

UNA – SUS PARA PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL.

RAIZA ISABEL MACEO PEREZ

**OS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À ALTA INCIDÊNCIA DE DIABETES
MELLITUS II**

SÃO PAULO

2014

RAIZA ISABEL MACEO PEREZ

**OS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À ALTA INCIDÊNCIA DE DIABETES
MELLITUS II**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à UNA SUS Programa Mais Médicos Para o
Brasil.

Orientadora: Maria Suzete Fustinoni.

SÃO PAULO

2014

PEREZ, R.I.M, Os fatores associados à alta incidência de Diabetes Mellitus II. 2014. 24f. Monografia – Una SUS para Programa Mais Médicos para o Brasil. São Paulo, 2014.

RESUMO

Introdução: Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica caracterizada pelo rompimento de substâncias do metabolismo e outras calorigenas glicose e as complicações vasculares do início e neuropatias tarde. A doença está associada com a deficiência de insulina, que pode ser total, parcial ou relativa. A falta deste hormônio está envolvida em forma primária nas alterações de diabetes e hiperglicemia, por sua vez age decisivamente para complicações decorrentes da doença. Diabetes Mellitus é uma síndrome que é expressa por determinada geneticamente desordem familiar em que o sujeito pode ter alterado o metabolismo de carboidratos, gorduras e proteínas, relativos ou deficiência absoluta na secreção de insulina e resistência à insulina grau variável. **Objetivo:** Identificar fatores de risco associados à alta incidência de pacientes diagnosticados no centro da cidade Salesópolis um período de 2014 a 6 meses. **Metodologia:** Os dados foram coletados e processados em um banco de dados criado no Microsoft Excel pacote Office 2010. Dentre as medidas, índices de frequência, expressas em porcentagem foram utilizados. Todos os resultados foram agrupados em tabelas. **Resultados Esperados:** Nesta pesquisa não consegue descrever as características possuídas pelos pacientes com diabetes Mellitus tipo 2. Desde que ele poderia diagnosticá-la e determinar a idade em que esta condição mais prevalente na comunidade é 51 anos predominando na população feminina.

Sumário

1. Introdução	06
2. Referencial Teórico	08
2.1 Conceito de Diabetes Mellitus	08
2.2 Fisiopatologia	09
2.3 Classificação	10
2.4 Complicações	11
2.5 Paciente DMN Gestão	12
3. Objetivos	16
3.1 Objetivo Geral	16
3.2 Objeto Específico	16
4. Metodologia	17
4.1 Procedimentos e Técnicas de Coleta de Dados	17
4.7 Análise e discussão dos resultados	17
6. Conclusão	22
Referências	23

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde em 1994, havia 100 milhões de pessoas com diabetes, 165 milhões em 2000, existem atualmente 245 milhões, e pode chegar a aumentar de 300 milhões em 2025, principalmente devido ao envelhecimento, obesidade, sedentarismo sendo aumentado nos países desenvolvidos em 40% e nos países em desenvolvimento em 170%, de modo que 80% dos diabéticos no mundo vivem em países em desenvolvimento, no primeiro trimestre do século XXI. (MS, 2014).

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica caracterizada pelo rompimento de substâncias do metabolismo e outras calorígenas glicose e as complicações vasculares do início e neuropatias tardias. A doença está associada com a deficiência de insulina, que pode ser total, parcial ou relativa. A falta deste hormônio está envolvida em forma primária nas alterações de diabetes e hiperglicemia, por sua vez agem decisivamente para complicações decorrentes da doença. Diabetes Mellitus é uma síndrome que é expressa por determinada genética desordem familiar em que o sujeito pode ter alterado o metabolismo de carboidratos, gorduras e proteínas, relativos ou deficiência absoluta na secreção de insulina e resistência à insulina grau variável. (GUYTON, 1981).

O fator ambiental mais importante é a dieta rica em carboidratos e pouca fibra. Se sabe que este tipo de dieta induz diabetes em tipos genéticos suscetíveis. Demonstrou-se que a percentagem de calorias provenientes de gordura na dieta, particularmente gordura saturada está associada com a diabetes tipo 2, bem como para prever a conversão da intolerância à glicose na diabetes tipo 2. (MIRANZI, 2008).

A obesidade é outro importante fator exógeno uma vez que 90% dos pacientes com diabetes não são obesos insulino-dependente. Mesmo em indivíduos normais, os resultados acima significativos na intolerância à glicose, os níveis mais elevados de insulina e a insensibilidade à insulina no tecido adiposo e muscular. (SCHAAN, 2004).

Diabetes Mellitus do Tipo 2 é um do grupo heterogêneo de desordens em que a hiperglicemia é prejudicada devido a resposta secretora de insulina à glicose e diminuição da eficácia da insulina para estimular a captação de glicose pelos esquelético e restrição da produção hepática de glicose (resistência glicose) do músculo. Além disso, a resistência à insulina é frequente, e muitos pacientes com resistência à insulina não desenvolvem diabetes porque o corpo compensa por um aumento na secreção de insulina adequada para a resistência à insulina na variedade comum de diabetes Mellitus tipo 2 não é o resultado de alterações genéticas no receptor de insulina ou o transportador de glicose. No entanto, pós-receptor efeitos intracelulares provavelmente representar uma função determinada geneticamente. (GUYTON, 1981).

O Diabetes Mellitus Tipo 2 é geralmente tipo de diabetes diagnosticado em pacientes maiores de 30 anos, mas também ocorre em crianças e adolescentes.

