

FATORES DE RISCO EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Idalina Diair Regla Carolino¹

Carlos Alexandre Molena-Fernandes²

Raquel Soares Tasca³

Sonia Silva Marcon⁴

Roberto Kenji Nakamura Cuman³

O objetivo deste estudo foi verificar os fatores de risco das complicações do diabetes mellitus tipo 2, por meio de levantamento de dados sociodemográficos, hábitos de saúde, perfil antropométrico e bioquímico de pacientes diabéticos tipo 2, atendidos em Unidade Básica de Saúde, na cidade de Maringá, Paraná. Foram entrevistados e avaliados 66 pacientes acima de 50 anos, sendo 56 do sexo feminino. Verificou-se elevada prevalência de fatores de risco cardiovascular nos pacientes investigados: sobrepeso e obesidade, hipertensão, dislipidemia, sedentarismo e dieta não saudável. Os resultados indicam a necessidade da implantação de programas de intervenção multidisciplinares em unidades básicas de saúde, associados a práticas educativas, estimulando a adoção de dieta saudável e a prática de atividade física regular para esses pacientes.

DESCRITORES: saúde pública; fatores de risco; diabetes mellitus tipo 2

RISK FACTORS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

This study was carried out to evaluate the risk factors of type 2 diabetic patients through sociodemographic data, habits of health, anthropometric and biochemist profiles, assisted at a basic public health care unit in Maringá, Paraná. Sixty-six patients, 56 women aged over than 50 years-old were interviewed. High prevalence factors for cardiovascular risk were observed, such as: overweight and obesity, hypertension, dyslipidemia, sedentariness and inadequate diet. Data suggested the need for multidisciplinary intervention programs in health care units associated to educative programs, adjusted diet intake and regular physical activity for these diabetic patients.

DESCRIPTORS: public health; risk factors; diabetes mellitus, type 2

FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

El objetivo de este estudio fue verificar los factores de riesgo de las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2, por medio del levantamiento de datos sociodemográficos, hábitos de salud, perfil antropométrico y bioquímico, de pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en una Unidad Básica de Salud en la ciudad de Maringá, Paraná. Fueron entrevistados y evaluados 66 pacientes con más de 50 años; 56 eran del sexo femenino. Se verificó una elevada presencia de factores de riesgo cardiovascular en los pacientes investigados: sobrepeso y obesidad, hipertensión, dislipidemia, sedentarismo y dieta no saludable. Los resultados indican la necesidad de la implantación de programas de intervención multidisciplinares en unidades básicas de la salud asociada a prácticas educativas, estimulando la adopción de una dieta saludable y la práctica de actividad física regular para estos pacientes.

DESCRIPTORES: salud pública; factores de riesgo; diabetes mellitus tipo 2

¹ Nutricionista, Mestranda da Universidade Estadual de Maringá, Brasil, e-mail: idrcarolino@uem.br; ² Professor de Educação Física, Mestre em Ciências da Saúde, Professor da CESUMAR, e-mail: carlos_alexandre@cesumar.br; ³ Farmacêutico, Professor Doutor, e-mail: rkncuman@uem.br; ⁴ Enfermeira, Professor Doutor, e-mail: ssmarcon@uem.br. Universidade Estadual de Maringá, Brasil

INTRODUÇÃO

O *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2) é uma doença crônica, freqüente e sua prevalência vem aumentando rápida e continuamente nas últimas décadas em todo o mundo, adquirindo características epidêmicas em vários países, particularmente naqueles em desenvolvimento. Segundo a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), existe epidemia dessa doença em curso⁽¹⁾. Em 1985, eram 30 milhões de pacientes no mundo todo; em 2000 foram notificados 177 milhões de casos, devendo esse número aumentar para 370 milhões até 2030⁽²⁾.

De acordo com o Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência de Diabetes no Brasil, realizado em 1988, 7,6% da população adulta do país tem esse problema de saúde. E, em 2001, na Campanha Nacional de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes no Brasil, quando foram realizadas 20,7 milhões de glicemia capilar, detectou-se prevalência de 14,6% de exames suspeitos⁽³⁾. Além disso, as estatísticas oficiais de morbimortalidade apontam que o DM2 constitui a quinta indicação de hospitalização no Brasil e está entre as dez maiores causas de mortalidade no país⁽⁴⁾.

