

# CARACTERIZAÇÃO DOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS ATENDIDOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BAIRRO LUIZ FOGLIATTO

**Giovana Manica Miolo<sup>1</sup>**  
**Tatiana Amaro Cechinatto<sup>1</sup>**  
**Fernanda Geisel Baldissera<sup>1</sup>**  
**Simone Staud<sup>1</sup>**  
**Felipe Kaefer Kuhn<sup>1</sup>**  
**Karla Renata de Oliveira<sup>2</sup>**

## Resumo

O objetivo deste estudo foi caracterizar os diabéticos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde do município de Ijuí/RS. Em outubro de 2008 foram entrevistados 64 homens e mulheres portadores de Diabetes. Verificou-se maior prevalência feminina, baixa renda e nível de escolaridade. A idade média dos homens é menor que a das mulheres, porém apresentam IMC mais elevado. Ambos os grupos não seguem dieta nem realizam atividade física regular. A maioria é também hipertensa e todos utilizam medicamentos hipoglicemiantes e anti-hipertensivos. A glibenclamida é o hipoglicemiante mais utilizado em monoterapia, mas a maioria adota associação de fármacos. Entre os anti-hipertensivos o enalapril e a combinação deste com hidroclorotiazida são os mais utilizados. Os resultados indicam a necessidade de revisão da terapêutica empregada, principalmente a medicamentosa. Evidenciam também a urgência de se estabelecer estratégias de educação em saúde direcionadas principalmente à população masculina, envolvendo uma equipe multidisciplinar que considere nas suas propostas as condições de saúde e socioeconômicas desta população.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus. Educação em saúde. Autocuidado.

## Characterization of the Patients With Diabetic Mellitus Attended in the Basic Unit of the Neighborhood Luiz Fogliatto

### Abstract

The objective of the study was to characterize the diabetic patients attended in a Basic Health Unit of Ijuí city. In August 2008 were interviewed 64 men and women with diabetes. The results show a female prevalence to disease, low income and educational level, the mean age of men is lower than that of women, but presents higher BMI. Both groups do not follow diet or regular physical activity, most is also hypertensive, and all interviewer use hypoglycemic and antihypertensive medicines. Glibenclamide is the hypoglycemic most used in monotherapy, but the most interviewer use a drugs combination. Among the antihypertensive drugs, the enalapril and the combination of it with hydrochlorothiazide are the most used. The results indicate the need a review to the usually medicine therapy, also highlight the need to establish health education strategies, mainly to the male population. To this is necessary the multidisciplinary team involvement and that proposals included population health and socioeconomic conditions.

**Keywords:** *Diabetes mellitus*. Health education. Self care.

<sup>1</sup> Acadêmicos do curso de Graduação em Farmácia da Unijuí; Departamento de Ciências da Saúde (DCSa). [giovanamanica@hotmail.com](mailto:giovanamanica@hotmail.com); [tati\\_cechinatto@hotmail.com](mailto:tati_cechinatto@hotmail.com)

<sup>2</sup> Mestre em Ciências Biológicas: Bioquímica, professora do Departamento de Ciências da Saúde da Unijuí. [karla@unijui.edu.br](mailto:karla@unijui.edu.br)

O Diabetes Mellitus (DM) é caracterizado por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade deste hormônio de exercer seus efeitos (Motta, 2005). Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (2007), a natureza crônica da patologia, a gravidade de suas complicações e os recursos necessários para o controle a tornam onerosa para os portadores, suas famílias e para o sistema de saúde.

Malerbi e Franco (1992) avaliaram a população brasileira quanto à prevalência do DM e verificaram que cerca de 7,6% dos brasileiros com idade entre 30 e 69 anos são portadores desta patologia. Além disso, conforme Barbosa, Barceló e Machado (2001) uma campanha nacional de detecção de casos suspeitos de DM, que envolveu uma parcela da população brasileira com mais de 40 anos, identificou 3,3 milhões de indivíduos suspeitos de DM, confirmando que este é um dos principais problemas de saúde no país.

