



CARACTERIZAÇÃO DE DIABÉTICOS ATENDIDOS EM ASSOCIAÇÃO DO MUNICÍPIO DE BIRIGUI- SP

CHARACTERIZATION OF DIABETICS ASSISTED AT THE BIRIGUI- MUNICIPALITY ASSOCIATION

Jaqueline da Silva Lacerda¹

Cintia Mariana Lopes Jardim²

Keny Gonçalves Tirapeli³

RESUMO: **Introdução:** O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença de saúde pública caracterizada pelo excesso de glicose no sangue e na urina, o que ocorre quando o pâncreas diminui ou deixa de secretar insulina. **Objetivo:** Descrever as características de diabéticos atendidos em uma associação no município de Birigui- SP. **Casística e Métodos:** O estudo foi realizado com 31 diabéticos atendidos em Associação de Diabetes no município de Birigui – SP. Os dados foram coletados através de um formulário contendo informações sobre dados sociais e pessoais (idade, gênero, estado civil, renda, peso atual e estatura) e responderem questões relacionadas à patologia. A avaliação do estado nutricional foi realizada por meio do Índice Massa Corporal (IMC). Os resultados foram descritos em frequência relativa (%) e absoluta (n), por meio da estatística descritiva (tabelas e gráficos). **Resultados:** Ao avaliar o conhecimento dos pacientes sobre o diabetes, observou-se que dos 31 entrevistados, 52% (n=16) eram do sexo masculino e 48% (n=15) do sexo feminino. Houve o predomínio de diabéticos casados, representando 52% (n=16), solteiros 42% (n=13), divorciados 3% (n=1) e viúvos 3% (n=1). Quando avaliados sobre o que é DM 97% (n= 30) responderam corretamente, enquanto que apenas 3% (n= 1) não sabia responder. **Conclusão:** A maioria dos adultos diabéticos apresentaram IMC elevado, caracterizando obesidade, diferentemente de crianças e adolescentes que apresentaram IMC de normalidade. Tanto adultos quanto crianças e adolescentes apresentaram dificuldades na mudança de hábitos alimentares básicos. Quanto à prática de exercícios físicos e o controle de glicemia, os resultados foram satisfatórios.

Palavras-chave: caracterização, diabéticos, diabetes mellitus

¹ Universidade Paulista- UNIP

² Universidade Paulista- UNIP

³ Universidade Paulista- UNIP

ABSTRACT: Introduction: Diabetes mellitus (DM) is a public health disease characterized by excess glucose in the blood and urine, which occurs when the pancreas decreases or stops secreting insulin. Objective: To describe the characteristics of diabetics treated in an association in the city of Birigui- SP. PATIENTS AND METHODS: The study was conducted with 31 diabetic patients attending the Diabetes Association in the city of Birigui - SP. Data were collected through a form containing information on social and personal data (age, gender, marital status, income, current weight and height) and to answer questions related to pathology. The evaluation of nutritional status was performed using the Body Mass Index (BMI). The results were described in relative frequency (%) and absolute (n), through descriptive statistics (tables and graphs). Results: When evaluating patients' knowledge about diabetes, it was observed that of the 31 interviewees, 52% (n = 16) were male and 48% (n = 15) were female. There was a predominance of married diabetics, representing 52% (n = 16), unmarried 42% (n = 13), divorced 3% (n = 1) and widowed 3% (n = 1). When evaluated on what is DM 97% (n = 30) they responded correctly, whereas only 3% (n = 1) did not know to respond. Conclusion: Most diabetic adults presented high BMI, characterizing obesity, unlike children and adolescents who presented normal BMI. Both adults and children and adolescents presented difficulties in changing basic eating habits. Regarding the practice of physical exercises and glycemic control, the results were satisfactory.

Key words: Characterization, diabetics, diabetes mellitus

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) constitui um grande problema de saúde pública. (FRANCO, 2004). Essa patologia é considerada um distúrbio crônico caracterizado pelo comprometimento do metabolismo da glicose, de outros substratos produtores de energia e pelo desenvolvimento tardio de complicações vasculares e neuropáticas. Mecanismos patogênicos distintos estão envolvidos, sendo a hiperglicemia (excesso de glicose no sangue) um atuante comum. Seu aparecimento está relacionado à deficiência insulínica, que pode ser absoluta ou relativa, desempenhando um efeito nas alterações metabólicas ligados ao diabetes (GOLDMAN; AUSIELLO, 2009).