Diante desses resultados, a grande preocupação que surge é o como enfrentar essa situação nos diferentes segmentos da sociedade. O envelhecimento populacional e as alterações do estilo de vida são apontados como os principais determinantes do acentuado incremento na freqüência de DM2, nos últimos anos. Evidências quanto às alterações no estilo de vida como alimentação não saudável e a falta de atividades físicas regulares, associadas ao aumento da expectativa de vida dos brasileiros têm sido apontados como responsáveis pela prevalência crescente do DM2 no país⁽⁵⁻⁶⁾.

Relatório recente da Organização Mundial da Saúde aponta, de forma convincente, a associação entre o ganho de peso, obesidade abdominal, sedentarismo e o desenvolvimento de DM2, ressaltando que o consumo alimentar habitual constitui um dos principais fatores passíveis de modificação, relacionados ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis⁽¹⁾.

Revisão sistemática da literatura apontou que, embora a influência da carga genética no desenvolvimento da doença seja indiscutível, a prevenção ou retardo no desenvolvimento do DM2, entre indivíduos portadores de fatores de risco, possui

impacto relevante na qualidade de vida da população, com redução de custos em saúde pública com complicações decorrentes da evolução da doença⁽⁵⁾.

Nesse sentido, alguns estudos têm demonstrado que o controle de peso, da dieta e o aumento da atividade física diminuem a resistência à insulina, diminuindo, assim, por conseguinte, as chances de se desenvolver o DM2⁽⁷⁾. Além disso, dados da OPAS demonstram ser essa uma medida mais eficiente do que a utilização de medicamentos na prevenção primária do DM2⁽¹⁾.

Por outro lado, estudos prospectivos realizados com pacientes diabéticos tipo 2, no Reino Unido (UKPDS)⁽⁸⁾ e aqueles realizados com diabéticos do tipo 1 (DCCT)⁽⁹⁾, demonstraram claramente a associação da hiperglicemia e o desenvolvimento das complicações do DM2, indicando também que o tratamento que reduz a hiperglicemia também reduz os riscos da retinopatia diabética, nefropatia e neuropatia.

A redução de fatores de risco modificáveis como o peso, consumo alimentar e a prática de atividade física, portanto, mostrou significativo potencial na redução do risco de desenvolver o DM2, mesmo em indivíduos com história familiar dessa doença⁽¹⁰⁾.

O DM2 traz grande impacto econômico para as nações. O custo do paciente diabético está relacionado principalmente com alta freqüência de complicações agudas e crônicas, que são causas de hospitalização, incapacitações, menor produtividade laboral e morte prematura. De fato, no Brasil, tem-se observado crescente número nas hospitalizações por causa do DM2, ou das doenças associadas, em proporções superiores às hospitalizações devidas a outras causas⁽⁴⁾. Reduzir o impacto do DM2 significa, antes de tudo, reduzir a incidência da doença, antecipando-se ao seu aparecimento com medidas preventivas. Entretanto, muito pouco se sabe sobre as condições de saúde dos brasileiros de cidades de médio e pequeno porte.

Estudos de intervenção para a prevenção do diabetes em população adulta sugerem que esses programas são viáveis em unidades básicas de saúde⁽⁵⁾ e promovem melhoria da saúde da população. Há evidências de que mudanças de estilo de vida possam ocorrer com maior sucesso quanto mais precoce forem as intervenções. Assim, estudos que avaliam o perfil de usuários do serviço de saúde podem auxiliar na prevenção de doenças e cronificação do DM2.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi verificar os fatores de risco das complicações do DM2 nos pacientes usuários do Núcleo Integrado de Saúde (NIS II) Mandacaru, Maringá, Paraná.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foi realizado estudo descritivo, de delineamento transversal, no Núcleo Integrado de Saúde NIS - II - Mandacaru, na cidade de Maringá, PR, cuja coleta de dados ocorreu nos meses de junho e julho de 2004. Do total de 200 sujeitos com DM2, cadastrados nessa Unidade Básica de Saúde, foram selecionados 66 pacientes (10 do sexo masculino e 56 do sexo feminino) na faixa etária acima de 50 anos e que tinham diagnóstico de DM2 estabelecido há cinco anos ou mais. Os pacientes foram recrutados por enfermeiros do Programa Saúde da Família.

