



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Dilza Holland Martins Silva

**CARACTERIZAÇÃO DOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS
INTERNADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DO DISTRITO FEDERAL**

Brasília

2014

Dilza Holland Martins Silva

**CARACTERIZAÇÃO DOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS
INTERNADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado como requisito à aprovação em
disciplina de TCC 2 do Curso de Graduação
em Enfermagem, Faculdade de Ciências da
Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof^a. Dra. Keila Cristianne Trindade da Cruz

Brasília

2014

**Curso de Graduação em Enfermagem
Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade de Brasília**



**CARACTERIZAÇÃO DOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS
INTERNADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO DISTRITO FEDERAL**

BANCA EXAMINADORA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE
DILZA HOLLAND MARTINS SILVA

MEMBROS

**Prof^a. Dr^a. Keila Cristianne Trindade da Cruz
(Presidente) Universidade de Brasília**

**Prof^a. Dr^a. Andréa Mathes Faustino
(Titular) Universidade de Brasília**

**Prof^a. MS. Carla Targino Bruno dos Santos
(Titular) Universidade de Brasília**

Brasília, 03 de dezembro de 2014

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me dado saúde, entendimento e também disposição para superar as dificuldades, com eterno amor me conduziu em cada etapa da minha jornada,

À minha querida orientadora Prof^a Dr^a Keila Cristianne Trindade da Cruz por apostar em mim, pela paciência com que acompanhou minha formação acadêmica, pelas diversas análises, correções e sugestões que contribuíram de modo significativo para conclusão deste trabalho; pela dedicação e exemplo de serenidade, minha profunda gratidão!

Aos professores da graduação em Enfermagem que compartilharam seus conhecimentos tão uteis e necessários para a realização deste sonho,

Ao HUB e aos pacientes que confiaram em nosso trabalho e contribuíram com a pesquisa fornecendo dados para esta monografia,

À colega Isla pela parceria e seriedade na coleta dos dados que foram a base para esse trabalho,

Às colegas de turma pela amizade, companheiras nas conquistas da jornada estudantil, nas dificuldades e alegrias, vou sempre lembrar de vocês !

Ao meu esposo Hil Deor por acreditar em mim, pelo incentivo constante, por me ajudar nas tarefas da casa, me compreender nos momentos de ausência dedicados ao estudo até altas horas da noite.

Aos meus filhos e familiares por vibrarem com minhas conquistas,

Aos meus pais pelo amor incondicional e por suas orações,

Aos amigos e todos que me apoiaram e me estimularam,

Muito obrigada!

SUMÁRIO

RESUMO	5
1. Introdução	7
2. Objetivo	12
3. Material e Métodos	13
4. Resultados	15
5. Discussão	22
6. Considerações Finais	25
Referências Bibliográficas	27
APÊNDICE A – Roteiro de pesquisa	30
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	33
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética	34

RESUMO

A Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome metabólica caracterizada por hiperglicemia associada a complicações. A hiperglicemia crônica, evidenciada por persistência de altas concentrações plasmáticas de glicose, é responsável por complicações em vários órgãos, levando o paciente a comorbidades e consequente piora de sua qualidade de vida. É uma doença silenciosa que muitas vezes é detectada de forma acidental e acomete predominantemente adultos e idosos. A prioridade no tratamento da DM é devolver ao paciente seu equilíbrio metabólico, propiciando-lhe um estado o mais próximo possível da fisiologia normal do organismo. Nesse sentido, a hospitalização desses pacientes é um momento importante em que os profissionais de saúde precisam estar capacitados para avaliar suas necessidades individuais, direcionando suas ações criteriosamente para orientar e reforçar o autocuidado para o controle da doença, mas para isso é necessário conhecer aspectos básicos sobre os portadores de DM atendidos na instituição. O objetivo do presente trabalho foi investigar o perfil socioeconômico e de saúde dos pacientes portadores de DM internados em um hospital universitário do DF. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa e de campo, com a finalidade de descrever características dos pacientes maiores de 18 anos, portadores de DM internados na unidade de clínica médica de um hospital universitário do Distrito Federal. Foram realizadas entrevistas com roteiro padronizado contendo informações sobre dados sociodemográficos e relacionados à saúde. Foram entrevistados 23 sujeitos predominantemente do sexo feminino, e com idade maior ou igual a 60 anos. A maioria tinha baixa escolaridade (n=15, 65,2%), eram viúvos, separados ou divorciados (n=10, 43,5%), aposentados ou pensionistas (n=7, 30,4%) e recebiam até um salário mínimo de renda pessoal (n=17, 73,9%). Em relação aos dados relacionados à saúde pôde-se observar que os entrevistados em relação ao sono e repouso, dormem em média 7,3 horas por noite, não tem insônia (n=7, 30,4%), porém acordam várias vezes à noite (n=11, 47,8%). Em sua maioria, esses sujeitos referiram não praticar atividades físicas periodicamente (n=13, 56,5%). No hábito alimentar, referiram realizar em média 5,3 refeições diariamente, ter o hábito de comer frutas (n=19, 82,6%), verduras cozidas (n=18, 78,3%), carne de frango (n=18, 78,3%) e tomar café (n=21, 91,3%). Além disso, eles relataram possuir eliminações urinárias normais e eliminações intestinais alteradas na internação. Dezenove pessoas (82,6%) apresentavam mais de uma morbidade associada, entre as comorbidades, destacou-se a hipertensão arterial sistêmica em dezenove deles (82,6%). São portadores de DM há no mínimo cinco dias e no máximo 43 anos e todos apresentaram pelo menos uma complicação relacionada à DM. Por meio do presente estudo, identificaram-se aspectos básicos sobre os sujeitos com DM atendidos nessa instituição. Assim, torna-se possível direcionar as ações de profissionais da área de saúde especificamente para essas pessoas, destacando o controle da DM e a importância do acompanhamento nos serviços de saúde considerando os riscos e as complicações da DM. Dessa forma é possível proporcionar a eles um atendimento digno e com qualidade.