Quando ingerimos hidratos de carbono imediatamente o pâncreas lança no sangue uma determinada quantidade do hormônio insulina, cuja função é quebrar as moléculas de glicose para transformá-las em energia, afim de que seja aproveitada por todas as células. A ausência desse hormônio não interfere somente na queima de açúcar, mas também em sua transformação em outras substâncias (proteína e gordura), acarretando na elevação do teor de glicose no sangue. (BRASIL, 1993).

Os sintomas mais comuns da doença são: urina e sede excessiva; perda de peso apesar do aumento do apetite; cansaço e fadiga; vista embaçada ou turvação visual; infecções frequentes, sendo as mais comuns infecções de pele (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Geralmente utilizam-se duas grandes formas classificatórias para essa patologia, sendo elas: Diabetes insulino dependente ou tipo 1 e Diabetes não insulino dependente ou tipo 2 (GROSS *et al.*, 2002).

O Diabetes Mellitus Tipo 1 (classificado por IDDM - Diabetes mellitus insulino - dependente), conhecido como diabetes infanto-juvenil, desenvolve-se com maior frequência entre crianças e adolescentes, com incidência máxima aos 12 anos de idade, mas pode ocorrer em qualquer idade, não existindo relação entre o sexo (PILGER; ABREU, 2007). Neste caso, ocorre diminuição ou alteração da insulina, tornando necessária a injeção desse hormônio. Por isso, pode ocorrer cetoacidose, possibilitando o aumento de gordura no sangue e conseqüentemente o mau funcionamento dos rins. Caso o tratamento não seja realizado corretamente, a cetoacidose pode levar o indivíduo ao coma e conseqüentemente à morte (SANTOS; ENUMO, 2003).

Portadores de Diabetes não insulino dependente, ou tipo 2, não são dependentes de uma insulina exógena, pois produzem insulina, porém o próprio metabolismo pode criar uma resistência á insulina, ou seja, passa a não responder à ação da insulina da forma como deveria e não se utiliza adequadamente (GRILLO; GORINI, 2007).

Por ser pouco sintomático, quando os sintomas são presentes, se instalam de maneira gradativa, e muitas vezes podem não ser observadas pelas pessoas, permanecendo assim por muito tempo sem diagnóstico e sem tratamento, favorecendo a ocorrência de complicações cardiovasculares e neurológicas (SBD, 2015).

O aumento da incidência da Diabetes Mellitus tipo 2, pode ser determinado por interação genética e envolvimento dos fatores de riscos, dentre eles pode-se destacar: aumento do consumo de dietas hipercalóricas e ricas em hidratos de carbono de absorção rápida, alterações do estilo de vida, sedentarismo e obesidade (GRILLO; GORINI, 2007).

Os principais fatores de risco para o Diabetes Mellitus tipo 2 são idade maior que 45 anos, antecedente familiar de diabetes sendo tipo 1 ou 2, HDL \leq 35 mg/dL e triglicérides \geq 150 mg/dL, história de macrossomia ou diabetes gestacional, diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos, ou doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida (NETO *et al.*, 2012).

O diagnóstico baseia-se essencialmente nas alterações da glicose plasmática de jejum, ou após uma sobrecarga de glicose por via oral. Para o diagnóstico são considerados os seguintes critérios: glicose plasmática de jejum (8 horas), nos pontos de jejum, em 2h após sobrecarga oral de 75g de glicose (teste oral de tolerância à glicose – TOTG) e na medida da glicose plasmática casual (GROSS *et al.*, 2002).

Categorias	Jejum	2h após 75 g de dextrosol	Casual
Glicemia de jejum alterada	> 100 e < 126 mg/dL	< 140 mg/dL	
Tolerância à glicose diminuída	< 126 mg/dL E	> 140 e < 200 mg/dL	
Diabetes Mellitus	> 126 mg/dL (2 vezes) OU	> 200 mg/dL OU	> 200 mg/dL com sintomas clássicos

Assim, é considerado diabético aquele paciente que tiver 2 glicemias de jejum acima de 126 mg/dL ou, se na glicemia de 2 horas durante o TOTG, o valor for superior a 200 mg/dL. Além disso, em qualquer momento do dia, se o paciente tiver sintomas clássicos e a glicemia for maior que 200 mg/dL, confirma-se o diagnóstico de diabetes mellitus (SBD, 2015).

