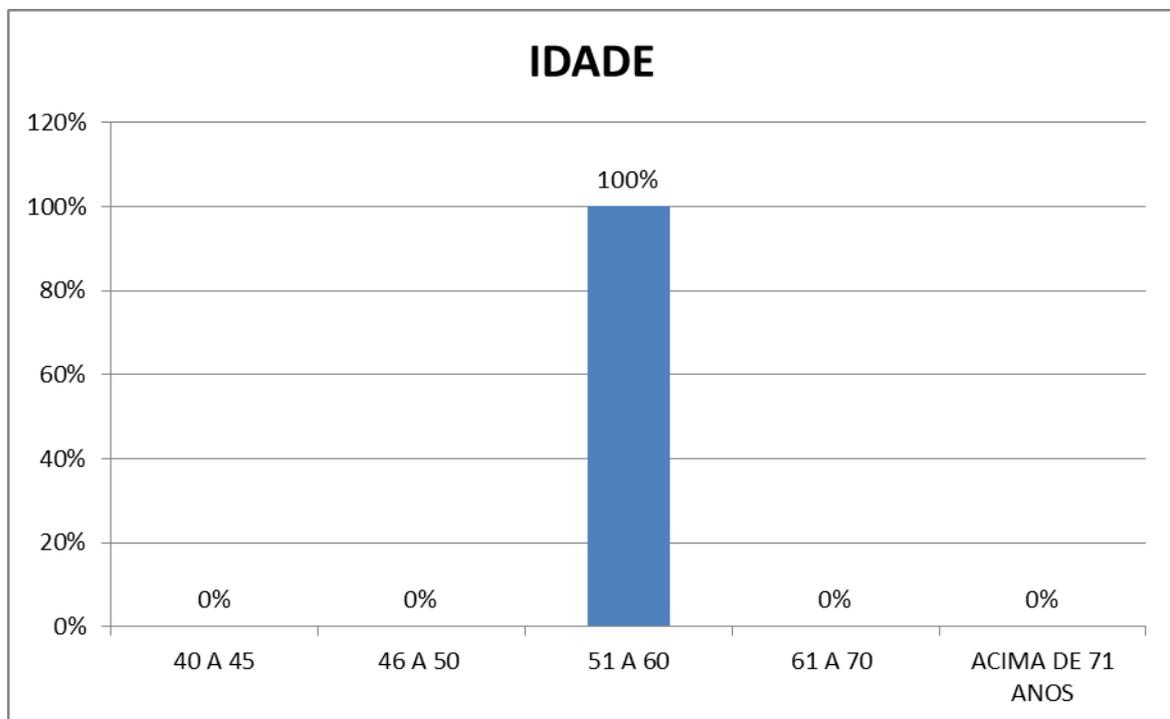
Apresentaremos os resultados e a sua análise. A primeira parte é referente a caracterização das condições sociais da amostra, onde foi realizada uma análise quantitativa. Foram avaliadas as variáveis idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, números de pessoas na residência. Serão apresentados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

Logo após, serão apresentados os dados relacionados à percepção dos portadores de diabetes mellitus 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.

