

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

RINADJA DE MELO CUNHA, TAYNAH DOMINGOS DE MEDEIROS

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A PACIENTES DIABÉTICOS EM
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Campina Grande- PB,

2016.

RINADJA DE MELO CUNHA, TAYNAH DOMINGOS DE MEDEIROS

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES DIABÉTICOS EM
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Medicina, da Universidade
Federal de Campina Grande-UFCG, como
requisito à obtenção do título de Médicos.

Orientador: Dr. Alberto José Santos Ramos

Co-orientador: Dra. M^a Rosineide dos S. Torres

Campina Grande-PB,

2016.

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do CCBS - UFCG

C972a

Cunha, Rinadja de Melo.

Avaliação da assistência a pacientes diabéticos em unidade básica de saúde / Rinadja de Melo Cunha, Taynah Domingos de Medeiros. – Campina Grande, PB: O autor, 2016.

38 f.: il.: Color. 21 x 27,9 cm.

Orientador: Alberto José Santos Ramos

Co-orientador: Maria Rosineide dos S. Torres.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, 2016.

Inclui bibliografia.

1. Diabetes. 2. Atenção básica. 3. Avaliação em saúde. I. Ramos, Juliana Alberto José Santos (Orientador). II. Torres, Maria Rosineide dos S. (Coorientador). III. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 614.39:616.379-008.64 (813.3)



ANEXO VI

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

Às 19 horas do dia 9/11/16, nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado:

Avaliação da existência de pacientes de cheques em Unidade Básica de Saúde

de autoria do(s) aluno(s):
Rinyede de Melo Lemos e Teyneh Domingos de Medeiros

sendo orientados por:
Alberto Ramos

E Co orientador:
Rosenedi Tomaz

Estiveram presentes, os seguintes componentes da Banca Examinadora:
Vladimir Oliveira, Rosenedi Tomaz, Paula Beatriz e o orientador
e o prof. Alberto teve que se ausentar e o Prof. Paulo Samuel e Banco

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora, Professor(a) Orientador(a) sorteou o aluno:
Teyneh Domingos

passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 30 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu APROVAR o trabalho, conferindo a nota final de 8,1. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 9/11/16.

Orientador
Titular 1
Titular 2
Suplente

Alberto Ramos
Vladimir Oliveira
Paula Beatriz

RESUMO

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença crônica, atualmente incurável, com elevada prevalência no país. De acordo com dados do Ministério da Saúde, a prevalência de diabetes autorreferida por adultos com mais de 35 anos no Brasil é 11,7%. Tal condição culmina em sequelas incapacitantes, inclusive mutilantes, com significativa redução da qualidade de vida. Preconiza-se que 80% destes pacientes sejam manejados na rede básica, e portanto, este nível de atenção deve ser otimizado. Visa-se avaliar e descrever o processo e o resultado do cuidado do paciente diabético atendido no nível primário. O estudo tem desenho transversal, no qual foram avaliados os prontuários de todos os portadores da morbidade da Unidade Básica de Tambor I, totalizando 71 pacientes. Os componentes do processo de atendimento foram comparados a padrões recomendados pela Sociedade Brasileira de Diabetes. Os resultados apresentaram predomínio do sexo feminino, na faixa etária acima dos 60 anos e escolaridade desconhecida. Foi considerado que metade dos pacientes apresentaram bom controle metabólico, avaliado pela hemoglobina glicada. O teste de bom controle não apresentou diferença significativa em relação ao sexo, escolaridade, insulino terapia, tempo de diagnóstico ou periodicidade das consultas. A média de hemoglobina glicada alcançada foi 8,2 (\pm 1,9). Houve relação estatisticamente significativa entre aferição do IMC nas consultas e sexo feminino ($p=0,043$). Concluiu-se a UBS atende a proposta de controle da maioria dos pacientes em nível de atenção primária, através de um manejo consciente e adaptado as dificuldades impostas pelo Sistema de Saúde. Contudo, ressalta-se a importância de identificar e melhorar os déficits na assistência aos diabéticos e sobretudo, registrar com exatidão os dados em prontuário. Por isso, é necessária uma constante avaliação do processo do cuidado, visando aumentar a adesão ao tratamento, controle da doença e retardo/prevenção de suas complicações.

Palavras-chave: diabetes; atenção básica; avaliação em saúde.

ABSTRACT

The diabetes mellitus type 2 is a chronic disease, incurable, with highly prevalent around the country. According to the data from the "Ministério da Saúde", the prevalence of self-reported diabetes in adults with more than 35 years old is 11,7%. This illness culminates in disabling disorders, even mutilating ones, and significantly reduces the quality of life of the patients. 80% of the diabetic patients should be treated at the local basic units of health, so this sector of care needs to be well trained and well prepared. The study's goal is to evaluate and describe the diabetic patient care treated at the primary level of health care. It's a cross-sectional study, that evaluated all 71 diabetic's medical records treated at the basic unit "Tambor I". The analysis was made referring to the guidelines from the "Sociedade Brasileira de Diabetes". The results revealed a predominance of the female gender, above 60 years old, with unknown level of school education. The study found that half the patients presents a good metabolic control, which was evaluated by the glycated hemoglobin. There were no relevant differences between gender, school knowledge, time of diagnosis, or time between doctor's appointments. The average of glycated hemoglobin was 8,2 (\pm 1,9). There was statistical significance between the measurement of BMI and female gender ($p= 0,043$). Therefore, the study concludes that the basic unit Tambor I is capable to assist most of the local diabetic population, achieving good control of the disease despite the difficulties of the health care system of the country. However, the study highlights the importance to register, identify and improve the failures at diabetic population care, aiming increase adherence to the treatment of diabetes, disease control, and to retard or prevent its complications.