Descritores: Diabetes Mellitus. Perfil de Saúde. Envelhecimento da População. Hospitalização.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) is a metabolic syndrome characterized by hyperglycemia associated with complications. Chronic hyperglycemia as evidenced by the persistence of high plasma concentrations of glucose, is responsible for complications in various organs, leading the patient comorbidities and consequent worsening of their quality of life. It is a silent disease that is often detected accidentally and predominantly affects adults and elderly. The priority in the treatment of diabetes is to restore the patient's metabolic balance, providing it as closely as possible to the normal physiology of the organism state. In this sense, the admission in the hospital of such patients is a crucial time where health care provider will assess the individual needs, directing their actions carefully to guide and reinforce self-care to control the disease, but it is necessary to know the basics about DM patient care for in the institution. The objective of this study was to investigate the socioeconomic and health profile of patients with diabetes admitted to an university hospital in the DF. This is a descriptive, cross-sectional study with quantitative and field approach, in order to describe the characteristics of patients over 18 years old with DM admitted to the medical unit of a university hospital in the Federal District. Interviews with standardized checklist containing information on sociodemographic and health-related data were performed. Twenty-three subjects predominantly female and greater than or equal to 60 years were interviewed. Most had low education (n=15, 65,2%), widowed, separated or divorced (n=10, 43,5%), retired or pensioners (n=7, 30,4%) and even received a minimum wage personal income (n=17, 73,9%). Regarding health-related data could observe that the respondents in relation to sleep and rest, sleep on average 7.3 hours per night do not have insomnia (n=7, 30,4%), but wake several times at night (n=11, 47,8%). Most of these subjects reported no physical activities regularly (n=13, 56,5%). In dietary habits, the majority reported doing an average of 5.3 meals daily, have the habit of eating fruits (n=19, 82,6%), cooked vegetables (n=18, 78,3%), chicken meat (n=18, 78,3%) and drink coffee (n=18, 78,3%). Furthermore, they reported having normal bowel and urinary elimination changed at the time of admission. Nineteen people (82,6%) had more than one associated morbidity among comorbidities, highlighted the systemic hypertension in nineteen of them (82,6%). DM there are at least five days and up to 43 years and all had at least one diabetes-related complication. Through this study, we identified basic characteristics of subjects with DM treated at this institution. Thus, it becomes possible to direct the actions of health professionals specifically for those patients, emphasizing control of diabetes and the importance of monitoring the health services considering the risks and complications of DM. Thus it is possible to provide them with a dignified and quality care.

Keywords: Diabetes Mellitus. Health Profile. Aging Population. Hospitalization.

1. INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus (DM) é um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia associada a complicações. A hiperglicemia crônica é caracterizada por persistência de altas concentrações plasmáticas de glicose, ocorre devido à maior concentração de glicose proveniente da absorção de alimentos ingeridos no trato gastrointestinal e na formação de glicose pelo fígado, a qual circula pelo sangue e não consegue ser captada pela insulina nos tecidos periféricos, especialmente muscular e hepático. Esses distúrbios, de forma geral, decorrem de defeitos de secreção e/ou resistência à ação da insulina. Podem ser resultantes de processos patogênicos específicos, por exemplo, deficiência relativa de secreção de insulina por destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), graus variáveis de resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros. (BRASIL, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

De acordo com a American Diabetes Association (ADA) (2009), a concentração normal de glicose no plasma varia entre 70 e 99 mg/dl, verificada em jejum de no mínimo 8h, ou abaixo de 140 mg/dl em medida casual, independente da ingestão de alimento. Níveis entre 100 e 125 mg/dl em jejum são considerados glicemia de jejum alterada e está indicada a realização do Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) que consiste na coleta de sangue para dosagem da glicose antes e após 2h de sobrecarga de 75g de glicose por via oral. Níveis de glicemia após o TOTG que se encontram entre 140 e 199 mg/dl indicam tolerância à glicose diminuída e apresenta alto risco para diabetes e síndrome metabólica, um conjunto de fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes e de doença cardiovascular (BRASIL, 2006). Os valores de glicose plasmática para diagnóstico de diabetes são: glicemia de jejum > 126 mg/dl ou glicemia após TOTG > 200 mg/dl, que devem ser confirmados após repetição do teste em outro dia.

O resumo dos critérios de diagnóstico e dos valores de glicemia plasmática em mg/dl é mostrado no quadro 1.

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

Categoria	Jejum*	2h após 75g de glicose	Casual**
Glicemia Normal	<100	<140	
Tolerância à Glicose Diminuída	>100 e <126	≥140 e <200	
Diabetes Mellitus	≥126	≥200	≥200 (com sintomas clássicos) ***

FONTE: (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

*Define-se jejum como a falta de ingestão calórica por, no mínimo, oito horas.

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

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

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

Complementando os critérios diagnósticos, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a World Health Organization e International Diabetes Federation (WHO/IDF, 2006), reconhecem a categoria de glicemia de jejum alterada, denominada pré-diabetes, com valores entre 110 e 125 mg/dl e a ADA (2010) coloca o valor entre 100 e 125 mg/dl como fator de risco para DM bem como para risco cardiovascular (WHO, 2011).

A classificação atual da DM foi proposta pela ADA em 1997 e atualizada em 2010, adotada pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (2009) e pela World Health Organization (WHO) (2006) que recomendam a classificação da DM em quatro categorias: DM tipo 1 (DM1), resultante da destruição de células beta, geralmente levando a absoluta deficiência de insulina; DM tipo 2 (DM2) resultante de alterações na sensibilidade à insulina e um defeito progressivo de sua secreção; diabete gestacional e outros tipos devido a outras causas como defeitos genéticos, medicamentos, doenças do pâncreas exócrino e outras. Na prática clínica, a DM1 e a DM2 são as mais comumente encontradas (LIMA; ARAÚJO, 2012).

Os sintomas característicos da DM, também chamados de sintomas clássicos, são polidipsia, poliúria, polifagia e emagrecimento inexplicável. Outro sintoma bastante comum é o embaçamento visual (LIMA; ARAÚJO, 2012). Além

desses sinais e sintomas, outros também são frequentes, como fadiga, fraqueza, formigamento ou dormência das mãos e dos pés, pele seca, lesões cutâneas ou feridas de cicatrização lenta e infecções recorrentes (GROSS et al, 2002). O diagnóstico para diabetes é definido pelos sintomas clínicos associados ao exame laboratorial de glicose plasmática.

O indivíduo pode sentir ou não alguns dos sintomas apresentados anteriormente, porém, quando é detectado, pode apresentar complicações já bastante avançadas, significando que os níveis de glicose no sangue estavam elevados há algum tempo antes do diagnóstico (BRUNNER; SUDDARTH; SMELTZER, 2011).

