



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**LEVANTAMENTO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA CIDADE DE
SANTA ALBERTINA-SP**

Polyana Queiroz Alvarenga

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade Federal de São Paulo para ob-
tenção do Título de Especialista em Saúde da
Família.**

Orientador: Antônio Carlos Frias

**São Paulo
2016**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 OBJETIVOS	6
2.1 Geral	6
2.2 Específico(s)	6
3 METODOLOGIA	7
4 RESULTADOS	8
5 CRONOGRAMA	13
6 CONCLUSÃO	14
7 REFERÊNCIAS	15
8 ANEXOS	17

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as mudanças das características econômico-sociais, da alimentação e dos hábitos dos brasileiros acarretaram em um aumento significativo dos casos de Diabetes Mellitus (DM) (ALENCAR et al., 2014). Esse aumento é um fenômeno mundial (BORTOLINI et al., 2010). A preocupação com o aumento dos índices de diabetes no Brasil não é de hoje e trabalhos de mais de dez anos podem ser encontrados (OPAS, 2003).

Essa doença pode ser classificada em diferentes tipos, os principais serão descritos a seguir. O DM tipo 1 compreende cerca de 5 % a 10 % dos casos e é causado pela deficiência absoluta de insulina, geralmente se manifesta antes dos 30 anos de idade. O DM tipo 2 é responsável por 90 % dos diabéticos, sendo causado por uma combinação de resistência à ação da insulina e uma inadequada resposta compensatória na secreção da insulina (LOPES, 2013). A obesidade e o sobrepeso estão diretamente ligados à resistência a insulina na maioria dos indivíduos, aumentando o risco de desenvolver DM em mais de 90 vezes. O DM gestacional é a diminuição da intolerância à glicose, reconhecida pela primeira vez na gestação. Há outras formas mais raras de manifestação do DM, por exemplo: defeitos genéticos da célula beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doença do pâncreas exócrino e outras (LOPES, 2013).

O DM é uma doença silenciosa e os danos ao indivíduo podem ser terríveis. A retinopatia diabética, a nefropatia diabética e a gangrena periférica são exemplos de consequências do diabetes. Alto custo de se tratar a doença gera enormes prejuízos aos cofres públicos. Segundo Atlas do Diabetes de 2015, da Federação Internacional do Diabetes, um em cada 11 adultos tem diabetes, 12 % das despesas de saúde mundiais são gastos com o diabetes (USD 673 bilhões) e 75% das pessoas com diabetes vivem em países de baixa renda. O DM é, portanto, um grave problema de saúde pública (ALENCAR et al., 2014). Além disso, deve-se atentar para outros fatores de risco, como a dislipidemia – principalmente a lipoproteína de alta densidade e triglicerídeos elevados - e a hipertensão arterial (LOPES, 2013).

Como tratamento, pode-se fazer o controle intensivo e contínuo da glicemia, reduzindo o risco de desenvolvimento e progressão das complicações. O objetivo é manter o valor da glicemia o mais próximo da normalidade. O tratamento do DM tipo 1 é a reposição da insulina. Já para o DM tipo 2, deve-se focar na correção da resistência a insulina, por meio das drogas sensibilizadoras de insulina, utilizando a insulina nos casos que há hiperglicemia acentuada ou em estágios finais da evolução da doença - em que a secreção da insulina está deficiente. Sendo que a orientação nutricional e a atividade física são pontos fundamentais no tratamento (LOPES, 2013).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) contribuiu para um acompanhamento mais próximo do DM, proporcionando acesso às medidas intersetoriais e integrais, que fazem parte da abordagem das doenças crônicas. O Programa Saúde da Família (PSF), conhecido hoje como ESF, foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde para implementar a Atenção Primária, através de um novo modelo assistencial que visa ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos (DENIZI; LUIZ; CECÍLIO, 2015). A equipe é composta por médico generalista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, agente comunitário, cirurgião dentista e técnico ou auxiliar saúde bucal (FIGUEIREDO; DEMARZO, 2015). O desenvolvimento de ações para a prevenção primária do diabetes em população de risco é necessário tanto para evitar o surgimento de novos casos quanto para prevenir complicações.

A realização dessas ações deve ser feita de maneira assertiva pelo poder público, para atingir os grupos demográficos que mais sofrem com a doença. Para tanto, precisa-se conhecer as características dos portadores de diabetes. A fim de se levantar essas informações, foram criadas bases de dados – como o e-SUS AB – e são realizadas pesquisas periódicas, por exemplo: a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Segundo a PNS de 2013, mais de nove milhões de pessoas foram diagnosticadas com diabetes (6,2 % dos adultos); na divisão por gênero, a maior incidência foi entre as mulheres; e, na divisão por idade, destaca-se que dentre os indivíduos com mais de 60 anos, 54 % apresentaram a doença.

As bases de dados visam, entre outras coisas, traçar um perfil epidemiológico da população brasileira. O conhecimento do perfil dos diabéticos é vital para que o estado tome ações efetivas na prevenção e no tratamento (BORTOLINI et al., 2010).