Keywords: diabetes, basic unit, care evaluation

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	7
3. JUSTIFICATIVA	10
4. OBJETIVOS.....	11
5. METODOLOGIA	
5.1 Desenho do estudo.....	12
5.2 Local do estudo e Período do estudo.....	12
5.3 População do estudo.....	12
5.4 Amostra.....	12
5.5 Critérios de elegibilidade.....	12
5.5.1 Critérios de inclusão e Critérios de exclusão.....	12
5.6 Coleta de dados.....	12
5.7 Processamento e análise dos dados.....	12
5.8 Aspectos éticos e conflito de interesses.....	13
6. RESULTADOS	14
7. DISCUSSÃO	17
8. CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
ANEXO 1 – Ficha para avaliação dos pacientes diabéticos	25

1 INTRODUÇÃO

O DM2 é uma doença crônica de alta prevalência e distribuição global, sendo projetados para 2035 cerca de 471 milhões de casos¹. Diante da relevância do problema, a assistência aos pacientes diabéticos vem ganhando maior enfoque e rigor, especialmente após a publicação de dois estudos clínicos acerca do impacto do controle glicêmico sobre as complicações crônicas do diabetes: os estudos DCCT - Diabetes Control and Complications Trial² e o UKPDS – United Kingdom Prospective Diabetes Study³.

No Brasil, segundo dados do Datasus (Ministério da Saúde) em 2012, a prevalência da doença autoreferida em adultos com mais de 35 anos foi estimada para 11,7% dos habitantes⁴. O DM é um problema de saúde pública com alta morbimortalidade e alto impacto social e econômico no país, em virtude das graves complicações inerentes a altas concentrações de glicose no sangue. No estado da Paraíba, a taxa de mortalidade específica por esta patologia alcança 50,2 casos por 100.000 habitantes⁵, mostrando que o controle desta doença interfere na qualidade e expectativa de vida dos pacientes portadores.

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil lançou, em 2001, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*. Tal plano objetivou reduzir e controlar os fatores de risco, mediante a reorganização da rede de serviços em todos os níveis de complexidade, garantir o acesso aos medicamentos normatizados e incentivar a promoção de estilo saudável de vida, e preconizou que cerca de 80% dos casos de DM tipo 2 deveriam ser assistidos no primeiro nível de atenção⁶.

Portanto, diante da importância das Unidades Básicas de Saúde no controle do DM e da sua proximidade com a comunidade, sendo uma das principais portas de entrada para o SUS, torna-se necessário que esse nível de atenção seja submetido a constantes avaliações acerca da sua efetividade. Sendo assim, neste trabalho visamos avaliar a assistência prestada ao paciente diabético no que tange, principalmente, a prevenção de tais complicações através de medidas de controle da glicemia e diminuição dos fatores de risco, os quais são triados e controlados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo a Associação Americana de Diabetes (ADA), a classificação é composta por quatro grupos: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional⁷. A forma mais prevalente é a DM2, causada por uma interação de fatores genéticos e ambientais que levam a defeitos na ação e secreção da insulina. A fisiopatologia recebe contribuição de fígado, células musculares, adipócitos (lipólise acelerada), trato gastrointestinal (deficiência de incretina), células-alfa (hiperglucagonemia), rim (aumento da reabsorção de glicose) e cérebro (resistência à insulina), os quais, conjuntamente conhecidos como Octeto Ominoso⁸, desempenham papel importante no desenvolvimento da intolerância à glicose. Além disso, as alterações da flora intestinal também estão relacionadas com o desenvolvimento de obesidade e resistência à insulina⁹. Portanto, trata-se de uma doença complexa, em fase de descoberta de sua base fisiopatológica e constantes novidades terapêuticas.

O diagnóstico de DM é dado através de critérios, sendo eles: sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual ≥ 200 mg/dl com confirmação; Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl com confirmação; Glicemia de 2 h pós-sobrecarga de 75 g de glicose ≥ 200 mg/dl; HbA1c $\geq 6,5\%$.

Na prática clínica, a avaliação do controle glicêmico é feita mediante a utilização de dois recursos laboratoriais: os testes de glicemia e os de hemoglobina glicada (HbA1c). As metas do tratamento devem ser individualizadas de acordo com a duração de diabetes, idade/expectativa de vida, comorbidades, doença cardiovascular, complicações microvasculares e hipoglicemia não percebida. Para adultos, a meta de HbA1c é em torno de 7%, glicemia pré-prandial < 100 mg/dl e pós-prandial < 160 mg/dl.

O tratamento medicamentoso deve ser iniciado com monoterapia, sendo a metformina, o fármaco mais utilizado no SUS. Aos pacientes tratados com metformina e que ainda não obtiveram controle glicêmico, pode-se acrescentar sulfonilureia à terapêutica. Os agentes de segunda geração são mais potentes e têm menos efeitos adversos. Para os idosos, a glimepirida e a gliclazida devem ser os medicamentos preferidos, por provocarem menos hipoglicemia em comparação com a glibenclamida. É importante destacar que a glibenclamida não está recomendada no último algoritmo da ADA devido à possibilidade de provocar mais hipoglicemias. A insulino terapia deve ser também indicada quando não se conseguir atingir e manter um controle glicêmico adequado. No entanto, as dificuldades de manuseio e o receio de

hipoglicemias fazem com que frequentemente os médicos não a prescrevam ou adiem a sua recomendação para idosos diabéticos.