A hiperglicemia crônica promove disfunção endotelial responsável por complicações macrovasculares. Diversos mecanismos fisiológicos, biológicos e bioquímicos explicam os efeitos da hiperglicemia crônica, como a formação endógena dos produtos de glicação avançada (AGEs), o aumento da apoproteína B, o estresse oxidativo, a ativação da via da proteína kinase C (PKC) dentre outros (FERREIRA et al, 2011). Essas alterações colaboram para o desenvolvimento da complexa fisiopatologia das complicações crônicas cuja base é a doença vascular, incluindo danos celulares e teciduais. A doença vascular é classificada em doença macrovascular, que acomete vasos de grande e médio calibre, e microvascular, acometendo vasos microscópicos e capilares, afetando assim praticamente todos os órgãos e sistemas, causando diversas disfunções e insuficiência nos diferentes órgãos, especialmente olhos (retinopatia diabética), rins (nefropatia diabética), nervos (edema cerebral, neuropatia diabética), cérebro (acidente vascular encefálico), coração (infarto agudo do miocárdio) e vasos sanguíneos (doença arterial/vascular periférica, disfunção endotelial), requerendo cuidados médicos contínuos e educação do paciente para o auto cuidado (LIMA; ARAÚJO, 2012; BRASIL, 2006).

O aumento da expectativa de vida leva ao aparecimento de doenças crônicas, dentre elas a DM e a grande variedade de complicações que a ela estão associadas. Assim, verificou-se que esta doença é mais frequentemente diagnosticada na idade adulta, a partir dos 45 anos de idade, prejudicando a capacidade funcional e a qualidade de vida do indivíduo por mais tempo e quando as hospitalizações são mais pronunciadas (MATHIAS; JORGE, 2004; ROSA et al, 2007; ALMEIDA et al, 2011).

O envelhecimento expõe as pessoas a um maior número de doenças crônicas e é considerado um importante fator de risco para a DM (BRASIL, 2013), já que elas “vivem por tempo suficiente para sofrer doenças ou condições crônicas” (TADONI, 2009, p. 15) e ainda porque os valores glicêmicos tendem a se elevar à medida que a pessoa envelhece, devido à diminuição do metabolismo de glicose, atividade física diminuída e uso de alguns medicamentos. (TADONI, 2009).

Vale ressaltar que cerca de 50% dos indivíduos com até 65 anos de idade apresentam algum grau de intolerância à glicose e indivíduos com mais de 65 anos representam 40% dos casos (BRUNNER; SUDDARTH; SMELTZER, 2011).

Os principais fatores associados ao aumento da prevalência da DM no Brasil foram a obesidade, o aumento da expectativa de vida e a história familiar de diabetes (MALERBI; FRANCO, 1992), bem como maior consumo de dietas hipercalóricas, mudança do estilo de vida e inatividade física. A prevalência de DM é mais acentuada para o sexo feminino (GRILLO, GORINI, 2007; ALMEIDA et al, 2011), com maior risco de internação e óbito por DM para as mulheres (MATHIAS; JORGE, 2004).

Pesquisadores demonstraram que, dentre os portadores de DM que convivem há 10 anos com a doença, há maior prevalência de baixa escolaridade, variando desde não alfabetizados até cinco anos de estudo (ALMEIDA et al, 2011; GRILLO, GORINI, 2007; TAVARES et al, 2007). Esse fato repercute na vida desses sujeitos pois dificulta o acesso a informação sobre a doença e a importância do tratamento adequado e cuidadoso.

Segundo Sartorelli e Franco (2003), Malerbi e Franco (1992) e United Kingdom Prospective Diabetes Study Group (UKPDS) (1998), cerca de 50% dos portadores de DM desconhecem seu diagnóstico, o qual é detectado de forma acidental por ocasião de manifestação de alguma complicação crônica ou internação. Desses, 83% são detectados em exames de rotina ou em consulta de nível básico (ALMEIDA et al, 2011).

O Brasil se destaca por estar entre os 10 países com maior prevalência de DM no mundo, cerca de 7,6% (VIANA et al, 2013), representando um problema importante pela carga de sofrimento, incapacidade, perda de produtividade e morte prematura que provoca (ROSA et al, 2007). É a quinta causa principal de morte no Brasil afetando 2,5% da população (VIANA et al, 2013).

Vale ressaltar que a prioridade no tratamento da DM é devolver ao paciente seu equilíbrio metabólico, propiciando-lhe um estado o mais próximo possível da fisiologia normal do organismo. De acordo com os estudos da ADA, basicamente o tratamento da DM inclui cinco componentes: terapia nutricional, exercício físico, monitoramento, terapia farmacológica e educação em saúde (BRUNNER; SUDDARTH; SMELTZER, 2011).

Em instituições de saúde, a expectativa da equipe multiprofissional, em especial a do enfermeiro é a de que o paciente conviva com a DM da melhor forma possível e que mantenha uma boa qualidade de vida. Para isso o enfermeiro, profissional diretamente envolvido com o cuidado desse indivíduo, deverá utilizar de suas ferramentas de trabalho para proporcionar as orientações e ações necessárias buscando a adesão ao tratamento recomendado (LIMA; ARAÚJO, 2012).

Tendo em vista a grande prevalência de DM no Brasil e no mundo, a transição demográfica e epidemiológica e as complicações decorrentes desta doença, como incapacidades, sofrimentos a pessoas em idade produtiva e até morte prematura, torna-se importante investigar o perfil socioeconômico e de saúde dos pacientes portadores de DM internados em um hospital universitário do DF bem como realizar estudos relacionados a esse tema nas diferentes instituições hospitalares de forma a conhecer esses pacientes e, mediante as informações encontradas, proporcionar-lhes uma assistência adequada, digna e com qualidade.

2. OBJETIVO

Investigar o perfil socioeconômico e de saúde dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus internados em um hospital universitário do DF.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado na unidade de clínica médica de um hospital universitário no Distrito Federal, composta por 67 leitos, que atende pacientes com diversas afecções clínicas incluindo paciente com DM.

A coleta de dados foi realizada no período entre fevereiro e maio de 2014, por meio de entrevista e exame físico, realizada por duas acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília envolvidas num projeto maior, incluindo a pesquisadora principal do presente projeto. Para isso, houve um roteiro preestabelecido (APÊNDICE A) que constava de informações referentes aos dados sociodemográficos e de saúde dos pacientes.

O critério de inclusão do presente estudo foi ter mais de 18 anos, diagnóstico de DM e aceitar participar da pesquisa. A amostra foi do tipo intencional por conveniência.

A entrevista foi realizada durante a internação do paciente na enfermaria de clínica médica, com o mesmo e/ou seu cuidador. Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa, sendo explicados os objetivos do estudo e como seria realizada a coleta dos dados.

As variáveis estudadas foram agrupadas em: dados sociodemográficos (identificação pessoal, familiar, financeira, procedência, grau de escolaridade e condições de moradia) e dados relacionados à saúde (cuidado de higiene corporal, atividades físicas, hábitos de repouso, de alimentação, de eliminações urinárias e intestinais, dados antropométricos, motivo de internação, doenças crônicas, histórico da doença, local do primeiro diagnóstico, complicações, medicamentos em uso e antecedentes familiares). Para a obtenção dos dados referentes às informações que permitiam a caracterização sociodemográfica e de saúde dos indivíduos, foi utilizado, também, o prontuário do paciente.