A expansão descontrolada da prevalência do DM é comumente atribuída à evolução tecnológica que tem contribuído para o aumento da expectativa de vida das pessoas, somada ao sedentarismo e maus hábitos dietéticos (SBD, 2003). Sousa et al. (2006) verificaram também que a obesidade e o aumento da idade associados ao sedentarismo aumentam o seu efeito de potencial fator de risco para o desenvolvimento tanto do DM quanto da hipertensão arterial sistêmica (HAS) na presença de discreta elevação da glicemia.

As duas principais formas de DM em incidência, prevalência e importância clínica são as doenças do tipo I e II (Oliveira, 2004). O tipo I compreende 5% a 10% de todos os casos de DM e acredita-se que os portadores apresentam suscetibilidade genética para a manifestação da patologia (Motta, 2005). Já o tipo II representa 80% a 90% dos casos e resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina ou deficiência relativa da secreção desse hormônio (Motta, 2005).

No que se refere ao tratamento, para evitar as complicações micro e macrovasculares decorrentes da falta de controle glicêmico, aos portadores de

DM tipo I é recomendado o uso exclusivo de insulinas (SBD, 2007; Brasil, 2001), enquanto o tratamento mais indicado para o DM tipo II, de acordo com Araujo, Britto e Cruz (2000) inclui dieta, exercícios físicos e medicamentos.

O objetivo deste estudo foi caracterizar a população diabética atendida no serviço de saúde oferecido pela Unidade Básica de Saúde (UBS) do Bairro Luiz Fogliatto de Ijuí-RS.

## Materiais e Métodos

O estudo foi desenvolvido no município de Ijuí/RS nos bairros Luiz Fogliatto e Alvorada. Os portadores de DM foram identificados por meio do cadastro da UBS do bairro Luiz Fogliatto e localizados pelos pesquisadores em seus domicílios com o auxílio dos agentes comunitários de saúde (ACS). A coleta de dados foi realizada em outubro de 2008, com o emprego de um instrumento constituído de questões abertas e fechadas referentes à identificação do indivíduo, classe socioeconômica, alguns fatores de risco para o DM, peso e altura para calcular o Índice de Massa Corporal (IMC) e uso de medicamentos. Foram incluídos no estudo os portadores de DM que se encontravam em suas residências no momento da entrevista mediante assinatura de consentimento expresso individual. A pesquisa foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unijuí sob o Parecer Consubstanciado nº 231/2008.

## Resultados e Discussão

De acordo com os registros da UBS, eram atendidos 85 portadores de DM no período do estudo, dos quais 64 (91,4%) foram entrevistados. Destes, 40 (62,5%) eram do sexo feminino e 24 (37,5%) do sexo masculino. Embora a SBD (2003) afirme que a prevalência do DM é semelhante entre homens e mulheres, nos estudos de Bazotte, Silva e Koyashiki (2005) em farmácias comunitárias em Londrina-PR,

de Grillo e Gorini (2007) numa UBS em Porto Alegre-RS e no de Piccolomini e Souza (2004) em Piracicaba-SP, da mesma forma que na presente pesquisa, verificou-se um maior número de mulheres entre os portadores desta patologia. Piccolomini e Souza (2004) relacionam estes resultados ao fato de as mulheres estarem mais atentas a sua saúde, procurando assistência mais precocemente.

Reforçando essa premissa, neste trabalho constatou-se que a maioria das mulheres (27-67,5%) entre 40 e 60 anos teve o diagnóstico do DM mais precocemente que os homens, enquanto 11 (45,8%) homens tiveram o diagnóstico nesta faixa etária (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos entrevistados em que foi diagnosticada a doença, segundo a faixa etária

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10-20	0	0	1	2,5	1	1,6
21-30	1	4,2	0	0	1	1,6
31-40	4	16,7	2	5	6	9,4
41-50	5	20,8	9	22,5	14	21,8
51-60	6	25	18	45	24	37,5
61-70	8	33,3	5	12,5	13	20,3
71-80	0	0	4	10	4	6,2
81-90	0	0	1	2,5	1	1,6
Total	24	100	40	100	64	100

Fonte: Dados coletados na UBS do bairro Luiz Fogliatto de Ijuí-RS.

