



Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB

Especialização em SAÚDE DA FAMÍLIA - MODALIDADE A DISTÂNCIA
-
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA - UNA-SUS

**Como buscar ativamente pacientes com
sintomas de Diabetes Tipo 2,
sem diagnóstico?**

Diego Rosseman Vieira

Orientadora: Dra. Martha Suemi Sakashita

São Paulo
Fevereiro / 2015

1. Introdução (Problema e Justificativa):

É sabido, de uma maneira geral, que o Diabetes Mellitus (DM) tem sua prevalência e incidência se apresentando de maneira cada vez mais crescente, o que faz aumentar de maneira conjunta o risco cardiovascular da população. Estima-se que haverá em torno de 300 milhões de casos no mundo até o ano de 2030, mais do que o dobro de casos de 20 anos atrás: uma “epidemia”. Existem vários fatores contribuintes para essa realidade, dentre eles o aumento dos índices de obesidade e sedentarismo, o próprio envelhecimento da população, com maior sobrevida após diagnóstico, além das próprias relevâncias geográficas e genéticas, somados a melhoria dos métodos diagnósticos, mais inclusivos ao longo dos tempos.^{1,2} Apesar de, atualmente, o DM estar sendo cada vez mais diagnosticado em crianças e adolescentes,³ grande parte dos diagnósticos acontece durante a idade economicamente ativa dos pacientes. Isso torna a doença uma grande causa de déficit econômico, tanto por uma possível interrupção precoce da contribuição econômica do paciente, quanto pelos gastos dos sistemas de saúde, já que a doença é crônica com importante morbimortalidade causada pelo próprio DM e suas complicações graves. Além disso, há ônus emocional para o paciente e seus familiares, ao lidarem com essa doença ou suas complicações.²

Mais de 90% dos casos de DM são classificados como Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), relacionado a problemas na secreção e ação da insulina. A doença pode ser considerada como a interação de vários fatores, levando em consideração a própria predisposição genética do paciente, e fatores ambientais, neste caso, principalmente relacionados ao estilo de vida.⁴ A maioria dos pacientes apresentam mais de 40 anos de idade e são obesos, ou apresentam sobrepeso. A sua abordagem depende de um monitoramento assíduo, de uma estratégia farmacológica otimizada para cada tipo de paciente, bem como de mudança do estilo de vida, buscando atuar no controle dos fatores de risco cardiovascular.² A prática regular de exercícios físicos e o seguimento de um plano nutricional é a base do tratamento de todos os pacientes.^{1,5} Dentre as várias classes de medicações antidiabéticas, incluem-se: Metformina, Sulfoniluréias, Glinidas, Tiazolidinodionas, Inibidores da DPP-4 (Dipeptidil Peptidase 4), Agonistas do GLP-1 (Glucagon-like Peptide-1), além da própria Insulina, cada uma com sua aplicação específica.⁶ Ainda, as cirurgias bariátricas, originalmente intencionadas para o tratamento de Obesidade Mórbida, mostraram ótimos resultados no controle glicêmico de pacientes com DM2 associado a obesidade.⁷ Quando se trata de atenção básica, uma intervenção centrada na pessoa se torna quase mandatária, levando em conta as preferências, os valores e as necessidades individuais de cada usuário, o que certamente pode aumentar a adesão ao tratamento.⁸ Tais medidas visam, principalmente, reduzir as chances de complicações a curto e longo prazo do DM2.^{1,3}

As recomendações atuais da American Diabetes Association (ADA) e da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), incluem o Rastreamento da doença, através de exames periódicos, em pacientes assintomáticos, com sobrepeso ou obesidade, na presença de fator(es) de risco (sedentarismo, parente de primeiro grau com DM, etnias com maior risco [afro-americanos, latinos, americanos nativos, etc.], mulheres

com história de Diabetes Gestacional ou que deram a luz a bebê macrossômico, hipertensos, dislipidêmicos [HDL < 35mg/dL ou Triglicerídeos > 250mg/dL], mulheres com Síndrome dos Ovários Micropolicísticos, história de evento cardiovascular, etc.); ou ainda na ausência de fatores de risco, em pacientes com idade maior de 45 anos.⁹ Dependendo dos resultados do rastreio, os pacientes serão submetidos a complementação da investigação diagnóstica, por outros exames ou repetição dos mesmos, a fim de se buscar o Diagnóstico definitivo, ou classificar tais pacientes em Pré-diabéticos (Intolerância a Glicose ou Glicemia de Jejum Alterada). A confirmação diagnóstica, por sua vez, se dá com: 1) Glicemia casual > 200mg/dL com sintomas de Diabetes; 2) Glicemia de Jejum > 126mg/dL; 3) Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75g de glicose > 200mg/dL; e 4) HbA1C > 6,5% ou entre 5,7 e 6,4% em pacientes sintomáticos.²