American Association of Diabetes Educators (AADE) relata que a construção de comportamentos saudáveis é apropriada para um programa de autogerenciamento do diabetes, servindo como base para pessoas com a doença incorporarem uma alimentação saudável em seu autocuidado e estilo de vida. Educação deve ser prioridade para todos os programas de diabetes. O exercício físico também atua na redução do peso corporal, que, por si só, já reduz o risco de DM2 e auxilia no tratamento do DM de modo geral. A atividade física promove maior capilarização das fibras musculares e melhor função mitocondrial, facilitando o metabolismo glicídico, a sensibilidade dos tecidos à insulina e a captação da glicose sanguínea para os músculos por mecanismos não dependentes de insulina, envolvendo o transportador de glicose 4 (GLUT4).

Com relação à rotina de exames do ponto de vista cardiovascular, recomenda-se no exame físico: avaliação de pressão arterial (PA) em pé e sentado (hipotensão postural) e pulsos periféricos, eletrocardiograma (ECG), teste ergométrico (caso haja alteração no ECG ou suspeita clínica de insuficiência coronariana) e ecocardiograma em casos de hipertensão arterial. A ADA recomenda como meta pressórica valores inferiores a 140x90 mmHg, ou até 130x80 mmHg em pacientes selecionados.

Sobre a retinopatia, o paciente com DM2 deve iniciar screening oftalmológico junto com o diagnóstico do diabetes. O intervalo entre os exames de fundo de olho é anual, podendo ser menor dependendo do grau de retinopatia ou maculopatia encontrada.

A neuropatia deve ser rastreada através de testes neurológicos básicos que envolvem a avaliação de sensibilidade, pesquisa de reflexos tendinosos e medidas de pressão arterial (deitado e em pé) e frequência cardíaca.

A identificação do pé em risco de ulceração requer duas medidas extremamente simples: história clínica e exame dos pés. Deve-se rastrear: deformidades neuropáticas – dedos em garra, proeminência de metatarsos, calosidades, limitação da mobilidade articular e condições dermatológicas- pele seca, rachaduras, unhas hipotróficas ou encravadas, maceração interdigital por micose, alteração da coloração e temperatura (indicando isquemia). O principal exame é o teste do monofilamento de náilon, que detecta alteração de fibra grossa relacionada com a sensibilidade protetora plantar. Os demais testes são: vibração, dor e reflexos. Para

pacientes de baixo risco, recomenda-se a educação do paciente, incluindo aconselhamento sobre o sapato adequado em consulta anual, por uma equipe generalista previamente treinada ou especialista. Histórico de úlcera ou amputação requer consulta com cirurgião vascular para seguimento conjunto a cada 1 a 2 meses.

Com relação à doença renal, o rastreamento deve ser iniciado logo ao diagnóstico do DM. Ele precisa ser anual e basear-se na medida da albuminúria e na estimativa da TFG, através de equações como MDRD e CKD-EPI.

A prevenção é a palavra-chave no manejo do DM, tanto na prevenção primária quanto na de suas complicações agudas ou crônicas (prevenção secundária). Com relação ao DM2, condição na qual a maioria dos indivíduos também apresenta obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia, as intervenções devem abranger essas múltiplas anormalidades metabólicas, o que, além de prevenir o surgimento de diabetes, evitaria também doenças cardiovasculares e reduziria a mortalidade.

Sob esse aspecto, a atenção básica exerce grande destaque no manejo dessa doença, sobretudo a estratégia das equipes de saúde da família, visto que a insuficiente oferta, o consequente atraso nos diagnósticos e a prejudicada acessibilidade aos serviços de saúde no nível da atenção especializada dificultam a resolutividade da assistência ao diabético¹⁰.

Contudo, de acordo com um estudo realizado em Petrolina-PE, através da percepção dos profissionais envolvidos nas Unidades Básicas, a qualidade da assistência básica à DM foi classificada como regular, principalmente pela estrutura, ausência de profissionais treinados, distribuição irregular de medicamentos e falta de referência no nível secundário da atenção¹¹.

Já em Cuiabá-MT, mostra-se um acompanhamento bastante deficiente às pessoas com diabetes na população estudada, apontando para necessidade de revisão da eficácia de registros e educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento¹². Da mesma forma, em Recife-PE, o cenário estimado revela insuficiente a atenção aos portadores de DM, o que impõe a necessidade de revisão das estratégias de assistência, supervisão e controle da sua qualidade¹³.

Sendo assim, a proposta de avaliação das ações realizadas nos serviços de atenção básica do SUS, em especial àqueles prestados aos portadores de condição crônica, é ponto crucial para o planejamento e gestão do sistema, pois orienta as ações de modo a englobar as necessidades do diabético.

3 JUSTIFICATIVA

O Diabetes *Mellitus* é considerado uma epidemia do século XXI, de elevada incidência e prevalência em função do sedentarismo e hábitos alimentares da população mundial. Durante sua evolução clínica, torna o paciente susceptível a diversas complicações: a doença cardiovascular é a primeira causa de mortalidade de indivíduos com DM2; a retinopatia representa a principal causa de cegueira adquirida e a nefropatia uma das maiores responsáveis pelo ingresso a programas de diálise e transplante; o pé diabético constitui grave fator de risco para amputações de membros inferiores. Em função da elevada taxa de morbimortalidade, torna-se um grave problema de saúde pública, oneroso para o sistema.

Por esse motivo, a atenção primária desenvolve papel crucial no manejo da doença, com o objetivo de controlar os níveis glicêmicos e evitar as complicações micro e macrovasculares. Dessa forma, é importante avaliar o papel das Unidades Básicas de Saúde neste cenário, de modo a otimizar o tratamento dos pacientes.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Avaliar a assistência prestada aos pacientes diabéticos na Unidade Básica de Saúde Tambor I.