No que se refere à maior preocupação das mulheres com a saúde verificou-se que 24 (60%) mulheres e 14 (58,3%) homens tiveram o diagnóstico da patologia por meio de exames de sangue de rotina e testes de determinação da glicose utilizando glicosímetro em campanhas organizadas no município, o que mostra receptividade da população estudada a este tipo de campanha. Dessa forma, campanhas educativas são de fundamental importância, como a realizada no período de 2001 a 2003 pelo Ministério da Saúde (MS), que segundo Barbosa, Barceló e Machado (2001), levou à detecção de novos casos e contribuiu para a estruturação do atendimento sistemático aos portadores de DM no Sistema Único de Saúde (SUS).

A maior parte dos participantes deste estudo, entretanto, foi diagnosticada após os 50 anos, quando se torna difícil adaptar e instituir novos hábitos

de vida, o que, conforme Gross et al. (2002), é fundamental para evitar manifestação da doença e/ou retardar as complicações crônicas. Neste sentido sugere-se que as campanhas de detecção ampliem a faixa etária da população-alvo, mobilizando os jovens para esse tipo de avaliação.

Ainda com relação ao diagnóstico, as outras 16 (40%) mulheres e os 10 (41,7%) homens foram diagnosticados quando buscaram atendimento na UBS devido à manifestação de sintomas como tontura, secura na boca, sede excessiva e relataram desconhecer a origem de tais sinais, tendo sido evidenciados 62 (96,9%) casos de DM tipo II e 2 (3,1%) de DM tipo I.

Acredita-se que não houve cobertura total dos diabéticos devido a dados desatualizados, óbitos, mudança de endereço, ausência no momento da entrevista e recusa à entrevista, provavelmente por negação. Com relação ao último dado, Gomes, Mendonça e Pontes (2002) afirmam que o DM atua como um fator de ruptura de um cotidiano, requerendo que o doente e seus familiares reorganizem suas atividades diárias, contribuindo para que o portador ignore o diagnóstico.

Destaca-se que o grau de escolaridade e o nível socioeconômico dos portadores podem ser de grande importância para a compreensão e a convivência com a doença. Em relação à escolaridade 11 (27,5%) mulheres são analfabetas, 26 (65%) possuem o Ensino Fundamental incompleto, 1 (2,5%) completou o Ensino Fundamental, 1 (2,5%) não completou o Ensino Médio e 1 (2,5%) possui Ensino Médio completo. Já em relação aos homens 6 (17%) são analfabetos, 26 (75%) não completaram o Ensino Fundamental e 2 (8%) completaram o Ensino Médio. Vistos esses dados, concordamos com Martins, Romeu e Matos (2008), que também constataram o baixo nível de escolaridade no seu estudo e sugerem que isto possa dificultar a compreensão das informações fornecidas pelos profissionais da saúde a estes indivíduos.

Devido ao baixo nível de escolaridade alguns indivíduos que participaram da nossa pesquisa estão fora do mercado de trabalho e outros têm ocupações com baixa remuneração. Foi verificado que 27

(67,5%) mulheres recebem até um salário mínimo, 12 (30%) recebem de um a três salários e 1 (2,5%) recebe mais de três salários. Já entre os homens 23 (66,7%) recebem até um salário mínimo, 7 (20,8%) recebem de 1 a 3 salários e 4 (12,5%) mais de três salários. Além disso, 3 (7,5%) mulheres trabalham fora, e 22 (55%) são donas de casa, e ainda 2 (5%) encontram-se desempregadas, 12 (30%) são aposentadas e 1 (2,5%) é aposentada por doença ou invalidez. Entre os homens, 11 (33,3%) trabalham fora de casa, 3 (8,3%) estão desempregados, 16 (45,9%) são aposentados e 4 (12,5%) estão aposentados por doença ou invalidez. Destaca-se que participar da sociedade, seja trabalhando ou realizando atividades sociais, é de extrema importância para o portador de DM, pois conforme Francioni e Silva (2007), o trabalho mantém um vínculo externo, com compromissos com outras atividades, o que lhes dá a sensação de se manterem no mundo de forma produtiva. Igualmente Piccolomini e Souza (2004) salientam que a socialização eleva a qualidade de vida desses sujeitos.