Caracteriza-se clinicamente por hiperglicemia e resistência à insulina. A cetoacidose é rara. Embora muito paciente fosse tratados com dieta, exercícios e regime, medicamentos orais, alguns precisam de insulina para controlar a hiperglicemia sintomática intermitente ou persistente e prevenir a forma CHHC. (GOLDENBERG *et al* 2003).

A Declaração das Américas sobre Diabetes destaca a crescente importância dessa doença como parte da carga de morbidade e mortalidade da população e estratégias eficazes para serem aplicadas no nível de políticas nacionais de saúde, serviços de saúde e o impacto na qualidade de vida das pessoas afetadas e suas famílias e os sistemas de saúde que devem atender os custos de complicações e incapacidade. (SBD, 2000).

Na cidade de Salesópolis visto ao rever as estatísticas em um período de seis meses aumentou pacientes que tiveram diabetes Mellitus tipo 2. A experiência profissional levou um estudo sobre os fatores de risco associados com diabetes Mellitus tipo 2 devido à diminuição da percepção das informações de risco e paciente. Sendo um elemento muito importante que a equipe de saúde tem um alto nível de informação ao contrário dos pacientes. Que resulta em um desequilíbrio na informação assunto.

A situação problema apresentado foi a alta incidência de diabetes Mellitus tipo 2 no centro da cidade Salesópolis, município do estado de São Paulo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Conceitos de Diabetes Mellitus

A diabetes Mellitus é uma doença metabólica crônica caracterizada por níveis persistentemente elevados de glicose no sangue como resultado de uma alteração na secreção e / ou a ação da insulina. (GUYTON, 1981).

- História da Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus é quase tão antiga quanto a humanidade e demonstrou uma série de documentos, tais como os escritos de Demétrius Apomea no terceiro século aC e o "Papiro de Ebert", 1550 anos aC, o império dos faraós no quais os sintomas da doença e seu tratamento são descritos. (MS, 2002).

Vibração Capadócia século II foi o primeiro a usar o nome de diabetes, que literalmente significa "passagem" ou "executado através de um sifão." Mais tarde, Thomas Willis acrescentou a palavra Mellitus, que significa "mel". (GUYTON, 1981).

Mellitus (DM) é uma doença rara no Novo Mundo até o início do século XX. Em 1940 eles começaram a denunciar os casos de diabetes em comunidades indígenas na América do Norte e hoje foi reportado comunidades Pimas onde 50% da população acima de 35 anos tem a doença. Desde então, tem sido postulado que as populações nativas americanas têm um gene econômico 4, que o torna suscetível a DM, obesidade e dislipidemia quando mudam os seus hábitos alimentares. (SANTOS *et al* 2008).

Em 1696 Morton apontou hereditariedade desta enfermidade.

Pesquisadores como Bernard, Langerhas, Starling, Merine Minkowsky e colaborou com intensidade; para melhor, Banting e Collip atingirem Beltran preparação de uma extração do pâncreas que foi aplicada com êxito pela primeira vez em 1921, um cão; depois de pacientes diabéticos juvenis e, finalmente, a um enfermeiro. Com esta descoberta é um marco na história do quadro diabetológico. (SBD, 2000).

Na década de 40 e Jambon Loubatière descobriu o efeito hipoglicemiante de sulfoniluréias; embora em 1926 Frank tivesse modificado diguanidine molécula; qual foi a primeira antidiabético oral. Em 1954; Franker e Fuchs; na Alemanha; testou um novo sulfonamida consistindo de uma sulfoniluréia entre seus efeitos colaterais foram às marcas de hipoglicemia. (SBD, 2000).

Entre 1955 e 1956 um evento histórico na era da terapia anti-diabética foi iniciado; os antidiabéticos peroram introdução; Eles foram lançados por duas empresas farmacêuticas, o composto BZ 55, o carbutamida, que foi muito eficaz no diabetes da idade avançada, e logo após o D8 60 ou Tolbutamida, que era uma droga fundamental no tratamento de pessoas com diabetes Mellitus tipo II, liberando injeções de insulina. (COELHO; AMARAL, 2008).

Em 1969, ele apareceu glibenclamida ou HB 419, como uma nova sulfonilurea ter intensa ação hipoglicemiante com uma dose de mínima sobre as drogas acima.

O estudo das biguanidas começou desde 1920 foram rapidamente abandonados por sua toxicidade hepática e renal, com três principais derivados biguanides adquiriram importância terapêutica: fenformina, o butformina e metformina, mas a sua utilização diminuiu no início dos anos 60, com o uso frequente ou associação com casos fatais de acidose láctica, e foram severamente restritos em alguns países.(ARAUJO, 2011).

2.2 Fisiopatologia

Os indivíduos normais têm níveis de glicose no sangue no sangue estável entre 60 e 110 MG / dl, com ou ingestão ou jejum. Esta estabilidade da glicose sanguínea é controlada por uma série de mecanismos hormonal e metabólica, os quais seriam os níveis sanguíneos de insulina central e, assim, o seu efeito sobre o tecido alvo. (FERREIRA *et al* 2007).

Após a ingestão de níveis de glicose no sangue em sangue subir, produzindo aumento da secreção de insulina tempo asa. O aumento da liberação de insulina provoca uma passagem de glicose nas células, e promove a produção de glicogênio e a síntese de proteínas. Uma vez que as reservas de glicogênio estão saturadas excesso de glicose é armazenado como triglicerídeos. (GUYTON, 1981).