4.2 Objetivos específicos

Caracterizar os diabéticos assistidos pela UBS Tambor I, traçando o perfil sociodemográfico desta população;

Determinar tempo de diagnóstico, tratamentos aos quais os pacientes estão sendo submetidos e as comorbidades compartilhadas por eles;

Avaliar a qualidade da anamnese através de perguntas que devem ser feitas na consulta ao paciente diabético quanto a fatores de risco e hábitos, como história familiar, tabagismo, prática de atividade física ou orientação dietética e estabelecer a periodicidade dessas consultas;

Avaliar a qualidade do exame físico, o qual deve contar aferição de pressão arterial, circunferência abdominal, índice de massa corporal e exame do pé diabético;

Verificar se os pacientes estão sendo acompanhados através de exames laboratoriais periódicos;

Analisar os serviços de referências, quanto aos encaminhamentos a profissionais especialistas no nível de atenção secundária;

Estabelecer a relação entre controle da doença e variáveis como tipo de tratamento ao qual o paciente está sendo submetido, tempo de diagnóstico, periodicidade das consultas.

5 METODOLOGIA

5.1. DESENHO DO ESTUDO

Propõe-se um estudo observacional transversal de caráter descritivo, analítico, não controlado.

5.2. LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

A ser realizado na Unidade Básica de Saúde Tambor I, na cidade de Campina Grande-Paraíba. O estudo foi finalizado em Outubro de 2016.

5.3. POPULAÇÃO DO ESTUDO

Participaram deste estudo pacientes diabéticos que tenham realizado cadastro ou consulta na UBS, que preencham os critérios de inclusão e não possuam qualquer um dos critérios de exclusão.

5.4. AMOSTRA

A definição do tamanho da amostra foi realizada a partir do programa HIPERDIA da UBS Tambor I, o qual contabilizava 81 pacientes.

5.5. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

5.5.1. Critérios de inclusão

Pacientes que tenham sido ou estejam sendo acompanhados pela UBS e tenham prontuário cadastrado no arquivo da unidade;

5.5.2. Critérios de exclusão

Pacientes que não apresentem dados mínimos necessários registrados no prontuário. Foram excluídos 9 prontuários nesta condição, em virtude de acompanhamento em serviço particular ou nível secundário da saúde pública. Portanto, nesses não foi possível preencher o questionário por ausência de dados. Exclui-se também uma paciente com diagnóstico de Diabetes Tipo 1. Finalizou-se com um total de 71 pacientes.

5.6 COLETA DE DADOS

Foi utilizado um instrumento estruturado constituído de questões fechadas (ANEXO 1). Foi atribuído ao pesquisador verificar as informações coletadas e o correto preenchimento dos questionários.

5.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os parâmetros colhidos foram analisados através do programa EXCELL.

No caso das comparações entre proporções, foi utilizado o teste qui-quadrado. Para todas as análises, foi utilizado um nível de significância de 5%. Destaca-se que para a variável

‘bom controle glicêmico’ foram consideradas duas categorias: HbA1c menor ou igual a 8%, e HbA1c maior que 8%.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS E CONFLITO DE INTERESSE

O estudo respeitou a confidencialidade e o sigilo das informações dos sujeitos da pesquisa, de modo que os dados coletados serviram apenas de números para alimentar o questionário.

Foi analisado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande, sendo aprovado por parecer número 1.789.704 através do registro CAAE: 59324416.5.0000.5182.

Declaro que nenhum dos participantes do desenvolvimento desse estudo apresenta conflito de interesses.

6 RESULTADOS

A distribuição dos participantes com relação às variáveis sociodemográficas (idade, sexo e grau de escolaridade) encontram-se na tabela 1. Foram estudados 71 indivíduos diabéticos entre 37 e 96 anos. Destes, 24 (33,8%) eram do sexo masculino e 47 (66,2%) do feminino. A grande maioria tinha 60 anos ou mais (80,2%), com idade média de 63,69 (\pm 12,2) anos e escolaridade desconhecida (63,4%).

Tabela 1 - Distribuição percentual da amostra de indivíduos com DM2. Campina Grande, 2016.

Variáveis sociodemográficas	n	%
Sexo		
Masculino	24	33,8
Feminino	47	66,2
Faixa etária		
< 60 anos	14	19,7
60 anos ou mais	57	80,2
Escolaridade		
Não consta	45	63,4
Analfabeto	2	2,8
Ensino fundamental completo	19	26,8
Ensino médio completo	5	7,0

Apesar de não ter sido possível abranger todos os 71 pacientes da amostra, pois somente 42 (59,2%) apresentavam registro de nível de HbA1c no prontuário, 21 desses (50%) foram caracterizados como tendo um bom controle glicêmico (HbA1 menor ou igual a 8,0). Na Tabela 2, observamos que não houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os indivíduos com bom controle glicêmico quanto ao sexo ($p = 0,520$), a escolaridade ($p = 0,295$), nem em relação ao tratamento com insulina ($p = 0,624$), periodicidade das consultas ($p = 0,790$) ou tempo de diagnóstico ($p = 0,919$). A HbA1c teve média de 8,2 (\pm 1,9). Houve relação estatisticamente significativa entre aferição do IMC nas consultas e sexo feminino ($p = 0,043$), conforme Tabela 3.

Tabela 2 – Relação das variáveis com o grau de controle glicêmico dos indivíduos com DM2 de Campina Grande, 2016.