Alguns pacientes podem deixar de realizar o rastreio, evoluindo para doença assintomática, isto é, silenciosa, com grandes riscos de complicações macrovasculares (acidentes vasculares encefálicos, síndromes coronarianas, etc.) e microvasculares (retinopatia, nefropatia, neuropatia, etc.).^{1,2} Especialmente na Atenção Básica, em que muitos pacientes sofrem com a falta de acesso aos Sistemas de Saúde, uma busca ativa por pacientes sintomáticos poderia adiantar seus Diagnósticos. As orientações acerca dos riscos cardiovasculares já fazem parte da rotina das Equipes de Saúde de Família, através de atividades educacionais individuais ou coletivas, identificação dos fatores de risco, o próprio rastreio, já citado, para os assintomáticos, entre outras atividades.¹⁰ Porém, uma estratégia mais objetiva faz-se necessária, a fim de obtermos mais diagnósticos corretos, culminando com tratamentos cada vez mais precoces e com melhores resultados a curto e longo prazo. Assim, conseguiríamos reduzir os riscos de se desenvolverem complicações, ou ao menos atrasar esse infeliz desfecho.⁴

Em São Paulo, na Zona Norte da capital, há a Unidade de Saúde da Família da Vila Penteado, onde se baseia o presente Projeto de Intervenção. A Unidade conta com sete Equipes de Saúde da Família, cada uma atendendo uma população ao redor de 4000 usuários. Uma das áreas da unidade possui mais de 140 pacientes cadastrados como Diabéticos (dados do SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica). Muitas vezes, chegam a consulta com queixas isoladas de polifagia, cansaço, além das clássicas poliúria, polidipsia e/ou emagrecimento não intencionado.² Tais pacientes apresentam riscos elevados de já apresentarem neste momento, alguma das possíveis complicações, as quais temos o objetivo de evitar, com um diagnóstico precoce e tratamento adequado.^{2,10} O ideal seria, adicionalmente ao rastreio, fazer-se uma “busca ativa” de tais pacientes sintomáticos, que obteriam muito benefício.

O presente trabalho tem como proposta um método de identificação dos sintomas mais exuberantes do DM2, orientando alguns selecionados pacientes a serem encaminhados a uma consulta médica, na qual seria solicitado seu perfil glicêmico. O objetivo é o diagnóstico cada vez mais cedo de DM2, com conseqüente tratamento mais adiantado, e diminuição importante da morbimortalidade dessa doença nos usuários.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

-Diminuir a Morbimortalidade causada pelo DM2, bem como por suas complicações potencialmente graves.

2.2 Objetivos Específicos

-Identificar precocemente casos de DM2 ainda não diagnosticados;

-Aumentar o conhecimento da população a respeito do DM2;

-Instituir correto tratamento para os casos novos de DM2, diminuindo a incidência de suas complicações.

3. Revisão de Literatura

O Diabetes é um grupo de doenças que cursa com altos níveis de glicemia, podendo evoluir com complicações vasculares, seguidas de insuficiência e disfunção de vários órgãos. Pode ser classificado de acordo com a sua etiologia, relacionada a disfunção do hormônio Insulina, tanto na sua secreção quanto na sua ação.^{2, 10}

A classificação inclui:^{2, 9, 10}

- Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1): relacionado a destruição de Células Beta do Pâncreas, geralmente levando a deficiência total de Insulina;
- Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2): num contexto de resistência insulínica, há ainda um defeito progressivo da secreção desse hormônio;
- Diabetes Mellitus Gestacional (DMG): intolerância variável a glicose, diagnosticada durante a gestação, desde que não preencha critérios para DM prévio;
- Outros tipos de DM: defeitos genéticos nas Células Beta Pancreáticas; Doenças do Pâncreas Exócrino; Pancreatites por Intoxicação, etc.