Durante o jejum, há uma série de mecanismos que permitem uma glicose estável. Inicialmente, a mobilização dos estoques de glicogênio do fígado ocorre, se o jejum dura mais de 12-18 horas vai começar a mobilizar depósitos periféricos, principalmente musculares, utilizando aminoácidos como fonte de energia. Os baixos níveis de circulantes de insulina nesta situação favorece uma situação com a liberação de ácidos graxos lipolíticos. (GUYTON, 1981).

Se a falta de nutrientes se estende por mais de 72 horas, o cérebro começa a utilizar substratos alternativos à glicose para produzir energia, como os organismos tônicos. Nesta situação depósitos diminuiu aminoácidos periféricos, começando a utilizar os substratos do fígado, tais como lactato, piruvato e glicerol para a gluconeogênese. Assim, em qualquer situação, os níveis de insulina se adaptar a diferentes situações que controlam a lipólise, o transporte de glicose e da gluconeogênese. (GUYTON, 1981).

Em pacientes graves, ou aqueles que estão passando por uma grande cirurgia, situação de sobrecarga metabólica ocorre; Nestas situações produzir uma liberação de hormônios que são projetados para manter a homeostase orgânica. Esses hormônios incluem adrenalina, noradrenalina, cortisol, hormônio do crescimento e glucagon. Estas hormonas causar um aumento nos níveis de glicose no sangue ativa as vias metabólicas que libertam ácidos aminados e ácidos gordos e aumentar a resistência dos tecidos periféricos à ação da insulina. Também em UTIs seus efeitos são reforçados pela administração exógena de drogas vasopressoras e glicocorticoides. (SANTOS *et al* 2008).

Em situação normal, estes distúrbios metabólicos são compensados por um aumento da liberação de insulina, que permite a utilização periférica de glucose, e

evita vias metabólicos alternativos. Em indivíduos diabéticos, esta compensação metabólica pelo aumento da secreção de insulina não ocorre, de modo que pode ocorrer uma grande variedade de complicações metabólicas. (GUYTON, 1981).

Assim sobrecarregar situações a que ele é submetido um paciente crítico pode trazer um diabetes até então desconhecido e cetoacidose e choque pode ocorrer em um diabético previamente bem controlada. Assim, os doentes diabéticos internados em insulino-terapia intensiva deve receber contribuição cuidadosa e adequada ingestão de eletrólitos, de modo que as possíveis complicações metabólicas da diabetes são impedidas.

2.3 Classificação

Insulina Dependente Diabetes Tipo I: Geralmente diagnosticada em infância. O corpo produz pouca ou nenhuma insulina e injeções diárias de isto é necessário para sobreviver, e se não for feito, pode ter emergências médicas. (MS, 2002).

A diabetes do tipo II ou diabetes Mellitus insulino-independentes: É muito mais comum do que a de tipo I, corresponde a aproximadamente 90% de todos os casos de diabetes e aparece geralmente no pâncreas adulto. É a idade que não produz insulina suficiente para manter quantidade de glicose no sangue normal, muitas vezes, porque o corpo não responde bem à insulina. (SANTOS *et al*, 2008).

Diabetes Secundário ligada a outras tabelas ou síndrome identificável. Há também dois distúrbios ou intolerância à glicose e diabetes gestacional, que aumentam de modo que o risco mais relevante que surja diabetes Mellitus e em alguns casos fazem parte de seu curso natural os níveis de insulina são normalmente elevados indicando uma perda de a sensibilidade à insulina por células do corpo. (GUYTON, 1981).

O DM tem várias formas de apresentação inicial. DM tipo I geralmente se apresenta com DAC sintomática ou hiperglicemia. DM tipo II podem apresentar hiperglicemia ou CHHNC, mas é muitas vezes diagnosticada em pacientes assintomáticos durante um exame médico de rotina ou quando o paciente tem manifestações clínicas de uma complicação tardia. (GUYTON, 1981).

Ainda GUYTON, relata que após o início agudo de DM tipo I geralmente apresentam uma secreção de insulina significativa. Os pacientes com DM tipo I podem desfrutar de um período de lua de mel caracteriza-se por um longo período de níveis quase normais de glicose, sem qualquer tratamento.

Hiperglicemia sintomática. Poliúria ocorre seguida por polidipsia e perda de peso quando os níveis elevados de glicose no sangue causam intensos e glicosúria levando à desidratação osmótica a diurese. A hiperglicemia também pode causar visão turva, fadiga e náuseas e realizar várias infecções fúngicas e bacterianas. No DM tipo II, hiperglicemia sintomática pode persistir por dias ou semanas antes de atendimento médico é procurado; em mulheres com DM tipo II hiperglicemia sintomática é frequentemente associada com coceira devido a candidíase vaginal. (SCHAAN *et al*, 2004).