Varáveis	Bom controle glicêmico	Mau controle glicêmico	p
Sexo			,520
Masculino	9	6	
Feminino	12	15	
Escolaridade			,295
Não consta	10	12	
Analfabeto	1	1	
Ens. Fundamental	9	4	
Ens. Médio	1	4	
Insulinoterapia	8	8	,624
Periodicidade das consultas			,790
Mensal	4	4	
Semestral	6	6	
Anual	1	0	
Esporádica	10	11	
Tempo de diagnóstico			,919
Menos de 5 anos	5	4	
Entre 5 e 10 anos	8	8	
Mais de 10 anos	8	9	

Tabela 3 – Relação entre aferição de IMC e sexo em DM2 – Campina Grande, 2016.

	Aferição de IMC	Sem aferição de IMC	p
Sexo			
Feminino	32	15	0,043
Masculino	10	14	

Das comorbidades associadas aos diabéticos estudados, destacou-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como a mais frequente, prevalente em 61 (85,9%) indivíduos, seguida da dislipidemia (n=35, 49,3%). Comorbidades psiquiátricas foram encontradas em 17 (23,9%) pacientes, a maioria homem (9), porém estatisticamente não significativo através do teste de Fisher (p=0,078). Das comorbidades decorrentes de complicações crônicas microvasculares, mereceu destaque a amputação de membros por neuropatia diabética, presente em 4 (5,6%) pacientes. Já das complicações macrovasculares, o AVE foi registrado em 5 (7%) prontuários

analisados. Dessa forma, é possível concluir que 12,67% dos diabéticos contemplados pela UBSF de Tambor I já apresentam complicações extremamente graves e debilitantes da doença.

Sobre a periodicidade das consultas, evidenciou-se que 11 pacientes (15,3%) são atendidos na unidade de forma mensal, 14 pacientes (19,4%) semestralmente, 1 (1,4%) anualmente, 46 diabéticos (63,9%) esporadicamente. Do tempo de diagnóstico, tem-se 20 (28,2%) pacientes diagnosticados há menos de 5 anos, 29 (40,8%) por um período entre 5 a 10 anos, e 22 (31%) têm um tempo de diagnóstico superior a 10 anos.

Com relação ao tipo de tratamento, encontrou-se que 23 (32,4%) pacientes portadores de DM2 fazem uso de insulinoterapia. Com relação aos antidiabéticos orais, foram encontrados pacientes em uso de: Metformina (n=49, 69%), Glibenclamida (n=26, 36,5%), Glimepirida (n=1, 1,4%), Clorpropamida (n=1, 1,4%), Glicazida (n=4, 5,6%).

No quesito exame físico, notou-se que 65 (91,5%) pacientes tiveram sua PA aferida; a circunferência abdominal de 43 (60,6%) pacientes foi medida; o IMC calculado em 42 (59,2%) casos; e o exame do pé diabético realizado em apenas 10 (14,1%) diabéticos. O exame mais solicitado dos considerados foi a glicemia de jejum, presente em 65 (91,5%) dos prontuários. Já o menos solicitado, constando em apenas 2 (2,8%) dos registros dos diabéticos, foi a fundoscopia, seguida pela microalbuminúria, anotada somente em 6 (8,5%) dos prontuários. Em contrapartida, exames da função renal como ureia e creatinina, foram solicitados para 61 (85,9%) pacientes, o que permite a estimativa da Taxa de Filtração Glomerular e conseqüentemente, rastreo e acompanhamento da DRD.

Da análise dos encaminhamentos feitos a especialistas relacionados às complicações crônicas e ao controle da doença, a que mais foi solicitada foi a oftalmologia, presente em 29 (40,8%) dos prontuários, seguida por endocrinologia, presente em 24 (33,8%). O mesmo número de encaminhamentos foi realizado ao nutricionista.

No que se refere aos fatores de risco, a história familiar (n=15, 21,1%) e o tabagismo (n=17, 23,9%) foram tópicos pouco questionados na anamnese dos pacientes. Sobre os hábitos, embora 27 (38%) pacientes não pratiquem atividade física ou não conste essa informação em mais 35 (49,3%) prontuários, tem-se que 37 (52,1%) do total de pacientes foram orientados quanto a mudança de hábitos sedentários. No tocante aos aspectos nutricionais, 59 (83,1%) prontuários constaram aconselhamentos sobre a dieta do diabético.

7 DISCUSSÃO

Das características sociais analisadas pelo presente estudo, notou-se a prevalência do sexo feminino. Este dado não é típico da epidemiologia da doença, a qual não apresenta preferência por sexo. Tal achado, portanto, pode refletir uma possível subnotificação da população masculina do Tambor I, visto que os homens procuram postos de saúde com menos frequência do que as mulheres. Outro aspecto de relevância é o envelhecimento da população e a associação deste com doenças crônicas não transmissíveis. Diversos estudos nacionais e internacionais contam com a mesma característica.

Foi evidenciada uma problemática relevante quanto ao baixo grau de escolaridade apresentado pelos pacientes, pois o manejo de seu tratamento, no tocante à administração de medicamentos, ajuste de dose, aplicação correta de insulina, dentre outros aspectos, requer um nível apropriado de instrução do diabético e se torna de suma importância para o médico conhecer esse dado, afim de otimizar e adequar suas orientações, objetivando tornar o tratamento mais fácil e confortável possível para o doente.

Quanto às comorbidades analisadas, a relação entre diabetes e HAS pode ser justificada pela frequente associação existente entre tais doenças, uma vez que grande parte destes pacientes já se encontram hipertensos ao diagnóstico do diabetes e pelo fato de ambas serem precipitadas por fatores ambientais semelhantes como hábitos alimentares, sedentarismo, obesidade. Contudo, a maior incidência da HAS nesses pacientes diabéticos em relação às outras comorbidades analisadas pode também ser explicada pelo fato de a aferição da Pressão Arterial (PA) ter sido o item do exame físico mais realizado pela triagem nesses pacientes, o que levaria a um diagnóstico de HAS mais frequente do que as outras doenças rastreadas, cujos métodos diagnósticos são mais elaborados.