O fato de os portadores de DM terem uma renda pequena pode contribuir para a não adesão às terapias recomendadas para o controle do DM. Estas terapias, segundo Oliveira (2004), incluem planejamento alimentar e de atividades físicas e programas educativos envolvendo profissionais capacitados, bem como medicamentos orais, combinação terapêutica automonitoramento e insulina, o que requer certo investimento financeiro. Neste contexto Grillo e Gorini (2007) colocam na equipe de saúde a responsabilidade de conduzir ações de educação em saúde considerando as características socioeconômicas da população associadas às limitações impostas pela patologia no que se refere ao autocuidado, procurando aproveitar os recursos de que a comunidade dispõe para pôr em prática os cuidados do paciente diabético.

Em consonância com a equipe de saúde, a família e as pessoas próximas são influências expressivas para um viver saudável (Francioni; Silva, 2007). Neste sentido foi verificado, no presente estudo, que 39 (97,5%) mulheres e 23 (95,8%) homens moram com os familiares. Francioni e Silva, (2007) ressaltam que esta influência deve ser recíproca, uma vez

que a organização familiar também é afetada pela nova doença, pois as mudanças não se restringem ao portador alterar sua dieta, revelando-se importante que toda a família repense sua alimentação, tornando-a mais saudável.

Neste viés, entende-se que a família possa contribuir para que o portador de DM aprenda a cuidar da sua saúde, evitando complicações e manifestações agudas da patologia e estimulá-lo a comparecer às consultas periódicas. Destaca-se ainda a necessidade de os outros membros da família conhecerem a patologia e aderirem a medidas preventivas em relação ao DM, pois 24 (60%) mulheres e 23 (58,3%) homens afirmaram ter familiares de primeiro grau (pais e irmãos) com a doença, confirmando o que destacam Santos, Ubaldo e Anjos (2008) sobre o componente hereditário do DM. Segundo estes autores, a patologia pode ser transmitida de forma direta (dominante), quando todas as gerações manifestam a doença, ou indireta (recessiva), quando pais diabéticos têm filhos que não apresentam a patologia, mas são portadores de uma tendência e capazes de transmitir a patologia à terceira geração. Os mesmos autores apontam, além da hereditariedade, a obesidade como fator desencadeante da doença, reforçando a necessidade dos potenciais portadores de DM adequarem seus hábitos de vida.

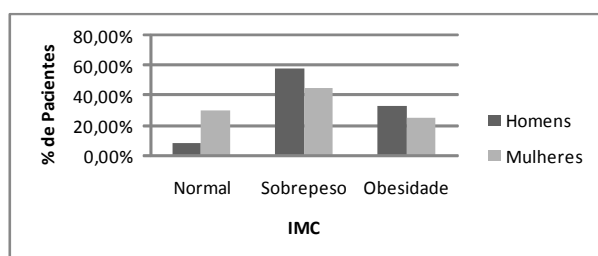
No que se refere aos portadores de DM a obesidade contribui de forma significativa para a manifestação de complicações vasculares associadas à patologia (Sousa et al., 2006).

A partir dos dados obtidos foi calculado o IMC dos entrevistados, constatando-se que as mulheres apresentam média de 27,4 e os homens de 28,9. Segundo a classificação adotada pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) encontram-se em sobrepeso o que também foi verificado entre os diabéticos estudados por Grillo e Gorini (2007).

A Figura 1 apresenta a distribuição dos entrevistados conforme IMC e sexo.

A prevalência de sobrepeso e obesidade entre os entrevistados dos dois sexos apresentados na Figura 1 pode estar relacionada à falta de adesão destes a uma dieta adequada, identificada na entrevista

Figura 1: Distribuição dos entrevistados por IMC conforme o sexo



Fonte: Dados coletados na UBS do Bairro Luiz Fogliatto de Ijuí/RS.

ta, quando 31 (77,5%) mulheres e 22 (91,7%) homens relataram que apenas controlam a quantidade de gorduras, doces e refrigerantes na sua alimentação, ou seja, não seguem o que recomendam as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2007) no que se refere ao consumo de fibras, frutas e ao uso de sal. Os resultados deste estudo confirmam os encontrados por Paiva, Bersusa e Escunder (2006) num município do interior de São Paulo, no qual apenas 32,8% dos diabéticos relataram adotar dieta adequada.