2.4 Complicações

As complicações tardias aparecem após vários anos de hiperglicemia mal controlada. Os níveis de glicose são elevados em todas as células, exceto quando uma captação de glicose pela insulina (principalmente músculos), resultando no aumento da glicosilação e a atividade de outras vias metabólicas, o que pode ser causada por complicações. A maioria das complicações microvasculares pode ser adiada, ou mesmo impedido revertida por rigoroso controle glicêmico, ou seja, atingir níveis de glicemia de jejum e pós-prandial perto de normal reflete em níveis quase normais de hemoglobina glicosilada (Hb A1C). A doença microvascular como a aterosclerose pode produzir sintomas de doença arterial coronariana, claudicação, erosão da pele e infecção. Embora a hiperglicemia pode acelerar a aterosclerose, hiperinsulinêmica anos anteriores ao aparecimento da diabetes (resistência à insulina) pode representar o papel principal iniciador. Permanece amputação prevalente de uma doença grave do membro inferior vascular periférica, claudicação intermitente e gangrena. O antecedente de uma retinopatia simples (alterações na retina iniciais observados em oftalmoscopia ou fotografias da retina) não altera significativamente a visão, mas pode evoluir para edema macular ou retinopatia proliferativa com descolamento ou hemorragia da retina que pode provocar cegueira. Cerca de 90% de todos os diabéticos, eventualmente, desenvolver algum grau de retinopatia. (SANTOS *et al*, 2008).

A neuropatia diabética ocorre em aproximadamente um terço dos pacientes com diabetes tipo I e uma menor percentagem de pacientes com DM tipo II. No primeiro, o TFG pode inicialmente aumentar com hiperglicemia. Depois de cerca de 5 anos de ter um DM tipo I albuminúria clinicamente detectável (≥ 300 mg / l) não tem nenhuma explicação outra doença do trato urinário pode ocorrer. Albumina anunciou uma diminuição progressiva da taxa de filtração glomerular com uma alta probabilidade de desenvolver a doença renal em estágio final de 3-20 anos (mediana, 10 anos). Albuminúria é quase 2,5 vezes maior em pacientes com DM tipo I diastólica > 90 mm Hg em pacientes com pressão arterial diastólica < 70 mmhg PA. Portanto, tanto a hiperglicemia e hipertensão acelera a progressão para insuficiência renal crônica. A neuropatia diabética é geralmente assintomática até a neuropatia desenvolve em fase final, mas pode levar a síndrome nefrônica. Albuminúria e nefropatia podem ser prevenida ou atrasada com captopril, um inibidor da ECA. Enquanto o tratamento agressivo da hipertensão previne a deterioração da função renal, os inibidores da ECA têm demonstrado benefícios adicionais em relação a outras classes de anti-hipertensivos. Na verdade, os inibidores da ECA evitar proteinúria em diabéticos hipertensos e não hipertensos. Dados recentes indicam que essas drogas também prevenir a retinopatia. (GOLDENBERG *et al* 2003).

A neuropatia diabética ocorre com frequência como uma polineuropatia distal simétrica, predominantemente sensorial que provoca déficits sensoriais que começam e são muitas vezes caracterizadas por uma distribuição de "meias e luvas". A neuropatia diabética pode causar dormência, formigamento e dormência nas extremidades e, menos frequentemente, dor e ternura de intensa e debilitante localização profunda. Os reflexos de Aquiles são geralmente diminuída ou abolida. É necessário excluir outras causas de polineuropatia. A mononeuropatia dolorosa e grave que afeta os nervos cranianos III, IV e VI, bem como de outros nervos, como o

fêmur, pode aumentar em semanas ou meses, ocorrem mais frequentemente em idosos diabéticos e são atribuídas a ataques cardíacos nervosos. O sistema neuropatia autonômica ocorre principalmente em pacientes diabéticos com polineuropatia e pode causar hipotensão postural, transpiração diminuída, impotência e ejaculação retrógrada em homens, a função da bexiga prejudicada, retardo no esvaziamento gástrico (às vezes com a síndrome pós-gastrectomia) disfunção esofágico constipação ou diarreia e diarreia durante a noite. A diminuição da frequência cardíaca em resposta à manobra de Valsalva, ou passar para a posição de pé, e a ausência de variação da frequência cardíaca durante a ventilação profunda são sinais de neuropatia autonômica em diabéticos. (GUYTON, 1981).

Úlceras nos pés e problemas nas articulações são importantes causas de doença no DM. A principal causa predisponente é polineuropatia diabética; deservação sensorial dificulta a percepção do trauma de causas comuns, como sapatos ou seixos mal ajustadas. Alteração na propriocepção conduz a uma forma anormal de suportar o peso e, por vezes, o desenvolvimento de Charcot articulações. (SANTOS *et al* 2008).

O mesmo autor relata que o risco de infecção por fungos e bactérias aumenta devido à diminuição da imunidade celular causada por hiperglicemia e difícil circulatórios causados pela hiperglicemia crônica. São infecções cutâneas periféricas frequentes e candidíase oral e vaginal. O processo inicial pode ser uma infecção fúngica causando lesões interdigitais, fissuras, rachaduras e feridas exsudativa facilitando a invasão bacteriana secundária. Muitas vezes, os pacientes com úlceras do pé infectadas não sentem dor devido a neuropatia e não têm sintomas sistêmicos, numa fase posterior, com uma evolução autônoma. Úlceras profundas, especialmente úlceras associadas com qualquer grau detectável de celulite, requerem hospitalização imediata, como pode parecer a toxicidade sistêmica e invalidez permanente. Deve ser excluída por osso osteomielite digitalização. Debridamento cirúrgico precoce é uma parte essencial do tratamento, mas, por vezes, a amputação é essencial.

2.5 Tratamento

Terapia medicamentosa atual para alcançar o controle metabólico em DMND.

Tratamento farmacológico atual da hiperglicemia e distúrbios metabólicos relacionados com a DMND, modalidades terapêuticas incluem 5 grupos principais. (ARAUJO, 2011).

Mecanismos básicos de agentes de ação.

Competitiva acarbose intestino alfa-glicosidase inibidor.