Para descrever o perfil da amostra, foram elaboradas tabelas de frequência das variáveis categóricas, com valores de frequência absoluta (n), e relativa (%), bem como estatísticas descritivas das variáveis ordinais, com valores de média, valores mínimo e máximo.

O trabalho em questão é parte de um projeto principal aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (ANEXO A), da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob número CAAE: 16262913.9.0000.0030, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Foram respeitadas e atendidas as recomendações éticas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que estabelece as diretrizes para pesquisas com seres humanos, sendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) lido e assinado pelo próprio sujeito ou, na sua impossibilidade, pelo cuidador responsável, ficando uma cópia com o mesmo ou seu representante legal.

4. RESULTADOS

No período referido foram identificados 26 indivíduos internados na enfermaria de clínica médica com diagnóstico de DM, porém, um deles não foi entrevistado pois no dia encontrava-se realizando exames e dois deles não aceitaram participar da pesquisa.

Ao final fizeram parte do estudo 23 pacientes com DM internados na referida instituição, sendo 19 (83%) com diagnóstico de DM tipo 2, um (4%) com DM tipo 1, dois não tinham o tipo de DM especificado e não foi encontrado o prontuário de um deles. As características sociodemográficas dos entrevistados estão apresentadas na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição de pacientes quanto aos dados sociodemográficos. Brasília, 2014. (n=23).

Dados sociodemográficos	N	%
Idade		
≥ 60 anos	13	56,5
≥ 45 e < 60	6	26,1
< 45 anos	4	17,4
Sexo		
Feminino	12	52,2
Masculino	11	47,8
Estado civil		
Viúvo/divorciado/separado	10	43,5
Solteiro	8	34,8
Casado	5	21,7
Profissão		
Aposentado/Pensionista	7	30,4
Do lar	6	26,1
Outros (carpinteiro, 2 seguranças, motorista, pintor, construtor, 2 vendedores, cabeleireiro, doméstica)	10	43,5
Renda pessoal em salário mínimo (SM)		
1 SM	17	73,9
> 1 SM	4	17,4
Sem renda	2	8,7
Renda familiar em salário mínimo (SM)		
1 SM	11	47,8
> 1 SM e < 3 SM	6	26,1
≥ 3 SM	4	17,4
Não soube informar	2	8,7

Tabela 1 - (CONTINUAÇÃO) Distribuição de pacientes quanto aos dados sociodemográficos. Brasília, 2014. (n=23).

Dados sociodemográficos	N	%
Número de filhos		
≤ 5	9	39,1
>5	8	34,8
Sem filhos	3	13,0
Cuidador		
Não	17	73,9
Sim	6	26,1
Informal (filhas, irmã, mãe e companheiro)	4	17,4
Formal	2	8,7
Procedência		
Nordeste (4 PB, 3 MA, 1 PE, 1 PI, 1 BA)	10	43,5
Distrito Federal e entorno	7	30,4
Outros (3 MG, 2 GO e 1 MS)	6	26,1
Moradia		
Urbana	20	87,0
Rural	3	13,0
Escolaridade		
Fundamental incompleto	10	43,5
Até 2 anos de estudo	4	17,4
De 3 a 7 anos de estudo	6	26,1
Não informaram	7	30,4
Não frequentou a escola	5	21,7
Fundamental completo	1	4,3

A faixa etária variou entre 25 e 88 anos, com idade média de 62 anos, os dados apontaram a faixa etária de 60 anos e mais como a mais prevalente (n=13, 56,5%), Em relação ao sexo, houve predomínio do sexo feminino (n=12, 52,2%).

Entre os sujeitos do estudo, a maioria eram viúvos, separados ou divorciados (n=10, 43,5%), seguido de solteiros (n=8, 34,8%) e casados (n=5, 21,7%) e tinham mais de cinco filhos (n=8, 34,8%).

Identificou-se que grandes partes dos entrevistados têm baixo grau de escolaridade, com fundamental incompleto (n=10, 43,5%), porém chama a atenção que 5 deles (21,7%) nunca frequentaram a escola.

Quando questionados em relação à profissão, 30,4% (n=7) disseram ser aposentados ou pensionistas, 26,1% (n=6), do lar e, o restante, carpinteiro, segurança, motorista, pintor, construtor, vendedor, cabeleireiro e empregada doméstica.

Em relação à renda pessoal, 73,9% dos entrevistados (n=17), recebem apenas um salário mínimo e 8,7% (n=2) não possuem renda pessoal. Quanto à

renda familiar, 47,8% (n=11) contam com um salário mínimo, 26,1% (n=6) recebem até dois e apenas 17,4% (n=4) dos casos tinham renda familiar maior que dois salários mínimos.

Já relacionado à procedência desses sujeitos, a maioria veio do nordeste do Brasil (n=10, 43,5%) (Piauí, Maranhão, Paraíba, Pernambuco e Bahia), 7 (30,4%) são procedentes do Distrito Federal e 6 (26,1%) de outros estados (Goiás, Minas Gerais e Matogrosso do Sul).

No tocante à moradia, 87% (n=20) moram na zona urbana e 13% (n=3) em zona rural. A maioria vive em casa térrea (n=22, 95,7%). Dos que vivem em zona rural apenas um (4,3%) não possuem saneamento básico, e dos que vivem em zona urbana, a maioria dizem contar com saneamento básico (n=19, 82,6%).

Em relação à necessidade de cuidador, 17 sujeitos (73,9%) não necessitam deste. Já daqueles que disseram precisar de um cuidador, 2 (8,7%) contavam com cuidadores formais e 4 (17,4%) com cuidadores informais (filhas, irmã, mãe e companheiro).

Os dados relacionados à saúde estão apresentados nas Tabelas 2.

Tabela 2 – Distribuição de pacientes segundo dados de saúde. Brasília, 2014.

Dados de saúde	N	%
Cuidado corporal*		
aseado	23	100
hábito de banho: Manhã	15	65,2
Tarde	6	26,1
Noite	6	26,1
Quantidade por dia		
1 vez	17	73,9
2 vezes	6	26,1
Sono / Repouso*		
Dorme durante o dia	15	65,2
Não tem insônia	12	52,2
Acorda varias vezes a noite	11	47,8
Apresenta dificuldade em conciliar o sono	10	43,5
Sonolência	7	30,4
Não tem insônia em casa, mas acorda várias vezes à noite no hospital	7	30,4
Horas dormidas por noite: média	7,3	
≥ 8 horas	13	56,5
< 8h horas	10	43,5

Tabela 2 – (CONTINUAÇÃO) Distribuição de pacientes segundo dados de saúde. Brasília, 2014.