Além da dieta, é preconizada atividade física regular aos portadores de DM como terapia não medicamentosa (SBD, 2007), uma vez que o exercício físico aumenta a captação muscular de glicose, melhora o perfil lipídico, a pressão arterial, proporciona bem-estar físico e psíquico, além de contribuir para a perda de peso e reduzir o risco cardiovascular (Lullmann; Mohr 2004, SBD, 2007). Silva e Lima (2002) confirmaram a diminuição da glicemia de jejum, da hemoglobina glicada e dos triglicerídeos, bem como aumento do HDL-colesterol em portadores de DM tipo II com idades entre 45 e 75 anos submetidos a dez semanas de exercício físico regular. Os autores também observaram melhora em queixas como depressão, insônia e dores nos membros inferiores, maior sensação de bem-estar e melhor relacionamento social. No que se refere à atividade física 16 (40%) mulheres e 7 (29,17%) homens relataram realizar caminhadas pelo bairro de uma a três vezes por semana.

A baixa adesão à prática de atividade física pode estar relacionada à idade dos entrevistados, pois verificou-se que cerca de 70% dos diabéticos que participaram do estudo apresentam entre 50 e 70 anos (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos entrevistados segundo a faixa etária

Faixa etária	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
21-30	1	4,2	1	2,5	2	3,1
31-40	0	0	0	0	0	0
41-50	3	12,5	3	7,5	6	9,4
51-60	8	33,3	19	47,5	27	42,2
61-70	9	37,5	9	22,5	18	28,1
71-80	3	12,5	5	12,5	8	12,5
81-90	0	0	3	7,5	3	4,7
Total	24	100	40	100	64	100

Fonte: Dados coletados na UBS do Bairro Luiz Fogliatto de Ijuí/RS.

Verificou-se que todos os entrevistados faziam uso de medicamentos orais para o controle do DM tipo II, o que não constituiu surpresa, posto que não eram adeptos de dietas nem de atividades físicas regulares, e segundo Lullmann e Mohr (2004), quando não se reduz a glicemia em diabéticos do tipo II por meio de modificações dos hábitos de vida, recorre-se ao tratamento medicamentoso.

Os medicamentos prescritos aos entrevistados estão apresentados na Tabela 3.

Foi constatado o uso de glibenclamida em monoterapia por 12 (18,7%) dos 64 entrevistados (Tabela 3), o que também foi observado no estudo de Pereira et al. (2005) em uma UBS em Ribeirão Preto-SP. Além disso, este foi o hipoglicemiante oral mais vendido nas farmácias comunitárias de Londrina-PR, de acordo com Bazotte, Silva e Koyashiki (2005), o que, segundo os autores, deve-se ao baixo custo do produto em relação aos outros derivados das sulfonilureias. Diante disso é possível concluir que tanto no setor público quanto no privado a glibenclamida é uma opção importante para o tratamento de diabéticos tipo II em monoterapia. Segun-

Tabela 3: Medicamentos antidiabéticos prescritos aos entrevistados

Medicamentos	Mulheres		Homens		Total	
	%	NP	%	NP	%	NP
Glibenclamida	15,0	6	25,0	6	18,7	12
Metformina	22,5	9	4,2	1	15,6	10
Insulina	5,0	2	8,3	2	6,3	4
Glibenclamida + Metformina	40,0	16	41,7	10	40,6	26
Glibenclamida + Metformina + Insulina	12,5	5	4,2	1	9,4	6
Glibenclamida + Insulina	5,0	2	16,7	4	9,4	6
TOTAL	100	40	100	24	100	64

Fonte: Dados coletados na UBS do Bairro Luiz Fogliatto de Ijuí/RS.

do o MS, no entanto, a metformina é o medicamento de escolha mais indicado para os portadores de DM tipo II, pois reduz as complicações microvasculares e outros desfechos relacionados ao DM em maior proporção que as sulfonilureias e a insulina (Brasil, 2006).

A metformina é utilizada em monoterapia por 10 (15,6%) entrevistados, o que pode estar relacionado ao sobrepeso e obesidade verificados na maioria dos voluntários do estudo (Figura 1). Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2008), este fármaco apresenta benefício significativo sobre o controle glicêmico, peso corporal, dispilidemia e pressão arterial diastólica, além de reduzir eventos macrovasculares associados ao DM.