Reduz a absorção intestinal de glicose

Sulfoniluréias aumentam a secreção de insulina

Biguanides (metformina) reduz a produção hepática de glicose por inibir a gliconeogênese

A insulina estimula a utilização de glicose e suprime a produção hepática de glicose tiazolidinedionas Melhoria da sensibilidade à insulina

Atenção dietética é recomendada como um possível tratamento de primeira linha para reduzir os níveis de hiperglicemia. A dieta deve ser rica em carboidratos complexos e baixo teor de açúcar e gordura, para evitar a elevação da glicemia pós-prandial. Drogas que podem suprimir ou retardar a decomposição dos hidratos de carbono complexos em moléculas mais simples teria o mesmo efeito. Este conceito tem conduzido várias pesquisas para a identificação de inibidores da família de enzimas responsáveis pela digestão de hidratos de carbono, denominados alfa-glicosidase. (PERES *et al* 2006).

Entre estes inibidores, a alfa-glucosidase a acarbose é (Glucobay ou comercialmente conhecido como Precose da Bayer Labs), que é utilizado na prática clínica em diversos países. Acarbose é uma pseudotetrasacárido de origem microbiana com base de um amino-açúcar, a qual se comporta como um inibidor competitivo de alfa-glucosidases presentes na membrana de borda em escova do intestino delgado. Mais recentemente, o laboratório Bayer tem vindo a desenvolver uma série de inibidores, tais como estruturalmente simplificados e miglitol, emiglitato que são análogos 1-desoxynojirimycin, um amino, originalmente isolada a partir de culturas de *Streptomyces*. (ARAUJO, 2011).

Ainda o mesmo autor relata que ao inibir as enzimas que quebram os carboidratos complexos em moléculas absorvíveis simples (monossacarídeos), este grupo de medicamentos age diminuindo os níveis de glicose pós-prandial.

Em acarbose, a dose recomendada é de 50 mg, 3 vezes ao dia, ingerida quando se inicia cada refeição, e se a resposta for inadequada, a dose deve ser aumentada para 100 mg, 3 vezes ao dia. Os possíveis efeitos secundários foram relatados para o uso de acarbose, flatulência, distensão abdominal, flatulência, cólicas abdominais e diarreia, causada pela ação de bactérias colônias em carboidratos não digeridos são indicados. Após 24 semanas de tratamento, a frequência e a intensidade dos sintomas gastrointestinais são reduzidas e parecem ter muito em termos de aceitação, mesmo que os sintomas incomodam o paciente, você pode diminuir a dose da droga e controlar a ingestão de carboidratos complexo. (ARAUJO, 2011).

Sulfoniluréias têm sido utilizados desde 1955 como hipoglicemiantes e, embora seu mecanismo de ação é complexo, que atual principalmente por estimular a secreção de insulina. Possíveis efeitos extrapancreáticos de sulfonilureia, alguns estudos indicam que a melhoria da sensibilidade à insulina e o número de receptores é, e que de terapia crônica com estes, reduzindo a produção de glicose hepática e a hiperglicemia de jejum consecutivo ou basal, em NIDDM, com alterações mínimas nas concentrações de insulina no plasma. Gliclazida é proposto que aumenta a atividade de glicogênio - Síntese estimulada pela insulina no músculo esquelético, mas não havia qualquer correlação entre o grau de melhoria do controlo glicêmico, e que a resposta da enzima. (ARAUJO, 2011).

Há mais argumentos contra do que para os efeitos extrapancreáticos significativas de sulfoniluréias.

Sulfoniluréias não hiperglicemia diminuição em pacientes com diabetes Mellitus (IDDM) e em animais pancreatectomizado.

ARAUJO 2011 RELATA QUE muita das conclusões sobre os efeitos hepáticos de sulfonilureias é conduzida com base em concentrações de insulina periférica inalterada. Devido à extrema sensibilidade do fígado para as pequenas alterações de insulina, é possível que pequenas alterações nos níveis de insulina na circulação portal têm sido negligenciadas.

Houve também dificuldades em confirmar relatos iniciais sobre ligação do receptor de insulina para efeitos das sulfoniluréias. Provavelmente, o argumento mais importante seria que a hiperglicemia crônica pode causar hepática e periférica resistência à insulina, o que pode ser atenuado com a melhoria do tratamento de controle glicêmico modo independente. (GUYTON, 1981).

As chamadas sulfonilureia de segunda geração são bem tolerados e substituir a primeira geração, embora não haja nenhuma evidência concreta para mostrar que o controle é melhor quando usado na segunda geração. A potencial vantagem seria a de que eles são mais potentes e a absorção gastrointestinal é provavelmente mais elevada. (ARAUJO, 2011).

Há disponibilidades de diferentes marcas de sulfoniluréias sofre alguma variação por país, enquanto que a glibenclamida, glipizida, gliclazida, clorpropamida e tolbutamida estão disponíveis na maioria dos mercados, outros estão em um único país, como seriam os casos carbutamina (França), glisoxepide (Alemanha), e o gliclopiramida glimidina e gliclopiramida (EUA) e glipentide (Espanha). Glimepirida O novo composto, desenvolvido pela Hoechst Laboratories é completamente absorvida e atinge pico de concentração de 2 a 3 horas após a administração em jejum. Ele liga-se a proteínas e a sua meia-vida é de 1,3 a 3,4 horas. (ARAUJO, 2011).