A relação encontrada no estudo entre diabetes e dislipidemia era esperada, uma vez que a hiperglicemia não é apenas implicada na apoptose de células beta do pâncreas, ela determina também o grau de acúmulo de LDL oxidadas, o que aumenta o risco cardiovascular destes pacientes, e caracteriza essa doença como uma comorbidade importante de ser rastreada na população diabética. É digno de nota para estudo que o perfil lipídico, segundo dados coletados, foi o exame laboratorial mais solicitado para os diabéticos da UBSF de Tambor I, excetuando-se a glicemia.

A análise dos transtornos psiquiátricos apresentou um dado amplamente corroborado pela literatura. Depressão e ansiedade agravam os transtornos alimentares e são por eles intensificados, gerando um ciclo vicioso. Distúrbios de personalidade como bipolaridade e esquizofrenia são mais frequentes quase que o dobro em diabéticos comparados a população geral. Isso exige uma acurada atenção ao cuidado multiprofissional do diabético, posto que fatores psicossociais favorecem instabilidade postural, quedas, desmotivação e baixa aderência ao autocuidado, sendo portanto, associados a um maior risco de complicações do diabetes. Com relação a diferença entre os sexos, uma metanálise de 42 estudos¹⁴ não confirmou a preferência da comorbidade por um dos gêneros, em concordância com este estudo.

Sobre as complicações microvasculares encontradas, em especial as amputações encontradas na população em estudo, pode-se entender, à princípio, que há uma baixa qualidade de vida para a população acometida pela doença. Em um modelo hipotético de população criado pelas Diretrizes da SBD, para um total de 7,2 milhões de portadores de DM2 no Brasil, haveria a efetuação de 80.900 amputações, gerando um percentual de 1,12% da população diabética com esta seqüela debilitante. No estudo, foi encontrado um percentual de 4%, valor 3,5 vezes maior, o que pode estar associadas a fatores como receio do paciente em procurar assistência para o cuidado de ulcerações, dificuldades no transporte dos pacientes da localidade para realização de curativos adequados de lesões em membros inferiores, a falta de conscientização sobre a importância sobre o cuidado com os pés. É importante citar que o exame do pé diabético foi descrito no prontuário de apenas 10 (14,1%) pacientes e a UBS não conta com teste do microfilamento, mostrando um problema tanto na estrutura quanto na equipe de saúde com relação ao manejo do pé.

No tocante à periodicidade das consultas, segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, preconiza-se a avaliação da glicemia de jejum e hemoglobina glicada de pacientes diabéticos de duas a quatro vezes ao ano, podendo variar de acordo com o quadro clínico, modificações no tratamento e presença de fatores de risco cardiovasculares. Desta forma, para um acompanhamento ideal desta doença crônica, a periodicidade de consultas deveria ser, no mínimo, semestral para acompanhamento de tais exames. Assim sendo, de acordo com os dados coletados, a assistência para 46 (64,8%) pacientes está aquém da periodicidade mínima preconizada pelas atuais diretrizes.

Todavia, ao analisar em conjunto a avaliação do controle glicêmico com a HbA1c dos prontuários que apresentavam tal registro, foi observado um bom controle glicêmico em 21 (50%) pacientes, demonstrando que apesar da periodicidade preconizada nsim sendo, de

acumprida, a competente intervenção médica nas consultas realizadas e as decisões tomadas são efetivas para o controle da doença da maioria dos contemplados pela UBSF de Tambor I. A média de HbA1c encontrada teve valor inferior a de outros estudos nacionais¹⁵.

De acordo com a ADA, metas HbA1c menos rigorosas (como 8%) pode ser apropriada para pacientes com história de hipoglicemia grave, expectativa de vida limitada, complicações microvascular ou macrovascular, comorbidades, diabetes de longa data ou em quem as metas são difíceis de atingir, apesar da educação, acompanhamento e tratamento com múltiplos agentes hipoglicemiantes. Em conformidade, a SBD cita que idosos com condições clínicas mais complexas podem alcançar uma HbA1c < 8%. Como a média de idade da população estudada foi de 63 anos, com a maioria com mais de 5 anos de diagnóstico e múltiplas comorbidades, estabeleceu-se como ponto de corte para bom controle glicêmico HbA1c < 8%.

Quanto ao tratamento, a prevalência de insulino terapia mostra-se superior à média nacional de 17,5%¹⁶ e àquela de 20% encontrada em UBS no Rio Grande do Sul¹⁷. Portanto, é revelada uma alta taxa de intervenção médica na assistência dos doentes da UBS Tambor I, uma vez que este tratamento exige um manejo diferenciado por parte da equipe de saúde e do paciente através da elaboração de um plano inicial e sucessivos ajustes no esquema. De acordo com a ADA, para pacientes com DM2 que não estejam atingindo as metas glicêmicas, a insulino terapia não deve ser retardada. Os provedores devem evitar usar a ideia do uso de insulina como uma ameaça ou descrevendo-a como uma falha ou punição.

Contudo, a insulino terapia apresenta-se como um verdadeiro desafio para o médico e o paciente. A maior complexidade deste tratamento consiste na superação de algumas barreiras por parte do usuário: medo de dor da injeção, inconveniência do armazenamento ou transporte da insulina e interferência no cotidiano, desconhecimento de efeitos colaterais como hipoglicemia e ganho de peso, sensação de fracasso ou culpa. Por parte do profissional, exige-se maior tempo e dedicação principalmente para educar (modo e local de aplicação, rodízio, armazenamento e manuseio da insulina, higiene), titular dose e horários, prevenir hipoglicemias. Segundo a SBD, de modo geral, no paciente com DM2, a utilização da insulina é menos frequente do que deveria e seu início tende a ser tardio.