O Diabetes Mellitus é uma patologia que impõe ao seu portador, a sua família e aos profissionais da área da saúde uma série de desafios, por isso, é de total importância que o paciente modifique o seu estilo de vida para prevenir-se das complicações relacionadas ao diabetes, através da educação continuada e de seu autocuidado, respeitando o tratamento adequado, o que poderá proporcionar o alcance de níveis normais de glicose sanguínea (GRILLO; GORINI, 2007).

O presente estudo se fez de suma importância para que se pudesse tomar conhecimento das principais características dos diabéticos, pois essa patologia é de grande prevalência e quando não controlada pode acarretar sérios riscos à saúde, destacando que pode ser diagnosticada e tratada precocemente, reduzindo a tendência de possíveis malefícios.

O objetivo deste estudo foi descrever as características de diabéticos atendidos em uma associação no município de Birigui- SP.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo de natureza transversal descritivo, de caráter observacional, cujo objetivo foi analisar as características dos pacientes diabéticos cadastrados na Associação de Diabetes Juvenil- ADJ, localizada à Rua João Galo, 1181, Centro, CEP 16200-916 em Birigui – SP, por meio da coleta de dados em formulários.

Após a aprovação do pré-projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista – UNIP, sob o número do parecer de aprovação nº 1.103.688, o estudo foi iniciado. A coleta de dados foi realizada entre Julho e Setembro de 2015. Participaram deste estudo, 31 diabéticos com disponibilidade para o preenchimento de formulários. Os participantes foram abordados e informados sobre a natureza da pesquisa e após seu consentimento, o formulário foi entregue e recolhido após o preenchimento.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão pacientes diabéticos cadastrados da ADJ com idade ≥ 10 anos e ≤ 60 anos de idade, de ambos os sexos e que aceitaram participar da pesquisa através da assinatura do TCLE. Como critérios de exclusão de pesquisa foram excluídos os indivíduos que possuíram idade ≤ 10 anos e ≥ 60 anos e pacientes amputados.

Para que a coleta de dados fosse realizada os participantes preencheram um formulário (ANEXO 1), validado e adaptado (ASSUNÇÃO, 2002) contendo informações sobre identificação (idade, gênero, estado civil, renda mensal e dados antropométricos), dados da doença (tempo de diagnóstico, presença de outras enfermidades associadas ao diabetes, forma pela qual descobriu, frequência da procura pelo serviço de saúde para verificação do controle glicêmico, consumo de álcool ou tabaco e prática de exercícios físicos), antecedentes familiares (existência de familiares com a doença), conhecimentos sobre o diabetes, tratamento (tratamento referido pelo paciente).

Para realizar a classificação do estado nutricional em adultos, o participante relatou seu peso e sua altura, e por meio do Índice de Massa Corporal (IMC) (OMS, 2000), os adultos foram classificados como: eutróficos IMC de 18,5 a 24,9 kg/m²; sobrepeso ≥ 25 kg/m²; pré-obesidade 25 a 29,9 kg/m²; obesidade classe I: 30 a 34,9 kg/m²; obesidade classe II: 35 a 39,9 kg/m²; obesidade classe III ≥ 40 kg/m² (OMS, 1998).

A classificação do estado nutricional em crianças e adolescentes foi analisado pelas curvas de IMC por Idade meninos (ANEXO 2) dos 5 aos 19 anos em percentis (OMS, 2007) e curva de IMC por idade meninas (ANEXO 3) dos 5 aos 19 anos em percentis (OMS,2007). Como ponto de corte de IMC por idade estabelecida para adolescentes utilizou-se os seguintes valores críticos: < percentil 0,1 ou < score-z -3: magreza acentuada; >percentil 0,1 e <

percentil 3 > ou escore-z -3 e < escore-z -2: magreza; > percentil 3 e < percentil 85 ou > escore-z -2 e < escore-z +2: peso adequado ou eutrófico; Percentil 85 e < percentil 97 ou > escore-z +1 e < escore-z +2: sobrepeso; > percentil 97 e < percentil 99,9 ou > escore-z +2 e < escore-z +3: obesidade; > percentil 99,9 ou > escore-z +3: obesidade grave (OMS, 2007).

$$\text{Cálculo: IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura}^2} \text{ kg/m}^2$$

Para a análise dos dados, os mesmos foram avaliados quanto a sua consistência, codificados em banco de dados e descritos por meio da estatística descrita com a apresentação de média, desvio padrão, frequência relativa e absoluta, e os resultados apresentados na forma de tabelas e gráficos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com 31 diabéticos cadastrados em Associação de Diabetes no município de Birigui. A amostra foi composta por 52% (n=16) de homens e 48% (n=15) de mulheres, entre 10 e 60 anos, com idade média de 41 anos de idade. Analisando o estado civil, o número de casados representou 52% (n=16), solteiros 42% (n=13), divorciados 3% (n=1) e viúvos 3% (n=1).