O mesmo autor acima cita que a Biguanides foram introduzidos no mercado em 1957 como hipoglicemiantes. Destes permanece em uso de metformina (Glucophage), que ao contrário de sulfoniluréias causam hipoglicemia não abaixo dos níveis normoglicêmicos, nem aumento de peso. O exato mecanismo de ação ainda é controverso, mas há uma crença de que o seu efeito anti-diabético não é devido à estimulação da secreção de insulina.

A pesquisa mostrou que a diminuição da absorção intestinal da glicose no rato, mas não foi confirmado nos pacientes com NIDDM, e aumentar a absorção de glicose por tecidos periféricos. Estima 20,21-se que cerca de 30% dos pacientes podem experimentar efeitos secundários, tais como anorexia, náusea, desconforto abdominal, diarreia, e má absorção da vitamina B12, mas a anemia perniciosa é rara. O efeito secundário mais perigoso seria acidose láctica, que é raro, quando a indicação de que a droga é adequada (tabela 3). A metformina é particularmente indicada como monoterapia em pacientes obesos, e revelou-se tão eficaz quanto a glibenclamida ou insulina para atingir o controle glicêmico. A dose deste está compreendida entre 500 a 2500 mg por dia. Em geral, começa com uma dose de 500 ou 425 mg, uma vez por dia e um aumento em intervalos semanais, até o controle glicêmico seja alcançado.

O uso de hipoglicemiantes orais é indicado quando ocorrem episódios sintomáticos de níveis de hiperglicemia e de açúcar no sangue, apesar de manter a aderência adequada ao tratamento com dieta e exercício físico em pacientes idosos. As sulfonilureia de ação prolongada evitar o risco de hipoglicemia, frequente em pacientes idosos, especialmente no decurso da doença. Ser usado a curta duração,

começando dose baixa e aumentar gradualmente. As biguanidas não são recomendadas neste grupo de doentes. Quando o diabético idoso não metabolicamente controlada com dieta, exercício e hipoglicemiantes orais é necessário o uso de insulina. Isso foi proposto em vários regimes de tratamento deve ser adaptado para cada paciente de acordo com suas características. Em geral, a combinação de insulina e agentes hiperglicêmicos nos idosos não é recomendada. (ARAUJO, 2011).

O tratamento com insulina em pacientes com DMND depende principalmente da gravidade do distúrbio metabólico. Pacientes com glicemia de jejum menor que 7,8 mmol / L (140 mg / dL) na prática diária não necessita de insulina; por outro lado, se os sintomas diagnósticos da diabetes, os níveis de glicose no sangue estão acima de 15 mmol / L. é aconselhável começar o tratamento com insulina.²² A dose pode geralmente estar na gama de 0,5 a 1,2 U / kg / dia, embora em muitos pacientes de melhorar a terapia com insulina, com o efeito de glicotoxicidade, podem necessitar de menos dose de evolutiva. Com a ingestão de insulina ou inferior a 0,3 U / kg / dia, você pode mudar para uma terapia hipoglicemiante oral. Em nossa experiência, quando um bom controle metabólico é atingido com um consumo de menos de 30 unidades de insulina de ação intermédia por dia, você pode tentar passar o paciente para compostos hipoglicemiantes orais com resultados satisfatórios em um número significativo de pacientes. (SBD, 2000).

A terapêutica com insulina também está indicado em pacientes nos quais o tipo de drogas falharam e sulfonilureia em que a indicação da metformina não é recomendada, ou que tenha qualquer hepática significativa ou doença renal. Em pacientes com NIDDM, com hiperglicemia moderada (glicemia de jejum entre 7,8-11,1 mil / L), o tratamento com insulina basal intermediária, é geralmente suficiente quando há secreção de insulina endógena. Nós comparamos diferentes regimes de tratamento com insulina em pacientes obesos com moderados DMNID que têm mau controle metabólico com a terapia oral, e vários esquemas são igualmente eficazes na obtenção de um bom controle glicêmico, pelo menos por um período de 3 meses se compara um regime de dose múltipla d (insulina NPH, às 9 horas, com a insulina regular antes das refeições) com 2 doses de insulina NPH + regular (70,30), localizado antes do almoço e antes do jantar e hipoglicemiantes orais mais de 1 dose de noite ou de manhã insulina NPH. (SBD, 2000).

O uso de insulina de ação intermédia (basal ou do tipo ultra-lenta) com compostos da família de sulfoniluréis em pacientes com NIDDM ação representa uma alternativa terapêutica que parece estar ganhando popularidade nos últimos anos; embora alguns autores ocasionalmente usados em pessoas que não estão bem controlados com 100 Us de insulina por dia. Em nossa experiência, a combinação de insulina com uma sulfonilureia como a glibenclamida, deve ser considerada em NIDDM, quando você quer alcançar bom controle glicêmico com um menor consumo de insulina em pacientes com insuficiência secundária a sulfoniluréis e uso de insulina monoterapia para 6 meses após a terapia combinada (insulina e glibenclamida) parece oferecer benefício na obtenção de controle metabólico adequado, com redução substancial nos níveis de HbA1c. A combinação de insulina com metformina também pode ter efeitos benéficos com o uso reduzido de insulina em parentes DMND obesos, bem como pacientes com labilidade metabólica marcada. (ARAUJO, 2011).

As variáveis de pesquisa são declarados:

- As variáveis quantitativas: idade
- As variáveis qualitativas: sexo, doenças associadas, estado nutricional, fatores de risco, complicações. Tratamento médico empregado.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivos Gerais

Identificar fatores de risco associados à alta incidência de pacientes diagnosticados no centro da cidade Salesópolis um período de janeiro a junho de 2014 .