Dados de saúde	N	%
Atividades físicas programadas		
Não	12	52,2
Sim	11	47,8
Caminhada	8	34,8
Outras (bicicleta, hidroginástica, bola)	3	13,0
Hábito de alimentação*		
Frutas	19	82,6
Verduras Cozidas	18	78,3
Frango	18	78,3
Verduras Cruas	16	69,6
Carne Vermelha	14	60,9
Peixe	13	56,5
Líquidos		
Café	21	91,3
Sucos	19	82,6
Leite	16	56,5
Água	13	52,2
Chá	12	69,6
Refeições por dia		
6 ou mais	14	60,9
3	3	13
4	3	13
5	3	13
Eliminações urinárias*		
Normal	13	56,5
Nictúria	10	43,5
Polaciúria	9	39,1
Urgência miccional	6	26,1
Diminuição do jato urinário	5	21,7
Incontinência urinária	1	4,3
Eliminações intestinais*		
Normal	11	47,8
Constipação	10	43,5
Diarreia	3	13,0
Mudança de habito intestinal na internação		
Não	12	52,2
Sim	11	47,8
Dados antropométricos IMC (Kg/m²)		
18,5 a 24,9 (peso saudável)	13	56,5
25 a 29,9 (sobrepeso)	4	17,4
≥ 30 (obesidade)	4	17,4
não informado	2	8,7

* Os sujeitos responderam mais de uma alternativa de resposta

Foi verificado que os entrevistados apresentam cuidado corporal adequado, tomam pelo menos um banho diariamente (n=17, 73,9%), sendo o horário preferido do banho no momento matutino (n=15, 65,2%).

Quanto ao sono e repouso, predomina os que dormem mais de oito horas por dia (n=13, 56,5%); têm o hábito de dormir durante o dia (n= 15, 65,2%), porém sete deles (30,4%) referiram sentir sonolência durante o dia.

Dos sujeitos entrevistados, 52,2% (n=12) não praticam atividade física e os que realizam essa atividade, praticam caminhada (n=8, 34,8%) dentre outras atividades (andar de bicicleta, hidroginástica e jogar bola).

No que diz respeito à alimentação, os pacientes realizam pelo menos seis refeições durante o dia (n=14, 60,9%), predomina o costume de comer frutas (n=19, 82,6%), verduras cozidas (n=18, 78,3%) e carne de frango (n=18, 78,3%).

Concernente às eliminações, 56,5% referiram não ter alterações urinárias. Daqueles com alterações urinárias, destaca-se a nictúria em 43,5% dos casos, seguido de polaciúria em 39,1% deles. Já 12 (52,2%) referiram não ter mudanças no hábito intestinal, porém 10 (43,5%) referiram ter constipação intestinal.

A distribuição dos entrevistados em relação a história da doença e de medicamentos utilizados encontra-se na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos entrevistados segundo a história da doença e de medicamentos. Brasília, 2014.

História da doença e de medicamentos	N	%
Motivo de internação*		
Problemas no sistema respiratório	4	17,4
Glicemia elevada	4	17,4
Alteração no trato urinário	3	13,0
Outros (câncer, hipertensão arterial sistêmica, dengue, mialgia, fraqueza, lesões, edema, diarreia, náuseas, coledocolitíase, dor abdominal, dor no peito, etc.)	15	65,2
Doenças crônicas *		
DM	23	100
HAS	19	82,6
Doença cardíaca	7	30,4
Dislipidemia	5	21,7
Doença pulmonar	4	17,4
Insuficiência Renal	4	17,4
Doença ocular	2	8,7
Doença de Chagas	2	8,7
AVC	2	8,7
Outros (Artrose, HIV, tireoide, Lúpus, fibromialgia)	6	26,1

Tabela 3 - (CONTINUAÇÃO) Distribuição dos entrevistados segundo a história da doença e de medicamentos. Brasília, 2014.

História da doença e de medicamentos	N	%
Número de doenças		
3 ou mais	16	69,6
1 ou 2 doenças crônicas	7	30,4
Local do primeiro diagnóstico de DM		
Internação por complicações (hospital)	12	52,2
Consulta em Unidade Básica de Saúde	9	39,1
Exames de rotina	1	4,3
Não informou	1	4,3
Tempo de convivência com DM		
0 – 10 anos	14	60,9
11 - 20 anos	5	21,7
Mais que 30 anos	3	13,1
não informado	1	4,3
Complicações relacionadas ao DM*		
Doença ocular	19	82,6
Doença vascular periférica	13	56,5
Neuropatia periférica	12	52,2
Nefropatia [diálise]	4	17,4
Outras (insuficiência aórtica e cardíaca)	2	8,7
Tratamentos anteriores*		
Usaram hipoglicemiante oral	10	43,5
Usaram insulina	5	21,7
Não informaram	9	39,1
Medicamentos em uso		
7 ou mais	21	91,3
4 - 6	1	4,3
1 - 3	1	4,3
Usa hipoglicemiante oral		
Não	14	60,9
Sim	9	39,1
Antecedente familiar de DM		
Irmãos/ filhos/ tios/primos	9	39,1
Mãe /pai/ avó (e/ou outros)	7	30,4
Não tem	5	21,7
Não soube informar	2	8,7
Diabete gestacional ou filhos com mais de 4 Kg		
Não	7	30,4
Sim	5	21,7

* Os sujeitos responderam mais de uma alternativa de resposta

Pôde-se notar que dentre o motivo de internação atual 5 (21,7%) indivíduos apresentaram problemas no sistema respiratório, 4 (17,4%) foram internados por

apresentarem glicemia elevada, 3 (13%) tiveram alteração no trato urinário e os demais motivos foram diversos.

Dentre os entrevistados, a maioria apresentou mais de três comorbidades (n=16, 69,9%), entre elas, destacou-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) em 73,9% (n=17) deles, doença cardíaca em 39,1% (n=9) e dislipidemia em 21,7% (n=5).

São portadores de DM em média há 13,5 anos, tendo sido o tempo de diagnóstico realizado entre cinco dias e 43 anos. Todos apresentaram pelo menos uma complicação relacionada à DM, destacando-se a doença ocular em 19 pacientes (82,6%), seguida de doença vascular periférica em 13 (56,5%) e neuropatia periférica em 12 (52,2%) sujeitos.

Entre o local de realização do primeiro diagnóstico de DM, 12 (52,2%) disseram ter sido em internação por complicações da DM e 9 (39,1%) disseram ter sido em consulta em Unidade Básica de Saúde.