O grau de escolaridade foi dividido em: ensino fundamental incompleto 32% (n=10), ensino fundamental completo 23% (n=7), ensino médio incompleto 10% (n=3), ensino médio completo 6% (n=2), superior incompleto 3% (n=1) e superior completo 26% (n=8).

A profissão ficou dividida em: aposentados 36% (n=11), estudantes 32% (n=10), ativos 26% (n=8) e desempregados 6% (n=2). Sobre a renda salarial 13% possuíam até 1 salário mínimo, 13% (n=4), de 2 à 5 salários mínimos 71% (n=22) e de 6 à 10 salários mínimos 16% (n=5) (Tabela 1).

Variáveis	%	(n=31)
Gênero		
Masculino	52	16
Feminino	48	15
Estado civil		
Solteiro	42	13
Casado	52	16
Divorciado	3	1

Viúvo	3	1
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	32	10
Ensino Fundamental Completo	23	7
Ensino Médio Incompleto	10	3
Ensino Médio Completo	6	2
Superior Incompleto	3	1
Superior Completo	26	8
Profissão		
Estudante	32	10
Aposentado	36	11
Ativo	26	8
Desempregado	6	2
Renda mensal		
Até 1 salário mínimo	13	4
De 2 a 5 salários mínimos	71	22
De 6 a 10 salários mínimos	16	5

Tabela 1- Distribuição relativa e absoluta do perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos pela Associação de Diabetes Juvenil. Birigui/SP 2015.

As variáveis antropométricas peso (kg) e altura (m) foram utilizadas conforme os dados preenchidos no formulário. Os dados de antropometria foram importantes, pois ao realizar o cálculo, foi possível detectar um índice elevado de adultos pré-obesos (Figura 1) e índice de IMC adequados em crianças e adolescentes diabéticos (Figura 2), resultado semelhante ao observado no estudo de Ferreira (2009), com pacientes diabéticos da rede pública de saúde na área urbana de Cuiabá, onde se observou que aproximadamente 46% dos adolescentes e 36% dos pacientes adultos apresentaram pré-obesidade.

Esse resultado pode ser reflexo do ritmo agitado e da forma descompromissada com que muitas vezes as pessoas se alimentam. O abuso do famoso “*Fast food*”, do álcool, do fumo, doces, gorduras saturadas, entre outros, são problemas constantes nos dias atuais.

Torres, *et al.* (2009), ao realizar a Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes, afirma que o aumento do conhecimento e a conversão de atitudes não é suficiente para reduzir o IMC, é necessário seguir a dieta e realizar a prática de atividades físicas. Além disso, é preciso se adaptar às orientações educativas. A educação combinada com a terapia de comportamento pode resultar em grandes benefícios para os diabéticos, fortalecendo e encorajando a decisão de sustentarem o regime terapêutico.

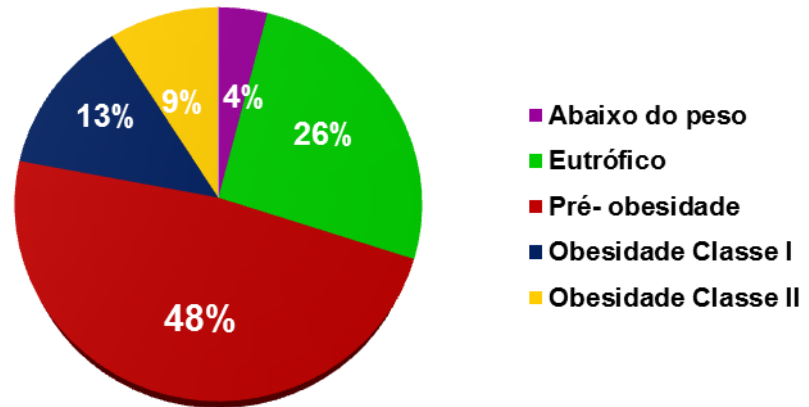


Gráfico 1- Índice de Massa Corporal (IMC) de pacientes adultos atendidos pela Associação de Diabetes Juvenil- Birigui-SP, 2015.