Sobre os hipoglicemiantes orais, o resultado obtido foi concordante com a literatura, uma vez que a metformina deve ser a base do tratamento oral, salve intolerância e contraindicações, seguida pelas sulfonilureias, medicamentos disponíveis na UBS e mais acessível para população de baixa renda.

No quesito exame físico, considerou-se tal ponto, de um modo geral, inadequado para os portadores de DM2. Ainda assim, houve relação estatisticamente significativa entre sexo feminino e aferição do IMC nas consultas. Embora não se possa determinar uma causalidade entre essa variável e o desfecho, entende-se que o cálculo utilizando o peso e altura do paciente pode significar uma maior atenção dada a estas que foram examinadas, maior tempo de contanto entre médico e doente, resultado de uma procura maior por atendimento.

Sobre os exames solicitados, é importante observar que não foi levado em consideração a frequência ideal de solicitação desses exames para avaliação adequada das comorbidades e complicações associadas ao DM de acordo com as evidências uma vez que nenhum dos prontuários apresentou registro de solicitação desses exames na regularidade preconizada pelos protocolos vigentes. Diante de tais resultados, surge o viés relacionado ao registro, o qual traz a dúvida da solicitação sem descrição no prontuário ou ausência de solicitação, compreendendo uma falha por parte da equipe de saúde da UBS, ou da solicitação acompanhada de dificuldade de marcação de exames. Particularmente em Campina Grande, há uma dificuldade através da Secretaria de Saúde para autorização e encaminhamento desses pacientes aos centros laboratoriais credenciados, os quais realizam quantidade limitada de exames por mês.

Em relação à problemática encontrada pelo estudo sobre os encaminhamentos, a causa dos poucos registros pode ser associada à dificuldade de marcação de consulta com especialista; ou ainda, residir no fato de a consulta ser realizada adequadamente, porém o paciente não receber o laudo com o resultado do exame para entregar na UBS (contrarreferência); o paciente, inclusive, pode até conseguir a consulta, realizar o exame, trazer contrarreferência, porém esta não ser anexada ao prontuário na UBS por falha do médico assistente. Apesar de 29 (40,8%) pacientes terem sido encaminhados ao oftalmologista, apenas 2 destes trouxeram o resultado da fundoscopia e este foi anotado no prontuário. Assim, não se pode considerar falha da equipe de saúde da UBS ou falta de acompanhamento adequado da doença, visto que existe outros fatores independentes do serviço prestado a serem considerados.

Esperava-se que o maior número de encaminhamentos tivesse sido feito ao endocrinologista, especialidade esta com maior aptidão e propriedade para conduzir transtornos das glândulas endócrinas como o pâncreas. Porém, o número de consultas oftalmológicas superior pode estar relacionado às manifestações clínicas mais aterradoras e limitantes como perda da acuidade visual e cegueira precoce, levando o paciente a valorizar mais esses sintomas e gerando assim maior número de encaminhamentos. Os resultados mostraram também que nenhum dos prontuários apresentou encaminhamento para o nefrologista. Sabendo-se que os

pacientes portadores de DM2 devem ter sua Taxa de Filtração Glomerular acompanhada, e se reduzida ao estágio III (<60ml/min), avaliada pelo nefrologista.

História familiar e tabagismo foram tópicos pouco questionados na anamnese dos pacientes, o que representa um lapso semiológico, posto que a associação do diabetes ao tabagismo eleva o risco cardiovascular e tanto na prevenção primária como secundária da doença é necessária a cessação do ato de fumar. Por sua vez, o histórico familiar da doença exalta o caráter genético da patologia, otimizando recrutamento de possíveis doentes ainda não diagnosticados na família e promovendo mudanças precoces no estilo de vida de familiares em risco.

Sabe-se que o estabelecimento de um plano alimentar para controle do DM associado a mudanças no estilo de vida, incluindo a atividade física, são consideradas terapias de primeira escolha no tratamento do diabetes. O elevado percentual de registros sobre a terapia nutricional dos pacientes demonstra uma eficiente atuação da equipe de saúde na educação desses pacientes, aliado ao fato do nutricionista ter sido um dos profissionais de saúde com maior número de encaminhamentos na UBS. O mesmo sucesso não foi visto com relação ao combate do sedentarismo, mostrando uma dificuldade tanto na orientação quanto na adesão por parte dos diabéticos.

Por fim, os bons achados do controle glicêmico registrados nos prontuários representam mérito da equipe multiprofissional e dos pacientes, que apesar das dificuldades encontradas no manejo da doença, na adesão ao tratamento e no sistema de saúde, tornam possível alcançar o controle da doença e a prevenção de suas complicações. O grande viés do nosso estudo é o fato de ele ser realizado através de coleta de dados registrados em prontuários e por existir uma grande falha dos profissionais de modo geral em registrar de forma completa os dados pessoais de pacientes, solicitação de exames, resultados destes, condutas e programações de seguimento dos pacientes, é possível que a situação do diabético de Tambor I pode estar melhor do que aquela que apontam as estatísticas.

8 CONCLUSÃO

Sabe-se que existe vários entraves para a implantação efetiva das doutrinas preconizadas pelo SUS, em especial à nível de atenção básica. Ausência de profissionais, falta de condições adequadas de trabalho, falta de insumos, dificuldades de atendimento e marcação de consultas, solicitação de exames, dentre outros. Para o paciente portador do diabetes, essas problemáticas são agravadas pela necessidade dessa população de um atendimento especializado multiprofissional, com equipe de saúde em constante capacitação, médicos bem atualizados, acesso a especialistas, realização de exames mais elaborados e disponibilidade de medicamentos adequados, o que por muitas vezes torna-se caro para o sistema e para o paciente.