3.2 Objetivos Específicos

- Diagnosticar o problema de pesquisa da incidência de diabetes Mellitus tipo 2 em pacientes atendidos no centro de saúde de Salesópolis.
- Identificar as variáveis determinantes dos fatores de risco idade, sexo e estado nutricional.
- Identificar a presença de doenças associadas, os principais fatores de risco em pacientes com diabetes Mellitus tipo 2 a presença de complicações.

São consideradas variáveis da pesquisa qualitativas:

- Sexo, comorbidades, estado nutricional, fatores de risco, complicações, tratamento médico.

São consideradas variáveis da pesquisa quantitativas:

- Idade
- IMC

4. METODOLOGIA

4.1 Procedimentos e técnicas de coleta de dados:

A informação para a realização desta pesquisa foi obtido a partir de:

Revisão de Documentos: folhas estatisticamente foram revisadas.

Forma de coleta de dados foi realizada a mesma história patológica recolhida relacionada pessoal dos pacientes e exposição a elementos fatores de risco.

Técnicas e procedimentos para análise estatística:

Os dados foram coletados e processados em um banco de dados criado no Microsoft Excel pacote Office 2010. Dentre as medidas, índices de frequência, expressas em porcentagem foram utilizados. Todos os resultados foram agrupados em tabelas.

4.2 Análise e discussão dos resultados

Em seguida, os resultados mais relevantes da investigação relacionada com a diabetes Mellitus em pacientes tratados com o UBS exposto. Foram incluídos 40 pacientes no trabalho, ou seja, todos atendidos no período de janeiro a junho de 2014.

Tabela 1 Distribuição dos pacientes do diabetes Mellitus tipo 2. Na área de saúde UBS Salesópolis, de janeiro a junho de 2014.

Grupo de Idade	No	%
20-30	5	11.36
31-40	8	18.18
41-50	10	22.73
51-60	15	34.1
Mais 60	6	13.63
Total	44	100

Fonte: Registro Clínica.

A tabela acima mostra a distribuição dos pacientes com diabetes Mellitus tipo 2 é mostrado de acordo com a faixa etária, sendo o mais significativo as idades de 51-

60 anos, com 15 pacientes para 31,4%, o segundo grupo é para 41-50 anos um 22,73%

Estudos feitos pelo Dr. Alberto Villegas et Perrase Medellín Colômbia em pacientes sendo consistente com a faixa etária predominante de 59 anos.

Tabela 2 Distribuição dos pacientes de acordo com o sexo nas classificações da diabetes Mellitus II.

Sexo	No	%
Masculino	14	31.8
Femenino	30	68.1
Total	44	100

Fonte: Medical Handbook

Estudos feitos pelo Dr. Alberto Villegas et al perrasse condizer com o resultado do estudo que significa mais do que 50% da população na Colômbia é visto na tabela que o sexo é fêmeas dominantes com 68,1% .. Um estudo realizado no México é diferente da nossa descoberta, porque a população era de mais de 75% em homens.

O autor concorda com outros estudos que sugerem que o sexo feminino é porque a vida tende a ser mais sedentária, levando ao ganho de peso e resposta de secreção de insulina prejudicada a estimulação da captação de glicose pelo músculo ocorre esqueleto, também pode estar relacionada com o envelhecimento.

Tabela 3 Distribuição dos pacientes de acordo com Diabetes Mellitus Tipo 2 principais doenças associadas.

Patologia	No	%
Hipertensao arterial	30	68.1%
Dislipidemia	10	22.7%
Obesidade	10	22.7%
Insuficiencia cardiaca	2	4.5%
Asma bronquial	7	15.9%

Fonte: Prontuário.

A tabela acima mostra que a hipertensão é uma das principais doenças associadas a 30 pacientes para 68,1%, seguida pela dislipidemia e obesidade, com 10 pacientes, respectivamente.

O autor pode argumentar que, por vezes, o paciente não conhecer os fatores de risco ou desconhecida, ou por algum motivo não dá a importância necessária. É importante notar que é necessário para controlar a pressão arterial elevada para controlar o distúrbio metabólico.

Tabela 4 Distribuição do tipo 2 diabetes Mellitus de acordo com o estado nutricional.

Estado nutricional	No	%
Normal	3	6.8%
Obesidade leve	34	77.2%
Obesidade moderada	5	11.3%
Obesidade severa	2	4.5%
Total	44	100

Fonte: coleta de dados Planilha

Segundo a tabela acima os pacientes com obesidade leve predominância sendo estudados 34 pacientes para 77,2%. Este resultado é consistente com estudos em NHANES III Hudson é onde a obesidade central foi associada com diabetes Mellitus tipo 2 em ano de 2002.

É importante ressaltar que o paciente é obeso e insulina em indivíduos normais, mesmo um ganho de peso significativo resultante da intolerância aos carboidratos.

Tabela 5 Distribuição dos pacientes do diabetes Mellitus tipo 2 de acordo com fatores de risco.

Fatores de risco	No	%
Tabagismo	16	36.4%
Sedentarismo	7	15.9%
Antecedentes de diabetes mellitus	10	22.7%
Obesidade	10	22.7%
Consumo excessivo de sal	14	31.8%
Estress	5	11.4%

Fonte: coleta de dados Planilha

Fator de risco de mesa é mais predominante no hábito de fumar com 16 pacientes para 36,4%, seguido pelo consumo excessivo de sal com 14 pacientes para 31,8% é observada.