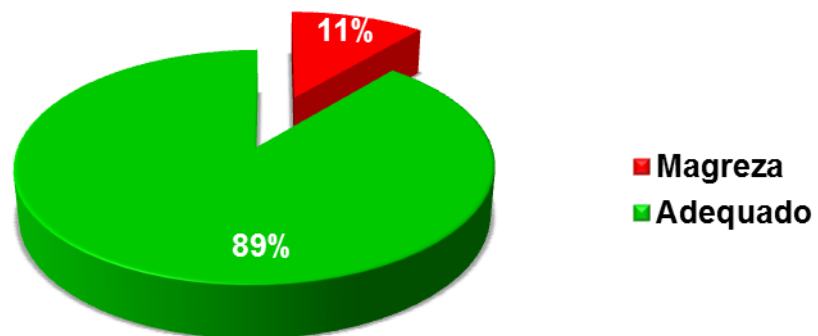


Gráfico 2- Índice de Massa Corporal (IMC) de crianças e adolescentes atendidos pela Associação de Diabetes Juvenil- Birigui-SP, 2015.

Quando questionados se sabiam do que se tratava o Diabetes Mellitus, 97% (n= 30) possuíam conhecimento a respeito da doença, enquanto que apenas 3% (n= 1) referiram não saber, diferentemente dos achados de Borges, Gorayeb e Freitas (2013) que após analisarem a caracterização psicossocial de diabéticos de um hospital público universitário no interior do estado de São Paulo, observaram que os diabéticos entrevistados apresentaram pouco conhecimento a respeito da etiologia e funcionamento do DM.

Quanto ao tempo de diagnóstico 23% (n=7) relataram ter recebido o diagnóstico em até 1 ano, 35% (n=11) de 2 à 5 anos, 13% (n=4) de 6 a 10 anos e 29% (n=9) disseram ter recebido diagnóstico há mais de 10 anos. Sobre o local onde tomaram diagnóstico da patologia, 39% (n=12) disseram ter recebido o diagnóstico em um posto de saúde, 6% (n=2) através de uma internação hospitalar, 23% (n=7) no pronto socorro e 32% (n=10) relataram ter recebido o diagnóstico através de uma consulta em um médico particular. Quanto a frequência de ida até à Associação 6% (n=2) relataram que frequentam semanalmente, 75% (n= 23) mensalmente, 6% (n=2) a cada 3 meses e 13% (n=4) a cada 6 meses (Tabela 2).

Variáveis	%	(n=31)
Sabe o que é Diabetes Mellitus		
Sim	97	30
Não	3	1
Tempo de diagnóstico		
Até 1 ano	23	7
De 2 a 5 anos	35	11
De 6 a 10 anos	13	4
Mais de 10 anos	29	9
Descobrimto da patologia		
Posto de saúde	39	12
Internação em hospital	6	2
Pronto socorro	23	7
Médico Particular	32	10
Frequência de ida à Associação		
Semanalmente	6	2
Mensalmente	75	23
A cada 3 meses	6	2
A cada 6 meses	13	4

Tabela 2- Distribuição relativa absoluta em relação ao conhecimento e a caracterização dos pacientes atendidos pela Associação de Diabetes Juvenil. Birigui/SP, 2015.

Sabe-se que no DM tipo 2 os sintomas podem demorar a aparecer, e estes surgem geralmente quando a glicemia encontra-se alterada. Contudo, mesmo antes do diagnóstico, níveis glicêmicos discretamente alterados já trazem prejuízos à saúde. Por isso, quando o diagnóstico de DM é realizado devido ao surgimento de sintomas, o paciente possui grande probabilidade de já apresentar algum tipo de complicação. Daí a grande importância das campanhas de detecção de Diabetes, ressaltando-se que quase metade das pessoas diabéticas desconhece a sua condição (BORGES; GORAYEB; FREITAS, 2009).

Quando questionados sobre a existência de familiares com a doença, 42% (n=13) dos pacientes responderam que seus pais são portadores dessa patologia, 31% (n=10) disseram ter irmãos diabéticos, 19% (n=6) avós diabéticos, 6% (n=2) tios diabéticos e 6% (n=2) primos diabéticos.

Em relação à presença de outras enfermidades associadas, apenas 52% (n=16) disseram possuir alguma doença associada ao diabetes, destes, 45% (n=14) disseram ser hipertensos, 6% (n=2) responderam ser obesos, 6% (n=2) disseram possuir algum tipo de doença cardiovascular.

Quanto às mudanças de hábitos, 94% (n=29) afirmaram o controle do consumo de carboidratos, 39% (n=12) afirmaram o início do consumo de produtos integrais, 29% (n=9)

afirmaram o início da prática de exercícios físicos, 9% (n=3) afirmaram o abandono do consumo de bebidas alcoólicas e 6% (n=2) afirmaram o abandono do tabaco (Tabela 3).