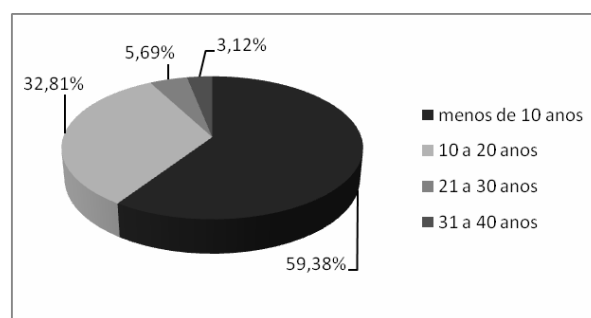
Destaca-se ainda que 38 (59,4%) entrevistados fazem uso de associações medicamentosas entre hipoglicemiantes orais e/ou insulina (Tabela 3). No entendimento de Matos e Branchtein (2006), quando se alcança a dose máxima de um antidiabético oral, sem que o controle adequado tenha sido obtido, pode-se associar medicação de um outro grupo farmacológico ou ainda quando se deseja reduzir a dose de um deles. A associação da glibenclamida e metformina foi a mais prevalente, sendo utilizada por 26 (40,6%) entrevistados (Tabela 3), o que provavelmente se justifica pela potencialização do efeito hipoglicemiante obtida com o uso dos dois fármacos (Souza et al., 2007; Wannmacher, 2005).

Além da baixa adesão dos diabéticos à terapia não medicamentosa, o tempo de diagnóstico da doença pode determinar o uso de mais de um fármaco, pois o DM é caracterizado pela piora gradual da

glicemia de jejum, ao longo do tempo, o que provoca a necessidade de aumento de doses e acréscimo de outros fármacos no transcorrer da doença (Brasil, 2001). Neste estudo constatou-se que 41,62% dos entrevistados diagnosticaram a doença há mais de 10 anos (Figura 2) e 59,4% utilizam associação de medicamentos (Tabela 3).

A Figura 2 apresenta a distribuição dos entrevistados e o período de convivência com a patologia.

Figura 2: Tempo de diagnóstico da doença



Fonte: Dados coletados na UBS do Bairro Luiz Fogliatto de Ijuí/RS.

Os resultados referentes à utilização de fármacos hipoglicemiantes mostrados na Tabela 2 são semelhantes aos encontrados por Kuhn e Araujo (2008) num estudo realizado em Giruá-RS com mulheres portadoras de DM, que detectou prevalência do uso de glibenclamida seguida de metformina pelas pacientes estudadas. Essa realidade também foi observada no estudo de Balestre et al. (2007) realizado numa UBS em Atalaia-PR, com outro grupo de mulheres, e em Ribeirão Preto-SP com diabéticos de ambos os sexos. Destaca-se que a UBS em estudo, no que se refere à prescrição de medicamentos hipoglicemiantes, segue o que preconizam o MS e a SBD.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi relatada por 44 (68,7%) entrevistados, dos quais 13 (29,5%) são homens e 31 (70,5%) são mulheres. Da mesma forma Bazotte, Silva e Koyashiki (2005) e Grillo e Gorini (2007) verificaram que o principal problema de saúde associado ao DM foi a HAS. Para o controle da HAS os pacientes utilizam medicamentos anti-hipertensivos e diuréticos.

Conforme as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2007) utiliza-se um diurético associado a um inibidor da enzima conversora de angiotensina e um antagonista da angiotensina II, o que, segundo as mesmas Diretrizes, é necessário em praticamente todos os portadores de DM e HAS para atingir os níveis pressóricos desejados.

Verificou-se que os dois medicamentos mais prescritos para os diabéticos portadores de HAS foram o captopril e a hidroclorotiazida, o que também se verificou na pesquisa de Silva et al. (2007) realizada em Ouro Preto – MG. Com relação ao uso de hidroclorotiazida, destaca-se que de acordo com o Plano de Reorganização da Atenção à HAS e ao DM o seu uso não é indicado para pacientes diabéticos, e quando for usada por estes pacientes deve-se monitorar os níveis de potássio e a glicose sanguínea (Brasil, 2001). Deve-se ter cautela com estes pacientes (Brasil, 2008), uma vez que, como destacam Lullmann e Mohr (2004), a Hidroclorotiazida pode causar hiperglicemia. Foi verificado que 29 (66%) dos entrevistados faz uso deste fármaco em monoterapia ou em associação.