O Diagnóstico depende de exames laboratoriais, que demonstram a falha na homeostase do controle glicêmico. Tais exames levam a classificação dos pacientes num espectro, que varia entre Glicemia de Jejum Alterada (valores de Glicemia de Jejum anormais, mas inferiores aos exigidos para diagnóstico de DM – entre 100 e 126 mg/dL), Tolerância diminuída a Glicose (valores alterados de glicemia, no estado de pós-sobrecarga durante o Teste Oral de Tolerância a Glicose – entre 140 e 200mg/dL), até o Diabetes Mellitus propriamente dito (valores de glicemia maiores que 126mg/dL, ou confirmado com glicemia no estado de sobrecarga maior que 200mg/dL, pacientes sintomáticos com glicemia casual acima de 200mg/dL, ou ainda valores de Hemoglobina Glicosilada A1C acima de 6,5% ou 5,7% para os sintomáticos).^{2, 9, 10}

Além disso, o Rastreamento para pacientes assintomáticos vem sendo pregado pelas principais sociedades médicas no mundo, visando diagnóstico cada vez mais precoce. Para o rastreamento, prioriza-se pacientes com fatores de risco para DM (obesidade e sedentarismo, história familiar da doença, comorbidades como Hipertensão ou Dislipidemia, história de DMG ou bebê macrossômico, etc.), ou pacientes com idade maior que 45 anos.^{1, 2, 3, 4, 9, 10}

A partir do diagnóstico, tratamento individualizado deve ser prontamente instituído, visando controle glicêmico adequado. Além disso, deve ser pesquisada a presença de comorbidades e possíveis complicações.⁹ As estratégias variam de acordo com o entendimento do próprio paciente acerca de sua doença. O benefício é ainda maior quando o paciente é acompanhado por equipe multidisciplinar, incluindo médico, enfermeiro, nutricionista, educador físico e profissionais de saúde mental, principalmente, especializados em diabetes.^{8,9}

A mudança no estilo de vida, através de dieta e atividade física vem a ser um dos pilares desse tratamento. A perda de peso está associada a otimização da homeostase glicêmica, nos casos de DM2. Além disso, pode ser benéfico para outras comorbidades, como Hipertensão e Dislipidemia, contribuindo ainda para diminuição do risco cardiovascular.^{2, 5, 9}

Tratamento medicamentoso inclui vários tipos de drogas, com diferentes mecanismos de ação. Dentre os principais, temos:^{2,6}

- Sulfoniluréias – Aumentam a secreção de Insulina. Exemplos: Clopropamida, Glibenclamida, Glicazida, Glimepirida, etc.
- Glinidas – Aumentam a secreção de Insulina. Exemplos: Repaglinida, Nateglinida;
- Biguanidas – Reduz a produção hepática de glucose, além de melhorar a sensibilidade periférica da ação da insulina. Exemplo: Metformina;
- Inibidores da Alfa glicosidase – Retardam a absorção dos carboidratos. Exemplo: Acarbose.
- Glitazonas – Aumentam a sensibilidade periférica da ação da Insulina. Exemplo: Pioglitazona
- Inibidores da DPP-IV – Aumento dos níveis de GLP-1, com aumento da secreção de Insulina e diminuição da secreção de Glucagon. Exemplo: Sitagliptina
- Miméticos e Análogos do GLP-1 – Efeito semelhante aos inibidores da DPP-IV. Exemplo: Exenatida

A Cirurgia Bariátrica vem se mostrando uma terapia efetiva e segura, para os casos relacionados a obesidade, principalmente associados a comorbidades, e que já falharam no tratamento clínico. Após a cirurgia, há um bom controle glicêmico, devendo o paciente ser mantido sob acompanhamento multiprofissional.⁷

A epidemia de Obesidade também vem sendo responsável pelo grande aumento do número de casos de DM2, inclusive em crianças e adolescentes.^{3,4} Associada a predisposição genética, o acúmulo de gordura corporal, juntamente com o sedentarismo pode favorecer o aparecimento dessa morbidade.^{2, 10}

Esse aumento da incidência vem se tornando um desafio para a saúde pública em vários países, principalmente nos países em desenvolvimento; no Brasil, a preocupação não é diferente.^{2,10} Infinitos esforços são empregados a fim de fazer diagnósticos cada vez mais precoces, a fim de instituir-se tratamento adequado. Dessa maneira diminui-se a chance de evolução para as complicações Macrovasculares (acidentes vasculares encefálicos, síndromes coronarianas, etc.) e Microvasculares (retinopatia, nefropatia, neuropatia, etc.), contribuindo para melhoria da qualidade de vida de todos os pacientes.^{2, 10}

4. Metodologia

O presente projeto se baseia na percepção subjetiva de uma necessidade de identificar casos não diagnosticados de DM2. Através de um questionário simples, buscaríamos identificar sintomas mais exuberantes de DM2 – já citados como: **poliúria, polidipsia, hiperfagia, fadiga e emagrecimento não intencionado**. A cada um destes sintomas seria atribuído um ponto, de modo a formar um *score*, variável de zero a cinco pontos. Os pacientes que obtivessem *score* maior ou igual a três pontos seriam encaminhados a consulta médica, para avaliação de seu perfil glicêmico para possível diagnóstico.