Variáveis	%	(n=31)
Familiar diagnosticado com Diabetes		
Pais	42	13
Irmãos	31	10
Avós	19	6
Tios	6	2
Primos	6	2
Doenças associadas		
Obesidade	6	2
HAS- Hipertensão Arterial	45	14
Doenças cardiovasculares	6	2
Nenhuma das alternativas	48	15
Mudanças de hábitos após o diagnóstico		
Abandono do tabaco	6	2
Abandono de bebidas alcoólicas	9	3
Redução de carboidratos	94	29
Iniciou a pratica de exercícios físicos	29	9
Iniciou o consumo de produtos integrais	39	12

Tabela 3- Distribuição relativa e absoluta em relação ao histórico familiar e mudanças de hábitos após o descobrimento da patologia.

Quando questionados se possuem alguma doença associada ao diabetes, 52% (n=16) afirmaram e 48% (n=15) negaram possuir algum tipo de doença associada ao diabetes (Gráfico 3).

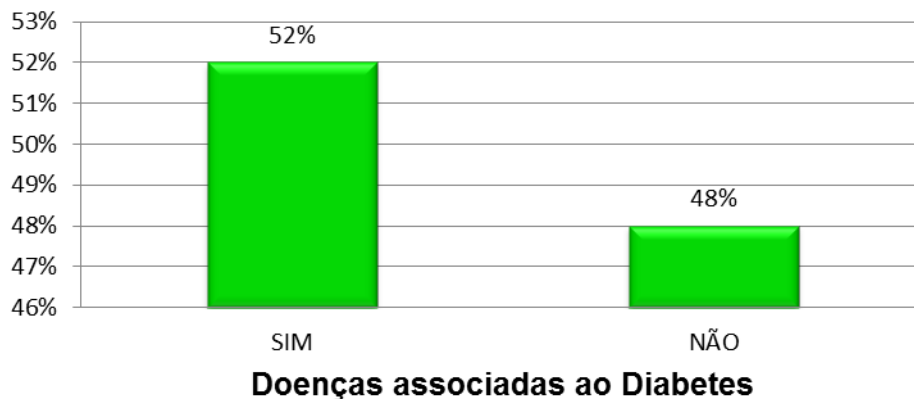


Gráfico 3- Pacientes que possuem doenças associadas ao Diabetes. Birigui/SP, 2015

De acordo com Kasper *et al.* (2006) os portadores de diabetes podem apresentar variadas formas de dislipidemias e devido ao risco cardiovascular adicional de hiperglicemia

e hiperlipidemia, as alterações lipídicas necessitam ser controladas. O aumento da prevalência de doenças crônicas pode estar relacionado com o envelhecimento da população, assim como as mudanças no estilo de vida (FREITAS; GARCIA, 2012).

Analisando o consumo de bebidas alcoólicas, 81% (n=25) negaram consumir e 19% (n=6) dos pacientes entrevistados disseram consumir. Freitas (2007) ao analisar o perfil biopsicossocial da população diabética em uma comunidade do Ceará, trabalhando com uma amostra de 78 pacientes diabéticos, encontrou uma prevalência de 19,7% de consumo de álcool. De acordo com o estudo, esse hábito relaciona-se mais às complicações agudas como hipoglicemia e acidose metabólica. Quanto ao fumo, 97% (n=30) negaram, enquanto 3% (n=1) disseram ser fumantes, resultado semelhante ao estudo de Ferreira (2009), onde estuda as características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde, onde destaca que 82% dos diabéticos estudados não são fumantes. Quanto à prática de exercícios físicos, 74% (n=23) disseram praticar exercícios e 26% (n=8) negaram a prática (Gráfico 4).

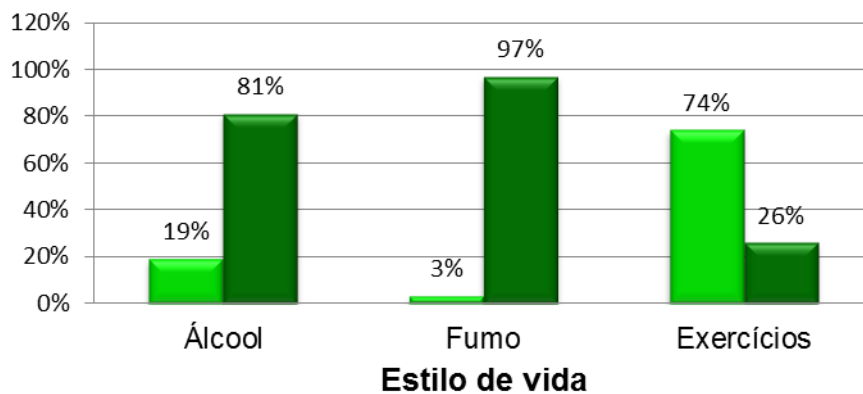


Gráfico 4- Consumo de bebidas alcoólicas, fumo e prática de exercícios físicos. Birigui/SP, 2015