Foi aplicado questionário estruturado abordando: a) características demográficas e socioeconômicas dos pacientes: idade, sexo, nível de escolaridade, ocupação e renda *per capita*; b) prática alimentar: recordatório da dieta habitual; c) atividade física: frequência e duração; d) características clínicas: antecedentes patológicos e história clínica pessoal; e) presença de hábitos deletérios à saúde: uso do tabaco e etilismo; f) estado nutricional e avaliação antropométrica e g) uso de medicamentos: frequência, quantidade e tipo de medicamento.

As entrevistas foram realizadas por equipe previamente treinada, composta por entrevistadores com nível superior de escolaridade e com experiência prévia em trabalho de campo. As medidas antropométricas (peso, estatura e circunferências da cintura e quadril) foram realizadas em duplicata, sendo utilizadas as médias aritméticas dos valores obtidos.

Para avaliação do estado nutricional (sobrepeso e obesidade), os pacientes foram classificados de acordo com IMC obtido, empregando-se as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) que define: peso abaixo do normal (IMC <18,5 kg/m²), peso normal (IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m²), sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 kg/m²) e obesidade (IMC >30 kg/m²)⁽¹⁾.

A definição de distribuição central da adiposidade baseou-se na relação cintura-quadril (RCQ), utilizando-se valores de corte de $\geq 0,85$ e $\leq 0,95$, para mulheres e para homens, respectivamente. Para a caracterização da hipertensão arterial, foram adotados os valores de referência, conforme

recomendações do *Joint National Committee VII (JNC VII)*⁽¹¹⁾, em que é considerado hipertensão arterial aquela com níveis ≥ 90 mmHg para pressão diastólica e ≥ 140 mmHg para pressão sistólica. Os pacientes que apresentaram valores de pressão arterial abaixo desses níveis, mas referiram uso de drogas anti-hipertensivas, também foram considerados hipertensos.

A caracterização da prática alimentar foi feita por meio de investigação direta do consumo alimentar, a partir da aplicação do recordatório de 24 horas, que constitui a forma ideal para caracterizar os padrões dietéticos. A dieta não saudável foi considerada aquela que apresentava baixa ingestão diária de frutas, fibras, verduras e legumes (menos de duas porções ao dia) e elevada ingestão de gorduras saturadas/trans, com uso frequente de frituras (mais de quatro vezes na semana), carboidratos simples e sódio, refrigerantes e alimentos processados⁽¹⁾.

Foi definido como sedentário todo paciente que informou não ter participado de nenhum tipo de atividade física, ou realizado atividade física, por um período menor do que 20 minutos por dia e com frequência menor do que três vezes por semana.

Da população de estudo, 40 pacientes compareceram à Unidade Básica de Saúde para a realização dos exames bioquímicos (perfil lipídico e glicemia), estando em jejum por 12 horas. Foram considerados dislipidêmicos os indivíduos que apresentaram níveis séricos de triglicérides e/ou de colesterol total >200 mg/dl, HDL-colesterol sérico < 45mg/dl, LDL-colesterol sérico > 100 mg/dl e triglicérides > 150 mg/dl⁽¹²⁾.

Os medicamentos utilizados, pelos pacientes em estudo, foram classificados em classes farmacológicas, de acordo com o *Anatomical-Therapeutic-Chemical Classification System (ATC)*⁽¹³⁾. Nessa classificação, os medicamentos são categorizados em diferentes grupos de acordo com o órgão, ou sistema, em que atuam e pelas suas propriedades químicas, terapêuticas e farmacológicas.

Os resultados obtidos foram submetidos à análise estatística realizada por meio do programa Epi-Info (versão 6.0). Os dados estão apresentados em frequência e percentual para variáveis categóricas, e médias e desvios padrão para variáveis contínuas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 178/2004). Os