Entretanto, apesar das inúmeras adversidades e de algumas falhas compreensíveis na aplicação do cuidado ao diabético preconizado pelas diretrizes, o presente estudo mostrou um manejo consciente por parte da equipe de saúde e uma dedicação mútua entre profissionais e pacientes na complexa missão que é atingir as metas de controle glicêmico e prevenir as complicações.

Portanto, sabendo que 80% dos diabéticos devem ser conduzidos à nível de atenção básica, conclui-se que a UBS Tambor I em Campina Grande-PB cumpre seu papel ao manter controlada metade da população dos diabéticos assistidos. Contudo, é necessário realizar constantes avaliações dos serviços prestados nesse âmbito, no intuito de enaltecer os êxitos, apontar falhas, e sugerir medidas que visem sempre atingir o controle da doença, e o convívio do paciente com esta, usufruindo de autonomia e da melhor qualidade de vida possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MILECH, Adolfo et. al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). Organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. ISBN 978-85-8114-307-1.
2. DCCT Research Group. Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). 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.* 329:977-986, 1993.
3. UK Prospective Diabetes Study Group: intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. *Lancet.* 352:837-853, 1998.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Data SUS. Taxa de prevalência de diabetes mellitus. [Acesso em 2016 Out 13]. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb1998/fqd09.htm>.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e IBGE. Brasília, DF, 2011.
- 6,12. TAVARES, Venâncio de Sant'Ana et al. Quality evaluation of diabetes mellitus care in Family Health Centers, Petrolina, Pernambuco, 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, v. 23, n. 3, Sept. 2014.
7. Standards of Medical Care in Diabetes – 2016. American Diabetes Association.
8. DE FRONZO, RA. From the Triumvirate to the Ominous Octet: A New Paradigm for the Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes.* 2009;58(4):773-795. doi:10.2337/db09-9028.
9. CARICILLI, AM, Picardi PK, de Abreu LL, Ueno M, Prada PO, Ropelle ER, et al. (2011) Gut Microbiota Is a Key Modulator of Insulin Resistance in TLR 2 Knockout Mice. *PLoS Biol* 9(12): e1001212. doi:10.1371/journal.pbio.1001212

- 10, 13. PONTES, Juliana Leão. Assistência ao portador de Diabetes Mellitus na rede pública: o caso do Distrito Sanitário III, Recife-PE, 2008-2010, 2011. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.
12. SILVEIRA, Jorge Augusto Alves et al. Características da assistência à saúde a pessoas com Diabetes mellitus acompanhadas na Unidade de Saúde da Família Pedregal II, em Cuiabá, MT: reflexões para a equipe de saúde. *O mundo da Saúde*, São Paulo: 2010; 34(1):43-49.
14. ANDERSON, Ryan J. et al. The Prevalence of Comorbid Depression in Adults With Diabetes. *Diabetes Care* 24.6 (2001): 1069-1078.
15. TORRES, Heloisa Carvalho; Pace, Ana Emilia; Stradioto, Mayra Alves. Análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo 2 e sua relação com o autocuidado. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v. 15, n. 1, mar. 2010. ISSN 2176-9133.
16. VIEIRA, Pedro Felipe Couto. Utilização de insulina para tratamento de diabetes no Brasil. 2016. [88] f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)—Universidade de Brasília, Brasília, 2016.
17. GRILLO, Maria de Fátima Ferreira; Gorini, Maria Isabel Pinto Coelho. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 60, n. 1, p. 49-54, Feb. 2007 .

ANEXO I – Ficha para avaliação da assistência aos diabéticos

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

1. Idade
2. Sexo a)M b)F
3. Escolaridade (quantidade de anos frequentados na escola)
4. Comorbidades a)HAS b)Dislipidemia c)Cardiopatia d)Artropatia e)Doença mental
f)Tireoidopatia e)outros

DIABETES

5. Tipo de diabetes a)tipo 1 b)tipo 2
6. Tempo de diagnostico a)menor que 5 anos b)5-10 anos c)maior que 10 anos
7. Tratamento a)insulina b)medicações hipoglicemiantes orais b1)metformina b2)glibenclamida c)outros
8. Periodicidade das consultas a)mensal b)semestral c)anual d)esporádica

EXAMES

9. Aferição de PA, IMC, CA nas consultas a)sim b)não
10. Glicemia de jejum a)sim b)não
11. Hemoglobina glicada a)sim b)não
12. Exame do pé diabético a)sim b)não
13. Microalbuminúria a)sim b)não
14. EAS a)sim b)não
15. Função renal (Ureia, creatinina) a)sim b)não
16. Fundoscopia a)sim b)não

17. ECG a)sim b)não

18. Perfil lipídico a)sim b)não

HÁBITOS/FATORES DE RISCO

19. História de tabagismo a)sim b)não

20. Historia familiar de DM a)sim b)não

21. Pratica de atividade física (30 minutos 3x semana) a)sim b)não c)atividades domésticas/trabalho

22. Orientação para pratica de atividade física a)sim b)não

23. Orientação dietética/accompanhamento nutricional a)sim b)não

24. Visita domiciliar aos pacientes restritos a)sim b)não

REFERÊNCIAS

25. Número de encaminhamentos aos especialistas a)endocrinologista b)nutricionista c)cardiologista d)nefrologista e)oftalmologista f)neurologista g)outros