O enalapril foi o medicamento mais prescrito em monoterapia, sendo utilizado por 6 (13,6%) pacientes, e a associação mais utilizada foi a de hidroclorotiazida + espironolactona + captopril, prescrita a 11 (25%) dos 44 hipertensos. Vale lembrar que a espironolactona deve ser usada com cautela em diabéticos, pois pode causar hiperpotassemia, hiponatremia e hipercalemia, sendo necessário o acompanhamento destes pacientes (Brasil, 2008). Destaca-se ainda que a administração do captopril pelos entrevistados é positiva, tendo em vista que este medicamento é indicado para diabéticos hipertensos, porque reduz a pressão intraglomerular e evita a albuminúria, que estão entre as complicações microvasculares do DM (Brasil, 2001).

O propranolol é utilizado em associação por 2 (4,5%) hipertensos, o que é desaconselhável, uma vez que este medicamento não é indicado para portadores de DM e HAS, pois além das suas clássicas contraindicações, a exemplo da insuficiência arterial periférica, os betabloqueadores podem mascarar e prolongar os sintomas de hipoglicemia (Brasil, 2001, 2008).

De acordo com Branchtein e Matos (2006), o controle de fatores de risco cardiovasculares diminui acentuadamente a incidência de complicações macrovasculares em pacientes com DM. Neste sentido Pereira et al. (2005) destacam a importância de uma prescrição racional e adequada aos usuários, bem como o acompanhamento deste por um agente comunitário de saúde, farmacêutico, enfermeiro, entre outros profissionais da saúde, num esforço para reduzir a manifestação de comorbidades e patologias secundárias. Além disso, Macedo et al. (2005) constataram quando submeteram portadores de DM tipo II a acompanhamento farmacoterapêutico, que a desinformação sobre a doença foi um dos principais problemas relacionados a medicamentos (PRMs) detectados.

## Considerações Finais

O presente estudo revelou que a população diabética atendida na UBS do bairro Luiz Fogliatto é predominantemente feminina, com baixo nível de instrução e que a média de idade das mulheres é maior que a dos homens. Os homens, apesar de mais jovens, apresentam IMC maior. Além disso, um maior número de mulheres relatou restringir alguns alimentos, como doces, sal e gorduras. As mulheres mostraram-se mais conscientes em relação à necessidade da prática de atividade física. Verificou-se também que a maior parte dos homens e das mulheres utiliza antidiabéticos orais combinados entre si ou com insulina para o controle da patologia, e um percentual maior de homens precisa fazer uso das associações medicamentosas. Observou-se também que grande parte da população estudada apresenta HAS associada ao DM, e que a maior parcela deste grupo é constituída por mulheres.

Da mesma forma que Bazotte, Silva e Koyashiki (2005), comprovamos que a população estudada não adota medidas preventivas em relação às complicações crônicas do DM e entendemos que estes resultados possam subsidiar a equipe de saúde no sentido de propor ações educativas direcionadas principalmente à população masculina, envolvendo

tanto a prevenção quanto os tratamentos prescritos aos portadores dessa patologia, considerando-se importante rever e acompanhar os resultados do tratamento medicamentoso, principalmente o anti-hipertensivo. Destaca-se que também são necessárias ações que mobilizem a família e as pessoas próximas a estes sujeitos para que auxiliem no cuidado e conheçam os benefícios da adoção de medidas preventivas, inclusive para a sua saúde.