participantes alfabetizados assinaram termo de consentimento informado, e os não alfabetizados foram esclarecidos verbalmente pelos pesquisadores de todos os procedimentos da pesquisa, informando consentimento por meio de impressão digital, de acordo com as recomendações da Resolução nº196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou 66 pacientes portadores de DM2, acompanhados pelo Programa Saúde da Família (PSF), no município de Maringá, Paraná. Em relação às características demográficas e socioeconômicas dos pacientes em estudo, observou-se que a grande maioria é casada (74,24%) e do sexo feminino (84,85%). Embora com resultados muito superiores, isso é coerente com o que é apontado pelo Ministério da Saúde de que a incidência e prevalência do DM2 é 1,4 a 1,8 vezes mais frequente nas mulheres do que nos homens⁽¹⁴⁾. Além disso, a procura das mulheres por assistência à saúde de forma sistemática e contínua, ao longo da vida, tem sido sugerida como um dos fatores responsáveis pela predominância do sexo feminino nos serviços de saúde. As mulheres, em relação aos homens, costumam cuidar mais de si e, historicamente, são responsáveis pelo cuidado com a saúde de suas famílias. Portanto, elas estão mais atentas à sintomatologia das doenças e, geralmente, procuram ajuda precocemente. É provável que esse fato esteja associado também à maior oferta de programas de saúde específicos para o sexo feminino.

Em relação à idade, apenas um paciente tinha mais de 80 anos, sendo que a faixa etária com maior concentração de indivíduos foi de 60 a 69 anos (51,51%), seguida da faixa etária de 50 a 59 anos (30,30%) e de 70 a 79 anos (16,67%). Esses achados são coerentes com aqueles encontrados em outros estudos realizados com amostras provenientes de serviços de saúde⁽¹⁵⁾. Tal evidência pode ser justificada pelo fato de a maior frequência do DM2 ocorrer, aproximadamente, aos 60 anos, e pela prática, existente em nosso país, das pessoas procurarem assistência médica apenas quando estão com idade mais avançada.

Os pacientes apresentaram baixo nível de escolaridade, sendo que 37,88% não eram alfabetizados, 30,30% estudaram até a 4ª série, 16,67% concluíram o ensino fundamental e apenas

12,12 e 3,03% cursaram o ensino médio e o ensino superior, respectivamente. Dados obtidos do último Censo IBGE (2000)⁽¹⁶⁾, no Brasil, revelaram que a população de Maringá apresenta percentual de 86,06% de alfabetização. Entre os pacientes deste estudo, 62,12% eram alfabetizados, números inferiores à média do município. Entretanto, é importante ressaltar que a população deste estudo é constituída, em sua maioria, de pessoas idosas e que a maior parte dos idosos possui pouca educação formal. De fato, a faixa etária de menor índice de alfabetizados, no Brasil, é de pessoas acima dos 60 anos, pois, quando se consideram os idosos da população do país como um todo, essa corte de idosos de hoje vem de uma época em que o acesso à educação era precário.

Em relação à renda *per capita*, observa-se uma população de baixo poder aquisitivo, com apenas um sujeito recebendo acima de três salários mínimos e 47 (71,22%) com renda menor que um salário mínimo, por mês. A maior concentração da população do município de Maringá recebe entre três e 20 salários mínimos por mês⁽¹⁶⁾. Neste trabalho, foi verificado que apenas um paciente possuía renda acima de três salários. Tal fato pode ser justificado por se tratar de população na qual a maioria é constituída por aposentados (90,90%) e com baixo nível de escolaridade, uma vez que, para a população brasileira, menor nível de escolaridade, geralmente, está associado a condições socioeconômicas precárias.

Na Tabela 1, pode ser observada a prevalência de fatores de risco cardiovascular nos pacientes estudados. Grande parte (86,36%) dos pacientes referiu antecedentes familiares de algum tipo de doença crônica tais como DM2, hipertensão, dislipidemia ou coronariopatia.

Tabela 1 – Prevalência de fatores de risco em pacientes diabéticos tipo 2, atendidos na Unidade Básica de Saúde NIS – II Mandacaru, Maringá, PR, 2004

Fatores de risco	Frequência	%
História familiar	57	86,36
Obesidade visceral (RCQ)	59	89,39
Sobrepeso (IMC \geq 25kg/m ²)	33	44,00
Obesidade (IMC \geq 30kg/m ²)	28	37,33
Sedentarismo	44	66,66
Dieta não saudável	46	69,69
Tabagismo	03	4,54
Etilismo	07	10,61
Hipertensão arterial	44	66,66
Dislipidemias	29	72,50
Glicemia de jejum alterada >110mg/dl	11	27,50

Em relação à adoção de hábitos deletérios à saúde, observou-se que o uso da bebida alcoólica é mais freqüente que o uso de tabaco. A freqüência desses hábitos é bastante inferior à encontrada em recente pesquisa realizada junto à população diabética (22 e 36,1%, respectivamente)⁽¹⁵⁾. Pressupõe-se que os valores observados, no presente estudo, podem estar relacionados à omissão dessa informação no momento da entrevista, e também ao fato de a maioria dos informantes serem idosos e do sexo feminino.