### 7.1 CARACTERIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES SOCIAIS DA AMOSTRA

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

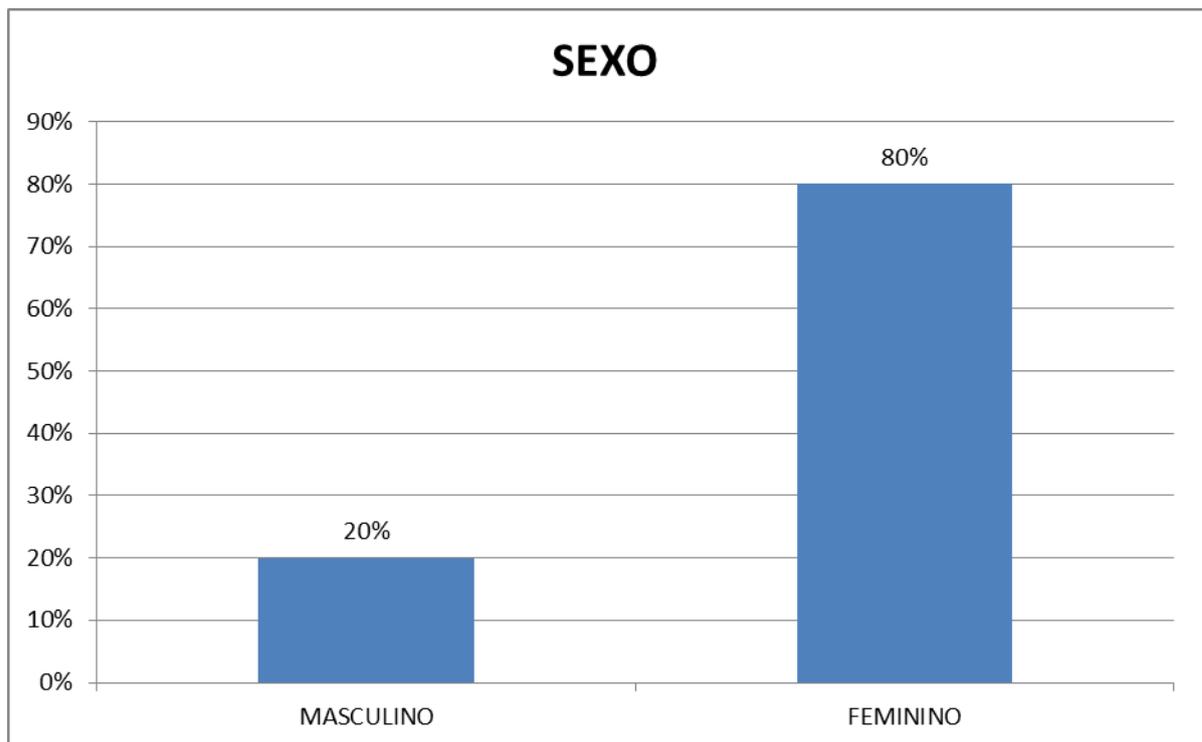


**Fonte:** Pesquisa de campo, 2013.

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.