## Referências

- ARAÚJO, L. M. B.; BRITTO, M. M. S.; CRUZ, T. R. P. Tratamento do diabetes mellitus do tipo 2: novas opções. *Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabologia*, 44(6):509-518, 2000.
- BARBOSA, R. B.; BARCELÓ, A.; MACHADO, C. A. Campanha nacional de detecção de casos suspeitos de diabetes mellitus no Brasil: relatório preliminar. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, 10(5):324-327, 2001.
- BALESTRE, K. C. B. F. et al. Relato de um segmento farmacoterapêutico de pacientes portadores de diabetes em um Programa de Saúde da Família de Atalaia, Paraná. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 28(2):203-208, 2007.
- BAZOTTE, R. B.; SILVA, G. E. C.; KOYASHIKI, N. Perfil de pacientes diabéticos usuários de sulfonilurêias. *Infarma.*, 17(3/4)76-79, 2005.
- BRANCHTEIN, L.; MATOS, M. C. G. Antidiabéticos. In: FUCHS, F. D.; WANNAMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. *Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus; hipertensão arterial e diabetes mellitus. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília; Ministério de Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Formulário Terapêutico Nacional 2008: Rename 2006*. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. G. V. Processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. *Revista Texto & Contexto – Enfermagem*, 16(1):105-111, 2007.
- GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5):1207-1214, 2002.
- GRILLO, M. F. F.; GORINI, M. I. P. C. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(1):49-54, 2007.
- GROSS J. L. et al. Diabetes Mellito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*, 46(1):16-26, 2002.
- KUHN, M. C.; ARAUJO, B. V. Caracterização de pacientes diabéticas atendidas no programa de Hipertensão do município de Giruá/RS. *Revista Brasileira de Farmácia*, 89(2):91-94, 2008.
- LULLMANN H.; MOHR, K. *Farmacologia: texto e atlas*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- MACEDO, B. S. et al. Projeto de implantação de atenção farmacêutica a pacientes portadores de Diabetes mellitus tipo 2 em Programa de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Farmácia.*, Supl. (2):116-118, 2005.
- MALERBI, D. A.; FRANCO, L. J. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 years. *Diabetes Care*, 15 (11):1509-16,1992.
- MARTINS, F. M.; ROMEU, G. A.; MATOS, V. C. Perfil Farmacoepidemiológico dos pacientes diabéticos atendidos no Nami. *Infarma*, 20(1/2):3-4, 2008.



- MATOS, M. C. G.; BRANCHTEIN, L. O uso de antidiabéticos orais no paciente com diabetes mellitus e doença cardíaca. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul*, 6(08):1-4, 2006.
- MOTTA, Valter Teixeira da. *Bioquímica*. Caxias do Sul, RS: Educ, 2005.
- OLIVEIRA, J. E. P. Tratamento: não medicamentoso e medicamentoso. In: OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, A. *Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar*. São Paulo, SP: Atheneu, 2004.
- PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUNDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Caderno Saúde Pública*, 22(2),377-385, 2006.
- PEREIRA, L. R. L. et al. Avaliação de prescrições de medicamentos para pacientes com Diabetes Mellitus atendidos por uma Unidade Básica de Saúde. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 26(3),199-203, 2005.
- PICCOLOMINI, A. F.; SOUZA, S. B. Caracterização de indivíduos com diabetes cadastrados em duas unidades básicas de saúde de Piracicaba/SP. *Revista Saúde em Revista*, 6(12), 7-13, 2004.
- SANTOS, D. M; UBALDO, T. A.; ANJOS, A. L. A reeducação do paciente portador do diabetes mellitus tipo II. *Revista Enfermagem*, artigo 014.pdf, 2008. Disponível em: <<http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/>>. Acesso em: 29 mar. 2010.
- SILVA, C. A.; LIMA, W. C. Efeito benéfico do exercício físico no controle metabólico do Diabetes Mellitus Tipo 2 a curto prazo. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia & Metabologia*. 46(5):550-556, 2002.
- SILVA, A. C. et al. Medicamentos Anti-hipertensivos utilizados na área rural de Ouro Preto, MG. *Revista Eletrônica de Farmácia*, Supl 4(2): 81-83, 2007.
- SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. *Consenso Brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003.
- SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Índice de massa corporal. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/ferramentas/testeimc.php>>. Acesso em: 3 fev. 2009.
- SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. 2007.
- SOUSA, R. L. P. et al. Estudo retrospectivo de variações glicêmicas em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 associados com hipertensão arterial sistêmica no município de Terezópolis, GO. *Revista Eletrônica de Farmácia*, Supl. 3(2):50-52, 2006.
- SOUSA, R. L. P.; SANTOS, H. H. D.; CAMPOS, C.; FERREIRA, T. A. A. Análise da glicemia em jejum em pacientes provenientes do município de Terezópolis (Goiás, Brasil) associada com hipertensão arterial, circunferência abdominal e uso de medicamentos. *Revista Eletrônica de Farmácia*, 4(1):66-78, 2007.
- WANNMACHER L. Antidiabéticos orais: comparação entre diferentes intervenções. *Temas Seleccionados*, 2(11):1-6, 2005.