Em relação às variáveis antropométricas, observa-se, na Tabela 1, que os valores de IMC obtidos apontaram que a maioria dos pacientes está acima do peso (81,33%), sendo 44% com sobrepeso e 37,33% obesos e também apresenta RCQ inadequada (89,39%). Esses resultados são semelhantes aos encontrados em estudo multicêntrico, realizado com mais de 2500 pacientes com DM2 de 12 cidades de diferentes regiões do país⁽³⁾. A alta prevalência de pacientes diabéticos acima do peso vem sendo apontada por pesquisas epidemiológicas, quando estimam que entre 80 e 90% dos indivíduos acometidos pelo DM2 são obesos ou estão acima do peso⁽⁵⁾, sendo que a prevalência de obesidade nos pacientes diabéticos é três vezes maior do que na população em geral, ressaltando que a maior prevalência de obesidade é observada em pacientes nas Regiões Sul e Sudeste⁽³⁾.

Apesar do conhecimento sobre a importância do excesso de peso corporal na morbidade e mortalidade de pacientes com DM2, entretanto, o controle dessa variável em populações diabéticas tem sido raramente enfatizado na maioria dos trabalhos. Além disso, a abordagem desse problema, na atenção básica à saúde, tem sido negligenciada, visto que, na maioria dos serviços, a indicação/cobrança sobre o controle de tais variáveis até existe, mas não é acompanhada da oferta de recursos que possam apoiar e subsidiar adequadamente os indivíduos na mudança eficaz de hábitos que resultem na redução de peso.

No presente estudo, 66,66% dos pacientes foram classificados como hipertensos. Estudo recente demonstrou prevalências de hipertensão que variam entre 15 e 47,8% no Sul do Brasil⁽¹⁷⁾. Importante destacar que, entre indivíduos diabéticos, a hipertensão é duas vezes mais freqüente quando comparada à população geral, estando presente em cerca de 50% desses pacientes no momento do diagnóstico. No Rio Grande do Sul, estudo realizado

com pacientes diabéticos tipo 2, identificou prevalência de hipertensão inferior àquela encontrada neste estudo⁽¹⁷⁾. Esse resultado poderia ser justificado pela maior faixa etária dos participantes desta pesquisa e também pela elevada prevalência de sobrepeso e obesidade diagnosticada.

Os dados laboratoriais apontaram elevada prevalência de dislipidemias (72,5%), nos pacientes avaliados, semelhante aos encontrados em levantamento com pacientes portadores de DM2, realizado no Rio Grande do Sul: 67% apresentavam colesterol total acima de 200mg/dL; 65% triglicerídeos > 150 mg/dL e 47% HDL colesterol baixo⁽¹⁵⁾. Sabe-se que os dois principais componentes da dislipidemia diabética são os níveis elevados de triglicérides e os baixos níveis de HDL-colesterol, ambos considerados os maiores preditores de doenças cardiovasculares.

Na Tabela 2, verifica-se que os valores médios iniciais de triglicérides e LDL colesterol estavam acima daqueles recomendados pela *American Diabetes Association* (ADA)⁽¹²⁾. Quanto ao HDL-colesterol, a ADA⁽¹²⁾ recomenda que, para pacientes diabéticos, o valor deve ser superior a 45 mg/dL, entretanto, neste estudo, a média do HDL estava abaixo desse valor (43,48 mg/dL). O presente estudo também demonstrou valores médios de LDL-colesterol acima do recomendado (133,66 mg/dL) nos pacientes avaliados.

Tal perfil lipídico, acompanhado do uso de medicamentos, sugere fortemente que os pacientes têm se utilizado de dieta inadequada, bem como ausência de atividade física. Porém, não se pode deixar de considerar a necessidade de melhor controle dos níveis lipídicos dos pacientes, a partir, por exemplo, de acompanhamento mais eficaz e seguro das medicações em uso, o que poderá exigir, inclusive, alteração e adequação da dosagem, assim como associação de hipolipemiantes⁽¹⁸⁾.