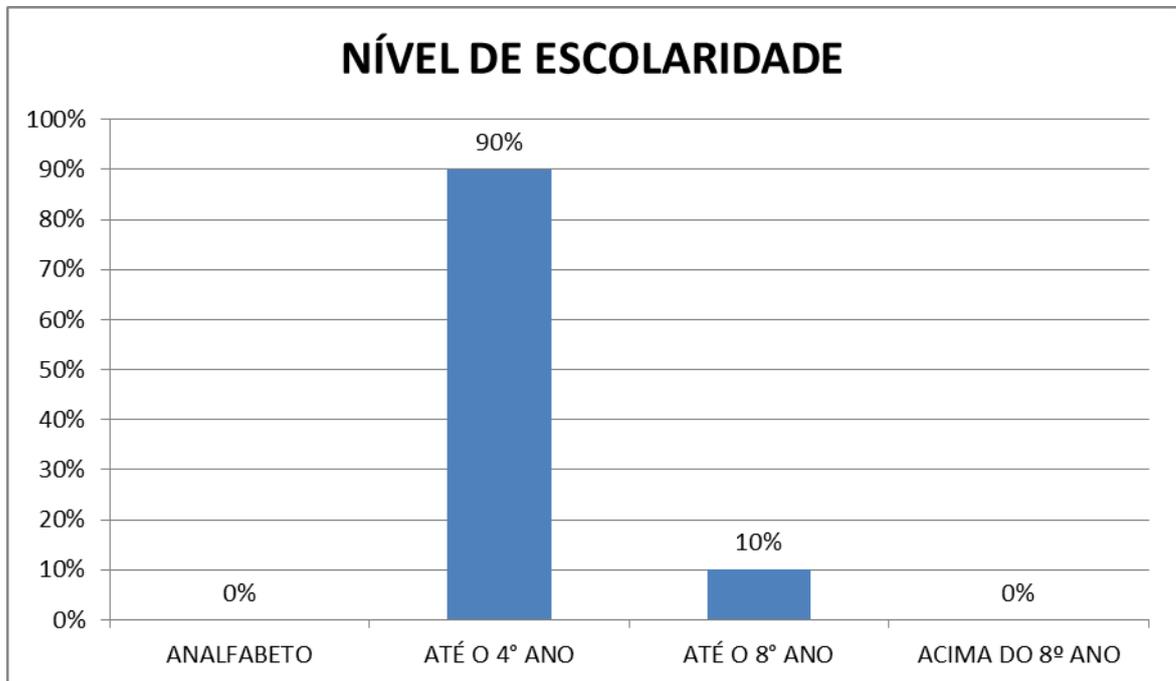


**Fonte:** Pesquisa de campo, 2013.

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

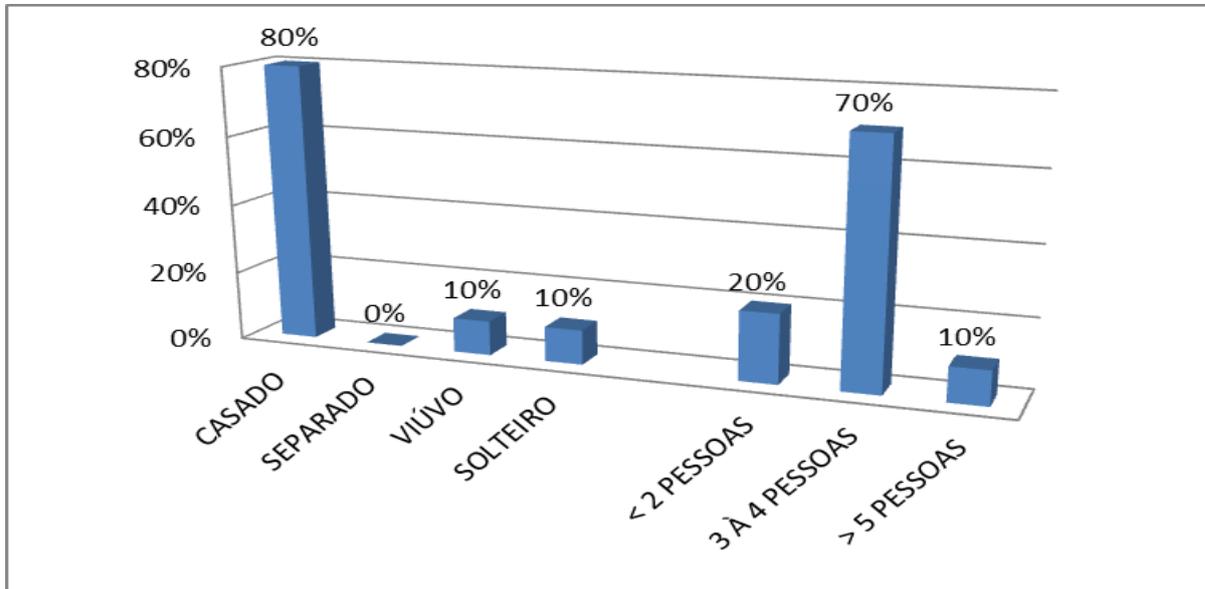


**Fonte:** Pesquisa de campo, 2013.

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).

## 7.2 DADOS RELACIONADOS À PERCEPÇÃO DOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 SOBRE A PATOLOGIA

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

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.

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).

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

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)

**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).

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

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)

**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).

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

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)

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).

## 8 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.

Com a pesquisa desenvolvida, muitas foram as contribuições que se concretizaram para a formação acadêmica e profissional da pesquisadora.

## 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 maio 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.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A Instrumento de coleta de dados

## Roteiro de Entrevista

**1. DADOS RELACIONADOS À SITUAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PORTADORES DE DIABETES TIPO 2.**

a) **Idade:** ( ) 40 a 45 anos ( ) 46 a 50 anos ( ) 51 a 60 anos ( ) 61 a 70 ( ) 71 a +

b) **Sexo:** ( ) Masculino ( ) Feminino

c) **Estado Civil:** ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Viúvo ( ) Separado

d) **Nível de Escolaridade:** ( ) Analfabeto ( ) até 4 anos ( ) 4-8 anos ( ) 8 anos ou+

e) **Nº de pessoas na residência:** \_\_\_\_\_

**2. DADOS RELACIONADOS À PERCEPÇÃO DOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 SOBRE A PATOLOGIA.**

A) Qual o seu conhecimento sobre diabetes mellitus?