4.1 Cenário e Sujeitos da Intervenção

Em territórios adscritos a Estratégia Saúde da Família, principalmente os de maior vulnerabilidade social, que poderiam sofrer com falta de acesso aos serviços de saúde. A intervenção funcionaria como mais uma “porta de entrada” para o usuário, contribuindo para maior Integralidade da Atenção a Saúde. O questionário poderia ser realizado pelos próprios Agentes Comunitários de Saúde (ACS), durante suas rotineiras visitas aos domicílios. Os agentes seriam capacitados, durante a própria educação permanente, acerca da doença e sua sintomatologia, a ser buscada.

4.2 Procedimentos da Intervenção – Estratégias e Ações

O questionário seguiria o seguinte modelo:

Nome do Usuário:			Total
	SIM	NÃO	
Poliúria	()	()	
Polidipsia	()	()	
Emagrecimento	()	()	
Hiperfagia	()	()	
Fadiga	()	()	
Total de pontos			

A partir da identificação desse *score* com pontuação maior ou igual a 3 pontos, de acordo com a sintomatologia, o usuário teria agendada uma consulta médica, na qual seriam solicitados exames séricos de Glicemia de Jejum e Hemoglobina Glicosilada A1C, seguindo os critérios diagnósticos já tão debatidos pela ADA ou SBD. Tratamento individualizado seria instituído, visando controle dos níveis glicêmicos de maneira precoce.

4.3 Avaliação e Monitoramento

A avaliação se daria através da contabilização dos dados do SIAB, pela variação do número de Diabéticos cadastrados no sistema, além do número de internações relacionadas a doença do DM2, ou da própria incidência de suas complicações.

A Equipe de Saúde da Família, de posse de tais dados, pode monitorar o desenvolvimento dessa intervenção, durante as reuniões, inclusive utilizando-os para melhor planejamento de ações no âmbito do HIPERDIA.

5. Resultados Esperados

Com a busca ativa, poderíamos realizar muitos diagnósticos de maneira mais precoce, além de aumentarmos o nível de conhecimento da população a respeito do DM2. Queixas relacionadas a essa morbidade teriam atenção individualizada, com tratamento precoce. Espera-se, assim, evitar a progressão do DM2, para formas mais avançadas.

Por fim, com mais conhecimento acerca de sua condição, o diabético teria maior adesão ao tratamento, com menores chances de desenvolvimento das complicações do DM2, contribuindo para melhor qualidade de vida e Promoção a Saúde.

7. Referências

1. Pottie L, et al. **Recommendations on screening for type 2 diabetes in adults.** CMAJ. Oct 16, 2012; 184(15): 1687–1696. PubMed; PMCID: PMC3478353
2. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014.** Sociedade Brasileira de Diabetes; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. Disponível em: <http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/342--diretrizessbd.pdf>
3. Reinehr T. **Type 2 diabetes mellitus in children and adolescents.** World J Diabetes. Dec 15, 2013; 4(6): 270–281. PubMed; PMCID: PMC3874486
4. Projeto Diretrizes [Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina]. **Diabetes Mellitus Tipo 2: Prevenção.** [Autoria: Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, Sociedade Brasileira de Pediatria, Associação Brasileira de Nutrologia, organizado por Lima JG, et al.] São Paulo: AMB, 2011. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes10/diabetes_mellitus_tipo_2_prevencao.pdf
5. Colberg SR. **Exercise and Type 2 Diabetes: The American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement.** Diabetes Care. Dec 2010; 33(12): e147–e167. PubMed; PMCID: PMC2992225
6. Qaseem A, et al. **Oral Pharmacologic Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians.** *Ann Intern Med.* 2012;156(3):218-231.
7. Dixon JB, Zimmet P, Alberti KG, Rubino F. **Bariatric surgery: an IDF statement for obese Type 2 diabetes.** Diabet Med. Jun 2011; 28(6): 628–642. PubMed; PMCID: PMC3123702
8. Inzuchi SE, et al. **Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach: Position Statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD).** Diabetes Care. Jun 2012; 35(6): 1364–1379. PubMed; PMCID: PMC3357214
9. **Standards of Medical Care in Diabetes—2012.** American Diabetes Association. Diabetes Care. Jan 2012; 35(Suppl 1): S11–S63. PubMed; PMCID: PMC3632172
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).