Tabela 2 - Características bioquímicas e antropométricas dos pacientes diabéticos tipo 2, atendidos no NIS - II Mandacaru, Maringá, PR, 2004

Variável	Média ± DP
IMC (kg/m ²)	29,1 ± 5,24
RCQ	0,95 ± 0,08
Colesterol total (mg/dl)	213,78 ± 37,16
LDL-colesterol (mg/dl)	133,66 ± 31,44
HDL-colesterol (mg/dl)	43,48 ± 14,54
VLDL-colesterol (mg/dl)	35,57 ± 31,72
Triglicérides (mg/dl)	174,20 ± 87,41
Glicemia jejum (mg/dl)	117,87 ± 33,20

DP: desvio padrão

Em relação às alterações no perfil lipídico, o impacto desfavorável das dislipidemias sobre a morbimortalidade cardiovascular é amplamente reconhecido, bem como a freqüente associação dessas condições com o diabetes⁽¹⁷⁾, ocorrendo significativa elevação da mortalidade em indivíduos com *diabetes mellitus* tipo 1 e 2 na presença de dislipidemias. Por outro lado, são numerosas as evidências de que o tratamento da dislipidemia tem efeito benéfico no controle da doença macrovascular de indivíduos diabéticos.

É importante ressaltar que foi observado, neste estudo, elevado número de indivíduos com valores de glicemia de jejum aceitáveis (72,5%), fato que pode ser justificado pelo uso de medicamentos, pois, como pode ser observado, na Tabela 3, todos os pacientes faziam uso de drogas antidiabéticas. Desses, 65,15% utilizavam hipoglicemiantes orais e 34,85% utilizavam insulina.

Tabela 3 – Medicamentos prescritos em uso pelos pacientes com *diabetes mellitus* tipo 2 atendidos na Unidade Básica de Saúde NIS – II Mandacaru, Maringá, PR, 2004

Classes farmacológicas (ATC)	Freqüência	%
Medicamentos cardiovasculares	44	66,66
Diuréticos	25	37,87
Hipolipemiantes	08	12,12
Anti-hipertensivos	12	18,18
Medicamentos para o sistema nervoso central	36	54,54
Analgésicos	28	42,42
Outros	08	12,12
Medicamentos para o trato gastrointestinal e metabolismo	66	100
Antidiabéticos	66	100
Outros	21	31,82

Estes pacientes, entretanto, não apresentaram controle adequado de outros parâmetros tais como a pressão arterial e os níveis séricos de lipídios, relevantes para diminuir o risco do surgimento de complicações macrovasculares do diabetes, responsáveis por 65% das causas de mortalidade nessa população⁽¹⁷⁾. De fato, segundo a ADA⁽¹²⁾, os tratamentos anti-hipertensivo e antidislipidêmico são extremamente importantes para pacientes diabéticos, e reduzem as taxas de morbimortalidade dessa população. Nesse sentido, medidas farmacológicas, associadas a mudanças no estilo de vida são prioritárias no tratamento inicial do paciente diabético⁽¹²⁾. Neste estudo, foi observado que apenas 18,18 e 12,12% dos pacientes utilizavam medicamentos anti-hipertensivo e hipolipemiantes,

respectivamente. Além disso, a falta de atividade física regular (66,66%) e a presença de dieta não saudável (69,69%) foram observadas em número elevado de pacientes.

De acordo com as recomendações da ADA, em todo acompanhamento do paciente diabético é essencial a intervenção terapêutica por meio da prática de exercícios físicos regulares e dieta saudável, visando a prevenção e o controle das doenças cardiovasculares nesse indivíduo⁽¹²⁾. Nesta pesquisa, foi observada maior prevalência de pacientes sedentários e pacientes que tinham dieta não saudável. Portanto, mudanças no estilo de vida, dieta controlada e a atividade física regular seriam importantes para a redução dos fatores de risco observadas nesses pacientes.