B) Como é feito o tratamento do diabetes mellitus tipo 2?

C) Quais as complicações do diabetes mellitus tipo 2?

D) Quais as dificuldades que você enfrenta devido ao diabetes mellitus?

## APÊNDICE B Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado Sr (a).

A presente pesquisa, intitulada **A Percepção dos Pacientes Portadores de DM Tipo II Sobre a Patologia**, desenvolvida por MARCILENE BARBOSA DE OLIVEIRA DOS SANTOS, pesquisadora associada e aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, sob a orientação da pesquisadora responsável, professora especialista Joseline Pereira Lima, tem 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 tem como objetivos específicos caracterizar as condições sociais dos entrevistados; verificar o conhecimento dos entrevistados sobre o Diabetes Mellitus e analisar, na opinião dos entrevistados, as dificuldades enfrentadas com o Diabetes Mellitus.

Justifica-se por ser uma pesquisa de suma importância para minha vida pessoal e profissional. Os conhecimentos adquiridos irão me ajudar a lidar com as pessoas diabéticas, fazendo com que eu possa prestar-lhes, 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 obterão informações importantes sobre essa patologia, fazendo com que priorizem ações voltadas para a qualidade de vida e promoção a saúde, tendo em vista prevenir as possíveis complicações decorrentes do Diabetes Mellitus tipo 2.

Será utilizada como instrumento para a coleta de dados a aplicação de um roteiro de entrevista.

Dessa forma, venho através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitar a sua participação na pesquisa e a autorização para utilizar os resultados para fins científicos (monografia, divulgação em revistas e eventos científicos como congressos, seminários, etc.).

Convém informar que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não

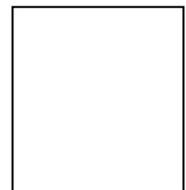
da pesquisa. Você não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora participante. Informamos também que a pesquisa apresenta riscos mínimos, como, por exemplo, desconforto dos participantes durante a coleta de dados. Porém, as atividades ou questionamentos elementares são comuns do dia-a-dia e em momento algum causam constrangimento à pessoa entrevistada. No entanto, os benefícios superam os riscos.

As pesquisadoras<sup>1</sup> e o Comitê de Ética em Pesquisa desta IES<sup>2</sup> estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_,  
 declaro que entendi os objetivos, a justificativa, riscos e benefícios de minha participação no estudo e concordo em participar. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente de que receberei uma cópia deste documento rubricada à primeira página e assinada à última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, documento ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013.

\_\_\_\_\_  
 Pesquisadora Responsável/ Associada



\_\_\_\_\_  
 Participante da Pesquisa/ Testemunha

<sup>1</sup>**Endereço residencial da Pesquisadora Responsável:** Av. Presidente Dutra, 701. Alto de São Manoel – Mossoró/RN. CEP 59628-000 Fone: /Fax : (84) 3312-0143. E-mail: jocy\_enf@facenemossoro.com.br

<sup>2</sup>**Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** R. Frei Galvão, 12. Bairro Gramame – João Pessoa/PB. Fone: (83) 2106-4790 e-mail: cep@facene.com.br

**ANEXO**



**Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.**  
 Mansueta da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da  
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, da  
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da  
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENORN  
 Fone: (81) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

### CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 6ª Reunião Ordinária realizada em 08 de Agosto 2013 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "A PERCEPÇÃO DOS PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 SOBRE A PATOLOGIA", protocolo número: 114/13, CAAE: 19014513.1.0000.5176 e Parecer do CEP:374.009, Pesquisadora responsável: Joseline Pereira Lima e das Pesquisadoras associadas: Marcilene Barbosa de Oliveira dos Santos, Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins e Verusa Fernandes Duarte.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/09/2013, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 27 de Agosto de 2013

  
 Rosa Rita da Conceição Marques  
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Rosa Rita da Conceição Marques  
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FACENE/FAMENE