Ao serem questionados quanto à frequência do controle de glicemia obteve-se um número favorável, onde 68% (n=21) disseram possuírem o hábito de controlar a glicemia diariamente, 16% (n=5) disseram realizar o controle de glicemia semanalmente e 16% (n=5) disseram realizar o controle de glicemia mensalmente (Figura 5). Diferentemente, pode-se observar nos estudos de Gross (2002), onde relata que depois de estabelecido o diagnóstico de diabetes, os pacientes iniciam diversas modalidades de tratamento para corrigir a hiperglicemia, procurando atingir o melhor controle metabólico possível, porém os resultados obtidos comprovaram a relação entre o risco de complicações microvasculares e o controle glicêmico. Além disto, a análise observacional dos diabéticos acompanhados, demonstrou uma associação significativa entre o controle glicêmico e o risco de morbimortalidade

cardiovascular. Frente a estes resultados, foi possível concluir que a obtenção de valores glicêmicos o mais próximo possível da normalidade, com atenção à prevenção de hipoglicemia, se torna mandatória.

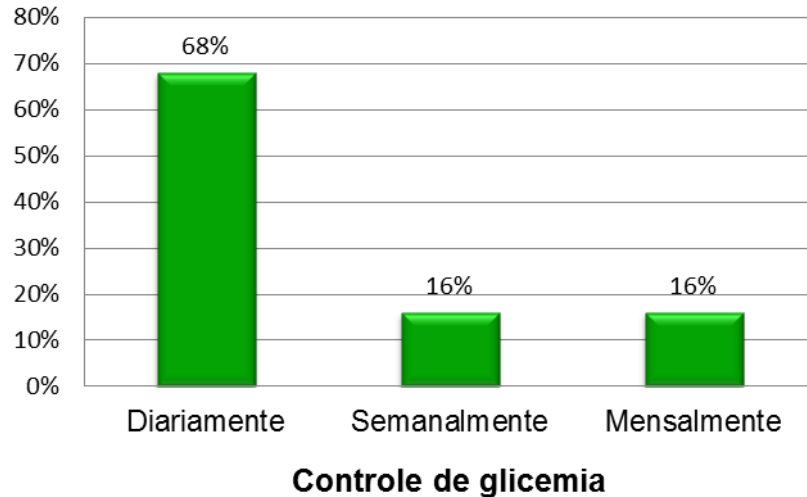


Gráfico 5- Frequência do controle de glicemia. Birigui/SP, 2015

Ao serem questionados sobre o uso de medicamentos, 94% (n= 29) disseram realizar o consumo regularmente de medicamentos e apenas 6% (n=2) disseram não tomar nenhum tipo de medicamento. Do total, 52% (n=16) dos entrevistados disseram tomar medicamentos por via oral e 45% (n=14) disseram utilizar insulina para o tratamento de Diabetes (Figura 6). Diferentemente, pode-se observar no estudo de Borges, Gorayeb e Freitas (2013), onde relata que 58,1% dos pacientes fazem uso de insulina, e destes, 44,4% não utiliza a medicação. Existem vários motivos que podem estar relacionados à dificuldade de autoaplicação: presença de alteração funcional (visão deficitária, tremor), falta de conhecimento adequado, desmotivação, medo em falhar ou medo da dor. A forma com que o paciente se sente frente à doença também pode influenciar na decisão da autoaplicação.