Quanto à dieta não saudável, para essa avaliação, foram considerados os parâmetros de consumo de gordura saturada/trans, sódio e carboidratos simples. Conhecida por "dieta ocidental", essa dieta é caracterizada por elevada ingestão de carnes vermelhas, produtos lácteos integrais, bebidas adoçadas, açúcares e sobremesas, com redução do consumo de frutas, verduras e legumes; estando ela, diretamente, relacionada ao risco de desenvolver e/ou causar complicações micro e macrovasculares no diabetes⁽¹⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A caracterização dos pacientes deste estudo, atendidos em uma unidade básica de saúde, no município de Maringá, Paraná, demonstrou alta prevalência de fatores de risco concomitantes ao DM2. Esses resultados apontam que a redução do peso corporal, o controle da hipertensão arterial e da dislipidemia devem ser considerados no tratamento do paciente com DM2 em unidades básicas de saúde, principalmente adotando-se medidas conservadoras como dieta saudável e atividade física regular. O Sistema Único de Saúde e os profissionais da área devem ser capacitados e estimulados para realizarem as intervenções necessárias para a melhoria da qualidade de vida da população, para promover a redução dos fatores de risco e conseqüente redução no agravo das doenças crônicas não transmissíveis. É fundamental, ainda, que mais estudos epidemiológicos sobre o perfil de pacientes com DM2 sejam conduzidos no Brasil, a fim de serem

planejadas intervenções mais eficazes, principalmente em nível regional.

A organização dos serviços e a sistematização do atendimento aos grupos populacionais específicos, embasados em perfil epidemiológico da população, vêm encontrando dificuldades pela utilização de indicadores populacionais generalizados. No caso, a assistência prestada pelo serviço público, pautada no atendimento à demanda espontânea, nem sempre reflete as necessidades da população como, por exemplo, para as pessoas diabéticas e/ou hipertensas, atendidas em unidades básicas de saúde (UBS) de Maringá.

É imprescindível e estratégico, portanto, o uso da informação, em saúde, para subsidiar planos e projetos gerenciados pela gestão municipal. A adoção de medidas preventivas e terapêuticas, em relação aos fatores de risco em diabéticos tipo 2, é necessidade emergente na atenção básica à saúde desse município. A implementação de programas multidisciplinares para todos os níveis de atendimento aos pacientes diabéticos e a realização de estudos epidemiológicos sobre o perfil e caracterização desses indivíduos devem ser estimulados, a fim de serem planejadas intervenções mais eficazes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. WHO/FAO Expert Consultation. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization/Food and Agriculture Organization; 2003.
2. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree S, King H. Global prevalence of diabetes - Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27:1047-50.
3. Gomes MB, Neto DG, Mendonça E, Tambascia MA, Fonseca RM, Réa RR. Prevalência de sobrepeso e obesidade em pacientes com diabetes mellitus do tipo 2 no Brasil: estudo multicêntrico nacional. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2006; 50(1): 136-44.
4. DATASUS [homepage na Internet]. Brasília: Ministério de Saúde. [acesso em 2007 novembro]. Informações de Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm#Morbidade>.
5. Sartorelli DS, Franco LJ, Cardoso MA. Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(1):7-18.
6. Ortiz MCA, Zanetti ML. Diabetes Mellitus: fatores de risco em uma instituição de ensino na área da saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2000; 8 (06):128-32.
7. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P et al. Prevention of type 2 diabetes by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344:1343-50.
8. American Diabetes Association. Implications of the United Kingdom prospective diabetes study. *Diabetes Care* 2003; 26(suppl 1):S28-S32.
9. Diabetes Control and Complications Trial Research Group: The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993; 329: 977-86.
10. Lyra R, Oliveira M, Lins D, Cavalcanti N. Prevenção do Diabetes Mellitus tipo 2. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2006; 50(2):239-49.
11. Chobanian AV, Bakris GL, Black, HR. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hipertension* 2003; 42:1206-52.
12. American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes. American Diabetes Association: Clinical Practice Recommendations 2004: Position Statement. *Diabetes Care* 2004; 27(suppl 1):15-35.
13. World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index with Defined Daily Doses (DDD's). Oslo: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology; 2000.
14. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
15. Scheffel RS, Bortolanza D, Weber CS, Costa WLA, Canani LH, Santos KG et al. Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com Diabetes Mellito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(3): 263-7.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demografico 2000. Características da população e dos domicílios resultados do universo. Brasília: IBGE, 2000.
17. Gus I, Fischmann A, Medina C. Prevalence of risk factors for coronary artery disease in the Brazilian State of Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol* 2002; 78(5):484-90.
18. Moreira RO, Santos RD, Martinez L, Saldanha FC, Pimenta JLAC, Feijoo J, Jahnke N, Mangile OC, Kupfer R. Perfil lipídico de pacientes com alto risco para eventos cardiovasculares na prática clínica diária. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2006; 50(3):481-89.