Dos que relataram tratamentos anteriores utilizados, 10 (43,5%) deles começaram com hipoglicemiante oral e 5 (21,7)% com insulina, nove pessoas (39,1) não souberam informar.

Observamos que 91,3% (n=21) usam mais de sete medicamentos por dia. Quanto ao hipoglicemiante oral, 60,9% (n=14) não fazem uso, enquanto 39,1% (n=9) o fazem.

Entre os antecedentes familiares de DM, 9 (39,1%) tem irmãos com DM, 7 (30,4%) tem mãe e/ou pai, 5 (21,7%) não tem familiares com DM, 4 (17,4%) tem outros (avós, primos e tios) e 2 (8,7%) não souberam informar.

Dentre as mulheres do estudo, 5 (41,7%) responderam afirmativamente que tiveram alteração do seu nível de glicose ou diabetes durante a gravidez ou filhos com mais de 4 quilos.

5. DISCUSSÃO

No Brasil a prevalência de DM apresenta percentuais semelhantes para ambos os sexos, bem como maior prevalência de DM em indivíduos com mais de 60 anos de idade (MATHIAS, JORGE, 2004; ROSA et al, 2007; MALERBI, FRANCO, 1992; ALMEIDA et al, 2011). Nas características sociodemográficas dos sujeitos estudados, encontramos resultados semelhantes, estando em concordância com os estudos que mostram que a população vem envelhecendo expondo as pessoas ao maior risco de doenças crônicas como a DM e suas complicações (TAVARES et al, 2007).

Os achados obtidos para escolaridade mostram o baixo nível de estudo dessa população, um terço não frequentou a escola e um quarto tem apenas até dois anos de estudo. Além disso, a renda pessoal foi de até um salário mínimo. Esses fatores demonstram as precárias condições socioeconômicas dessas pessoas e pode apresentar-se como um dificultador ao acesso às informações, bem como no processo de compreensão, aprendizagem e adaptação do sujeito no autocuidado em relação à DM, (CARDOSO, M. I.; MORAES, M. A. M., PEREIRA, J. G. 2011), pois os pacientes diabéticos desenvolvem grande parte do seu cuidado (GRILLO; GORINI, 2007).

Verificamos neste estudo que a porcentagem de pessoas solteiras, viúvas ou separadas, bem como a ausência de cuidador foi elevada, o que pode resultar em um menor suporte familiar para enfrentar a doença (ALMEIDA et al, 2011). No entanto, segundo Tavares et al (2007), nem sempre morar com familiares significa melhoria na qualidade de vida, uma vez que estes podem estar despreparados ou indisponíveis para oferecer suporte necessário ao idoso, necessitando maiores estudos nesse sentido .

O padrão alimentar pessoal é fundamental para prevenção de agravos e manejo da DM (BRASIL, 2013), bem como mudança no estilo de vida quanto à redução de ingestão de gorduras e de alimentos de alta densidade energética e pratica de atividade física regular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009). Quanto ao numero de refeições, dois terços atendem a recomendação da SBD (2009) para pessoas com DM de fracionarem a alimentação em seis refeições diárias, porém um quarto ainda apresentaram dificuldades em aderir ao

fracionamento adequado das refeições fazendo apenas três ou quatro refeições diárias.

Sabe-se que a baixa adesão à dieta adequada e à atividade física contribui para o aumento de número de casos de DM (GRILLO; GORINI, 2007) o que sugere maior necessidade prevenção da obesidade e de conscientização para mudança de hábitos de vida que conduzam a um adequado controle da DM e de suas complicações (SARTORELLI, FRANCO, 2003; MATHIAS, JORGE, 2003). A atividade física e o sono têm sido prejudicados no ambiente hospitalar, observou-se alto índice de sedentarismo e o padrão de sono diminuído, principalmente por estarem em situação de hospitalização; assim, estes itens devem ser salientados para que a equipe de saúde possa promover um melhor bem-estar ao paciente.

A maioria dos pacientes convive a menos de 10 anos com a doença, relacionado a isso, apresentam comorbidades associadas. Vale ressaltar que DM é uma doença silenciosa, que quando diagnosticada a hiperglicemia crônica, o paciente está propenso a desencadear complicações (FERREIRA et al, 2011) ou já está acometido por complicações crônicas devido seu agravo (CARDOSO, M. I.; MORAES, M. A. M., PEREIRA, J. G. 2011). Num estudo com 77 indivíduos em Minas Gerais, Almeida et al (2011) aponta que apenas 12% dos sujeitos pesquisados obtiveram o primeiro diagnóstico de DM em internação por complicações, os resultados deste estudo revelaram contrariamente que 52,2% dos sujeitos diagnosticaram a DM no momento de internação por causa das complicações. Assim é importante realizar testes de glicemia a todos os pacientes com risco elevado para DM a fim de diagnosticar precocemente a doença, antes do surgimento das outras doenças associadas (BRASIL, 2013) e realizar medidas preventivas a fim de minimizar os fatores de risco (ALMEIDA et al, 2011).

A comorbidade mais prevalente neste estudo foi Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), representando um fator de risco para o desenvolvimento de doenças coronarianas e para complicações microvasculares como a retinopatia e a nefropatia, indo ao encontro de dados encontrados por Cardoso; Moraes; Pereira (2011) e Tavares et al (2009) em que pesquisou 141 indivíduos que se submeteram à amputação relacionada à DM e identificou a HAS como a morbidade mais prevalente.

A partir dos dados levantados, verificamos que 91,3% utilizam 7 ou mais medicamentos por dia; 52,2% usam hipoglicemiante oral e 87% usam anti-

hipertensivos, semelhante aos dados encontrados por Grillo e Gorini (2007) e Almeida et al (2011).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou conhecer características básicas sobre os sujeitos com DM internados na referida unidade. Sobre os dados sociodemográficos, foi possível identificar que a maioria deles são idosos, com predomínio do sexo feminino, viúvos, separados, com baixo grau de escolaridade e não contam com um cuidador. São aposentados ou pensionistas, com renda pessoal de até um salário mínimo. Moram em zona urbana, casa térrea e contam com saneamento básico.

Em relação aos dados relacionados à saúde, os entrevistados possuem adequados hábitos de higiene em relação ao cuidado corporal. Em sua rotina, dormem mais de oito horas por dia e dormem durante o dia. A maioria deles não pratica atividade física e os que realizam essa atividade, praticam caminhada. Realizam pelo menos seis refeições durante o dia e costumam comer frutas, carne de frango e verduras cozidas.