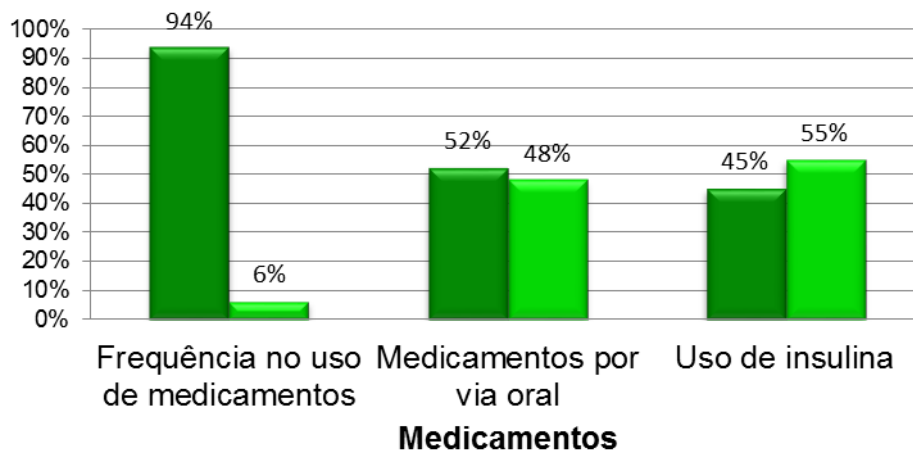


Gráfico 6- Medicamentos por via oral, insulina e frequência do uso de medicamentos. Birigui/SP, 2015

4. CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo demonstram que apesar dos diabéticos adultos possuírem conhecimento a respeito da patologia, realizarem exercícios físicos e controlarem diariamente a glicemia, apresentam grande dificuldade para controlar o consumo de carboidratos e consumirem produtos integrais, dificuldade essa que acaba refletindo no estado nutricional de adultos com diabetes, embora o de crianças e adolescentes se encontre adequado.

5. CONSIDERAÇÃO FINAL

Tendo em vista que a grande maioria dos entrevistados possui também algum tipo de doença associada ao diabetes, destaca-se a necessidade de acompanhamento constante por profissionais da saúde para uma melhor qualidade de vida do diabético.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, M. C. F. **Fatores relacionados ao controle do Diabetes Mellitus em pacientes atendidos na rede de atenção primária à saúde.** 2002. 184f. Dissertação (Doutorado em Epidemiologia) - Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2002.

BORGES, A. M.; GORAYEB, R.; FREITAS, M. C. F. **Caracterização psicossocial de pacientes diabéticos de um hospital público universitário.** Arquivos Brasileiros de Psicologia, São Paulo, v. 65, n.2, p 214-299, 2013. Disponível em: <<http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/796/796#t3>>. Acesso em: 15 out. 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coordenação de Doenças Crônico- Degenerativas. Orientações básicas para o diabético.** 2ª ed. Brasília, Educação e Saúde, 1993. 105f.

FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. **Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde - análise a partir do sistema HiperDia.** Arq Bras Endocrinol Metab. São Paulo, v. 53, n.1, 2009 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302009000100012&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 out. 2015.

FRANCO, L. J. **Um problema de saúde pública – Epidemiologia.** In: OLIVEIRA, J.E.P, MILECH, A. Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico e tratamento multidisciplinar. São Paulo. Atheneu, 2004. p. 19-32.

FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. **Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008.**

Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 21, n.1, p. 7-19, 2012. Disponível em:

<<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n1/v21n1a02.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2015.

GOLDMAN, L; AUSIELLO, D. - **Cecil Medicina**, 23ª ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2009. p. 1988.

GRILLO, M. F. F; GORINI, M. I. P. C. **Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2.** Revista Brasileira de Enfermagem. v. 60, n. 1, p. 49- 54, 2007.

GROSS, J. L. *et al.* **Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico.** Arquivo Brasileiro Endocrinologia e Metabolismo. São Paulo, v. 46, n. 1, 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302002000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 abr. 2015.

NETO, J. N. C. *et al.* **O paciente diabético e suas implicações para conduta odontológica.** Revista Dentística online. n. 23, p. 11-18, 2012. Disponível em: <<http://coral.ufsm.br/dentisticaonline/1102.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2015.

PILGER, C; ABREU, I. S. **Diabetes mellitus na infância:** Repercussões no cotidiano da criança e de sua família. Cogitare Enferm, v. 12, n 4, p. 494-501, 2007. Disponível em:

<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/10076/6928>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

SANTOS, J. R; ENUMO, S. R. F. **Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1:** Seu Cotidiano e Enfrentamento da Doença. Psicologia: Reflexão e crítica. v. 16, n. 2, p. 411- 425, 2003. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n2/a21v16n2.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Sintomas de Diabetes.** Disponível em:

<<http://www.diabetes.org.br/sintomas-de-diabetes>> Acesso em: 02 mar. 2015.

TORRES, H.C. *et al.* **Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes.** Rev. Saúde Pública, v.43, n.2, p.291-298, 2009. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/05.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015