Você precisa trabalhar em fatores de risco, uma vez que pode favorecer a presença de complicações como pulmonar e cardiovascular.

Estudos na Costa Rica determinou-se que o fator principal é inatividade física em mais de 50% da população do estudo com o diabetes Mellitus, em adição à obesidade.

Tabela 6 Distribuição de pacientes com diabetes Mellitus tipo 2, de acordo com o tratamento.

Tratamentos	No	%
Hipoglicemiantes Orales	25	56.8%
Insulina	6	13.6%
Combinacao de Medicamentos	8	18.1%
Nenhum	5	11.3%

Fonte: coleta de dados Planilha

A tabela acima representa a população de 56,8% tinha um tratamento com agentes hiperglicêmicos orais, sendo segundo tratamento com a combinação de 8 pacientes que representam 18,1%.

Deve-se notar Villegas perrasse em um estudo em 2003 apresentou resultados semelhantes aos nossos, observando que mais de 50% de seus pacientes ingeriram hipoglicemiantes orais.

No entanto Wysoswki Berrdis DK e G não concordar com a conclusão de nossa pesquisa já que 25-30% dos pacientes tratados com a terapia de insulina.

No nosso tempo foi declarada uma mudança radical no que diz respeito ao tratamento médico. Com a capacidade de combinar as drogas para alcançar as metas de controle metabólico.

6. Resultados Esperados

Nesta pesquisa não consegue descrever as características possuídas pelos pacientes com diabetes Mellitus tipo 2. Desde que ele poderia diagnosticá-la e determinar a idade em que esta condição mais prevalente na comunidade é 51-60 anos predominando na população feminina.

Entre os fatores que mais influenciaram a causa principal é a hipertensão arterial associada a doenças cardiovasculares e oftalmológicas como a predominante e complicações futuras, salienta que a população estudada não obesidade nobre, mas a nutrição normal, observando que devemos realizar trabalho coerente com os hábitos tóxicos e consumo excessivo de sal. Tratamento predominante com hipoglicemiantes orais.

A pesquisa nos permite articular esta pesquisa a partir de uma visão holística iniciando com:

Origem consiste no processo realizado para descrever as características do atendimento de pacientes com diabetes Mellitus tipo 2 com descompensação metabólica. Qual parte de uma situação-problema relacionada com a alta incidência de descompensação de diabetes Mellitus tipo 2.

Estrutura: Consiste no diagnóstico de problemas de pesquisa como a incidência de causa de diabetes Mellitus, além de caracterizar a amostra do estudo de acordo com a variável idade, sexo, fatores de risco, complicações, o estado nutricional, bem como o tratamento e a doença associada.

Operação: Obras que oferecem sistemicamente cada elemento da estrutura de autonomia na sua relação está sujeito ao comportamento do tipo 2 diabetes Mellitus.

7. Referências

ARAUJO, Márcio Flávio Moura de et al. **Cumprimento da terapia com antidiabéticos orais em usuários da atenção primária.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2011, vol.20, n.1, pp. 135-143. ISSN 0104-0707.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus.** Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2002

BRASIL, Ministério da Saúde. **Doenças cardiovasculares.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/cardio.htm>.(acessado em 08/Ago/2001).

COELHO, Camila Ribeiro e AMARAL, Vera Lúcia Adami Raposo do. **Análise de contingências de um portador de diabetes mellitus tipo 2: estudo de caso.** *Psico-USF (Impr.)* [online]. 2008, vol.13, n.2, pp. 243-251. ISSN 1413-8271.

FERREIRA, Juliana Mota; SAMPAIO, Fernanda Mônica de Oliveira; COELHO, Joyce Monte Silva e ALMEIDA, Nádia Maria Girão Saraiva de. **Perfil audiológico de pacientes com diabetes mellitus tipo II.** *Rev. soc. bras. fonoaudiol.* [online]. 2007, vol.12, n.4, pp. 292-297. ISSN 1982-0232.

GUYTON, A.C. *Fisiologia Humana.* 5ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Interamericana, 1981.

GOLDENBERG, Paulete; SCHENKMAN, Simone e FRANCO, Laércio Joel. **Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos.** *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2003, vol.6, n.1, pp. 18-28. ISSN 1415-790X.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro et al. **Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2008, vol.17, n.4, pp. 672-679. ISSN 0104-0707.

PERES, Denise Siqueira; FRANCO, Laércio Joel e SANTOS, Manoel Antônio dos. **Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.40, n.2, pp. 310-317. ISSN 0034-8910.

SANTOS, Laura e TORRES, Heloísa de Carvalho. **Práticas educativas em diabetes mellitus: compreendendo as competências dos profissionais da saúde.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2012, vol.21, n.3, pp. 574-580. ISSN 0104-0707.

SANTOS, Isabel Cristina Ramos Vieira et al. **Complicações crônicas dos diabéticos tipo 2 atendidos nas Unidades de Saúde da Família, Recife, Pernambuco, Brasil.** *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2008, vol.8, n.4, pp. 427-433. ISSN 1519-3829.

SCHAAN, Beatriz D'Agord; HARZHEIM, Erno e GUS, Iseu. **Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.38, n.4, pp. 529-536. ISSN 0034-8910.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro sobre diabetes:** diagnóstico e classificação de diabetes Mellitus e tratamento do diabetes Mellitus tipo 2. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2000.