Não possuem alterações relacionadas à eliminação urinária, porém dos que apresentaram, nictúria e polaciúria foram mais prevalentes. Referiram não ter mudanças no hábito intestinal.

A maioria deles referiu que obteve o diagnóstico de DM em internação decorrente de complicações da DM. Iniciaram tratamento com hipoglicemiantes orais e insulina. Fazem uso de mais de sete medicamentos por dia e das mulheres entrevistadas cinco tiveram o seu nível de glicose aumentado ou diabetes durante a gravidez ou filhos que nasceram com mais de 4 quilos.

O presente estudo contou com limitações relacionadas à amostra encontrada e à coleta de dados principalmente pela dificuldade de encontrar os sujeitos no leito para entrevista, bem como recusas dos pacientes internados para participar da pesquisa. Nesse sentido, novos estudos sobre o tema no local devem ser incentivados.

Sabe-se que o acometimento por uma doença crônica, em especial da DM, supõe alterações significativas na vida de uma pessoa, não somente pelos efeitos deletérios da própria doença, mas também pelas constantes medidas de controle glicêmico e mudanças nos hábitos de vida, como uma adaptação à uma nova dieta e realização de atividade física.

Vale ressaltar que a Atenção Primária tem um papel de grande importância no controle da DM, provendo a formulação de grupos de educação em saúde para que o diabético se informe e se conscientize de sua condição e limitações. Esses grupos possibilitam o empoderamento da pessoa no autocuidado, a fim de prevenir possíveis complicações, uma vez que muitos pacientes apresentam várias complicações relacionadas à DM no momento de internação hospitalar, local predominante do primeiro diagnóstico da doença.

A equipe multiprofissional é peça fundamental ao portador de DM. O enfermeiro, em especial, é o profissional diretamente envolvido com o cuidado desse indivíduo e deverá utilizar todo seu conhecimento prático e científico para proporcionar as orientações e ações necessárias buscando a adesão ao tratamento recomendado desses indivíduos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, L. A. S. et al. Perfil dos pacientes diabéticos Tipo 2 atendidos no laboratório do Asilo de Caridade (Santa Casa) de Bom Sucesso - Minas Gerais. **Revista brasileira de análises clínicas**, [Rio de Janeiro], v.43 n.3, p.169-75, 2011. Disponível em: <http://www.sbac.org.br/pt/conteudos/rbac/rbac_43_03_2011/RBAC%203%202011%20-%20Perfil%20dos%20pacientes%20diab%C3%A9ticos%20tipo%202.pdf>. Acesso em: 30 de out. 2013.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of medical care in diabetes-2009. **Diabetes Care**, v. 32, supl. 1, Jan. 2009. 49 p. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/publicASMB/GuidelinesStatements/Statments_of_Intres/t/adastandards.pdf>. Acesso em: 30 out. 2013.

_____. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, v. 33, supl. 1 Jan. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797383/>>. Acesso em: 30 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>. Acesso em: 13 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Diabetes Mellitus. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf>. Acesso em: 25 maio 2014.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS/MS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos**. (revoga as resoluções: 196/96, 404/08 e 303/00). Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2013.

BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S.; SMELTZER, S.C. **Brunner&Suddart Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 2 v.

CARDOSO, M. I.; MORAES, M. A. M., PEREIRA, J.G. Práticas de autocuidado desenvolvidas por diabéticos tipo 2 em uma unidade de saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. 2011; v. 2 (1): p 277-290 . Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/118/pdf>>. Acesso em: 03 out. 2014.

- FERREIRA, L. T. et al. Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. **Arq. bras. ciênc. saúde**; v.36, n. 3, p. 182-8, set/dez. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n3/a2664.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2013.
- GRILLO, M. F. F.; GORINI, M. I. P. C. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.60, n.1, fev. 2007. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/21036/000621848.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 Nov. 2013.
- GROSS, J. L. et al. Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab**, São Paulo, vol. 46, nº 1, fev. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302002000100004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01 maio 2013.
- LIMA, M. H. M.; ARAÚJO, E. P. **Paciente Diabético: Cuidados em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Medbook, 2012.
- MALERBI, D. A.; FRANCO, L. J. Multicenter Study of the Prevalence of Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Tolerance in the Urban Brazilian Population Aged 30–69 yr. **Diabetes Care**. Nov. 1992. vol.15 n.11. p.1509-1516. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/15/11/1509.full.pdf+html>>. Acesso em: 15 nov. 2013.
- MATHIAS, T. A. F.; JORGE, M. H. P. M. Diabetes Mellitus na população idosa em município da região sul do Brasil: um estudo da mortalidade e morbidade hospitalar. **Arq Bras Endocrinol Metab**, ago. 2004. vol. 48, nº 4. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v48n4/a11v48n4.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2013.
- ROSA, Roger S. et al. Internações por Diabetes Mellitus como diagnóstico principal na Rede Pública do Brasil, 1999-2001. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 4, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v10n4/03.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2013.
- SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. **Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19s1/a04v19s1.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2013.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD)**. 3.ed. Itapevi, São Paulo, A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2013.
- TADONI, M. I. **Associações entre diabetes mellitus autorreferido, medidas antropométricas, acesso aos serviços de saúde e indicadores socioeconômicos**. 2009. 119 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo.2009. Disponível em:

<<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000475182&opt=4>>. Acesso em: 30 out. 2013.

TAVARES, D. M. S. et al. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. **Ciências & Saúde Coletiva**. 2007, vol.12, n.5, pp. 1341-1352. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/26.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2013.

_____. Perfil de Clientes submetidos a amputações relacionadas ao diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2009, vol.62, n.6, pp. 825-830. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a04v62n6.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2013.

UNITED KINGDOM PROSPECTIVE DIABETES STUDY. United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) 24: A 6-Year, Randomized, Controlled Trial Comparing Sulfonylurea, Insulin, and Metformin Therapy in Patients with Newly Diagnosed Type 2 Diabetes That Could Not Be Controlled with Diet Therapy). **Ann Intern Med**. Feb. 1998; vol.128 n.3 p.165-175. Disponível em: <<http://annals.org/article.aspx?articleid=711134>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

VIANA, L. V. et al. Poor glycaemic control in Brazilian patients with type 2 diabetes attending the public healthcare system: a cross-sectional study. **BMJ Open**. [England], v. 3, 2013. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/3/9/e003336.full.pdf+html>>. Acesso em: 30 out. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, 2011.176 p. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/>. Acesso em: 14 nov. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva, 2006. 50 p. Disponível em: <http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes_new.pdf>. Acesso em: 14 de nov. 2013.

APÊNDICE A – Roteiro de pesquisa

1) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Nome: _____

Idade: _____ Data de nascimento: _____ Sexo: F () M ()

Estado Civil: _____ Profissão: _____

Procedência: _____

Endereço: _____

Telefone Residencial: _____ Celular: _____

Nº de Filhos: _____, _____ vivos.

Quantas pessoas moram no mesmo domicílio: _____

Possui Cuidador: Sim () Não (). Se sim, formal () informal ().

Grau de parentesco: _____

Condições de moradia: Área urbana () Rural () Casa () Apartamento ()

Com saneamento básico () Sem saneamento básico ()

Escolaridade: iletrado () até 4 anos () de 5 a 8 anos () de 9 a 11 anos () superior ()

Renda pessoal: _____ (em salários mínimos- SM).

Renda familiar: _____ SM. Desconhece ()

2) DADOS RELACIONADOS À SAÚDE

Cuidado corporal: asseado () com roupas limpas () falta asseio corporal ()

Cabelos limpos () Unhas limpas () Higiene bucal adequada ()

Hábito de tomar banho no período: M (), T (), N (). Qtd: _____

Sono/repouso: não tem insônia () apresenta dificuldade em conciliar o sono ()

acorda várias vezes à noite () sonolência () dorme durante o dia ()

Dorme _____ horas por noite.

Não tem insônia em casa, mas acorda várias vezes à noite no hospital ()

Atividades físicas e programadas: Sim () Não ().

Quais?: _____

Costuma comer com frequência: Frutas (), Verduras (): Cruas (), Cozidas ().

Carnes: (); Vermelha (), frango (), peixe (), suco (), água (), Café (), chá (), leite ().

Refeições/dia: _____

Eliminação urinária: Normal: (), menos que 5 vezes por dia (), polaciúria (), nictúria (), urgência miccional (), incontinência urinária (), diminuição do jato urinário ().

Eliminações intestinais: normal (), constipação (), diarreia (), mudança de hábito intestinal (). Frequência: _____

Dados antropométricos:

Peso: _____ kg, **Altura:** _____ m, **IMC:** _____ **PA:** _____ mm/Hg

Medida da cintura

Se homem: () menos que 94 cm () entre 94 e 102 cm () mais que 102 cm

Se mulher: () menos que 80 cm () entre 80 e 88 cm () mais que 88 cm

Motivo de internação atual: _____

Doenças Crônicas: _____

Local de realização do 1º diagnóstico de DM:

Consulta em Unidade Básica(), Exames de rotina (),

Internação por complicações(), não soube informar()

Tempo de convivência com DM: 0-5 anos(), 6-10 anos(), 10-15 anos(), >15anos()

Complicações relacionadas ao DM :

() doença ocular () neuropatia periférica () doença vascular periférica () nefropatia

() Outra(s). Qual (is)? _____

Tratamentos anteriores: _____

Medicamentos em uso:

Faz uso de hipoglicemiante oral? sim() não() Se sim, qual? _____

Horário: _____

Historia familiar de DM: sim() não() não soube informar()

Se mulher: Alguma vez você teve alteração do seu nível de glicose ou diabetes durante a gravidez, ou filhos com mais de 4 quilos? () sim () não

Percepções do entrevistador:

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

Título do estudo: Caracterização dos portadores de diabetes mellitus de um hospital universitário do Distrito Federal.

Pesquisador responsável: Keila Cristianne Trindade da Cruz

Instituição/Departamento: Universidade de Brasília/ Departamento de Enfermagem

Telefone para contato com o pesquisador: (61) 8166-6376

Convidamos o(a) Sr(a) para participar da pesquisa “Caracterização dos portadores de diabetes mellitus de um hospital universitário do Distrito Federal.”, que tem como objetivo caracterizar os pacientes portadores de DM internados em um hospital universitário e investigar diferentes aspectos relacionados ao seu tratamento, com vistas à implementação de estratégias educativas. Este estudo tem muita importância para a promoção da saúde do(a) Sr(a). O(a) Sr(a) não terá gastos com a pesquisa. A conversa e a avaliação que faremos com o(a) Sr(a) terá a duração de aproximadamente 40 a 50 minutos. Se o(a) Sr(a) aceitar participar dessa pesquisa deverá assinar este termo e ficará com uma cópia, caso precise entrar em contato conosco por qualquer motivo, inclusive para deixar de participar da pesquisa, sem que o(a) Sr(a) sofra qualquer prejuízo por parte do pesquisador ou da instituição, deixamos acima o número de telefone para contato.

Sua participação é voluntária e o nome do(a) Sr(a) e dos outros participantes desse estudo serão mantidos em segredo e não aparecerão ao final da pesquisa, pois não se espera causar desconforto ou riscos aos participantes da pesquisa. Nesta pesquisa o(a) Sr(a) estará contribuindo com informações importantes sobre sua saúde para um melhor acompanhamento do(a) Sr(a) pelos profissionais que trabalham nessa instituição (médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, dentre outros). Será realizada uma entrevista para colher dados sociodemográficos e relacionados à sua saúde, como medida de pressão arterial, peso e circunferência abdominal. A entrevista será realizada pelo coordenador da pesquisa e/ou pelos alunos de graduação em enfermagem devidamente treinados.

Ao finalizar o estudo, os resultados serão divulgados nos diversos meios de comunicação (como revistas científicas). Esperamos merecer sua confiança e colocamo-nos à disposição para qualquer informação adicional no telefone acima. Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Universidade de Brasília – UNB, Faculdade Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Campus Darcy Ribeiro. Asa Norte - Brasília – DF. CEP 70910-900. Departamento de Enfermagem FS - UnB: (61) 3107-1756. Comitê de Ética em Pesquisa. CEP/FS – UnB: (61) 3107-1947.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Brasília, _____ de _____ de 201__.

Assinatura do paciente ou do representante legal

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Caracterização dos portadores de diabetes melito internados em um hospital universitário do Distrito Federal

Pesquisador: Keila Cristianne Trindade da Cruz

Versão: 2

CAAE: 16262913.9.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 030428/2013

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Você está em: Pesquisador > Gerir Pesquisa > Detalhar Projeto de Pesquisa

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

Dados do Projeto de Pesquisa

Título da Pesquisa: Caracterização dos portadores de diabetes melito internados em um hospital universitário do Distrito Federal

Pesquisador: Keila Cristianne Trindade da Cruz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16262913.9.0000.0030

Submetido em: 31/10/2013

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Situação: Aprovado

Localização atual do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Documentos Postados do Projeto

Tipo Documento	Situação	Arquivo	Postagem
Parecer Consubstanciado do CEP	A	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_461962.pdf	20/11/2013 15:51:52

Internet | Modo Protegido: Ativado 19:36 17/11/2014