Visto a importância do tema, diversos trabalhos foram feitos para traçar um perfil epidemiológico regional. Por exemplo: Pelotas – RS (LIMA et al., 2011), Água Doce – SC (BORTOLINI et al., 2010), Teresina - PI (ALENCAR et al., 2014), entre outros. No presente trabalho, levanta-se o perfil epidemiológico dos diabéticos da cidade de Santa Albertina-SP. Para instruir a população quanto às complicações e os cuidados com a doença, cria-se um grupo de acompanhamento.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Propõe-se levantar o perfil epidemiológico da população que frequenta a unidade de saúde e a criação de um grupo de acompanhamento.

2.2 Específico(s)

O objetivo geral pode ser detalhado nas seguintes etapas:

- Cadastrar todos os diabéticos que passarem por consulta;
- Atender periodicamente os portadores do DM e verificar a eficácia do tratamento que está sendo realizado;
- Criar grupo educativo relacionado ao DM;
- Orientar sobre a importância da realização do tratamento adequado;
- Encaminhar portadores da doença para realização de exames específicos visando o diagnóstico precoce de possíveis complicações;
- Orientar equipe de enfermagem para realizar a busca ativa nos pacientes da Unidade.

3. METODOLOGIA

A realização deste trabalho foi dividida em etapas, contudo algumas delas foram realizadas concomitantemente. Primeiramente, as informações sociais e de saúde dos pacientes portadores de DM foram coletadas por meio de um questionário composto das seguintes variáveis: sexo, faixa etária, peso, altura, estado civil, local de residência, duração da doença, última consulta com oftalmologista, realização de atividade física, alimentação, medicamentos em uso, exames laboratoriais e comorbidades existentes (Apêndice A). O cadastramento foi realizado em todos os pacientes diabéticos que passaram por consulta médica no Centro Saúde de Santa Albertina.

O levantamento de dados foi realizado durante três meses, tempo suficiente para atender um número razoável de pacientes. O perfil a ser traçado neste trabalho foi obtido a partir de uma amostra com 54 pessoas. A partir dos dados foi possível caracterizar os pacientes quanto a gênero, idade, tempo de doença, tipo de tratamento, índice de massa corporal, comorbidades associadas e complicações existentes.

Para ter um acompanhamento completo, a rotina mínima de exames laboratoriais e a fundoscopia foram solicitadas para todos os pacientes com diabetes na primeira consulta. Os exames que constam no Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS) como rotina básica são glicemia jejum e hemoglobina glicada (HbA1C), colesterol total, HDL, triglicerídeos, creatinina sérica, urina I ou microalbuminúria. Parte dos resultados dos exames será apresentada no Capítulo 4.

Também foi criado um grupo de acompanhamento para os diabéticos, com o intuito de orientar a população quanto à importância do tratamento contínuo, da realização de atividade física regular e de uma alimentação saudável na tentativa de melhorar a qualidade de vida e diminuir evoluções para complicações.

4. RESULTADOS

A partir do levantamento de dados realizado foi possível traçar o perfil epidemiológico do DM na cidade de Santa Albertina – SP. Os resultados deste estudo são apresentados nas Tabelas 1 até 5. O espaço amostral utilizado foi de 54 pessoas que passaram por atendimento na unidade de saúde entre setembro e novembro. No total foram cadastrados 99 diabéticos, contudo, devido à falta de informações ou acompanhamento na rede privada, restringiu-se este estudo ao espaço amostral mencionado.

Pode-se observar, na Tabela 1, que há uma predominância do diabetes no sexo feminino (77,78 %) e que a maioria dos casos, 53,07 %, ocorre na faixa etária maior que 60 anos. Destaca-se o quão impactante é o sedentarismo para o surgimento do diabetes, constatou-se que 67 % dos pacientes que possuem a doença não praticam nenhum tipo de atividade física regular. Esses resultados são condizentes com as informações da PNS de 2013.

Tabela 1: Características sociais da amostra

Características	N	%
Gênero		
Masculino	12	22,22
Feminino	42	77,78
Faixa etária		
20 a 39 anos	5	9,26
40 a 50 anos	20	37,04
> 60 anos	29	53,07
Atividade Física		
Regular	18	33
Sedentário	36	67

Tabela 2: Características de saúde da amostra

Características	N	%
Comorbidades		
HAS*	38	70,4
Dislipidemia	23	42,6
Doenças pulmonares	4	7,4
Hipotireoidismo	5	9,3
IMC**		
Abaixo do peso	2	3,7
Normal	14	25,9
Sobrepeso	18	33,3
Obesidade	20	37,0
Tempo de diagnóstico de Diabetes		
< 1 ano	4	7,4
1 a 5 anos	17	31,5
6 a 10 anos	15	27,8
> 11 anos	18	33,3
Complicações		
Retinopatia diabética	4	7,4
Pé diabético	1	1,9
Nefropatia diabética	6	11,1

* *Hipertensão Arterial Sistêmica*

** *Índice de Massa Corporal. Valores de referência: < 18,5 = Abaixo do peso; 18,6 – 24,9 = Normal; 25 – 29,9 = Sobrepeso; > 30 = Obesidade.*

As características de saúde da amostra são apresentadas na Tabela 2. Observa-se que há uma distribuição de casos entre as pessoas que tem sobrepeso ou obesidade, 33,3 % e 37 %, respectivamente. Os dados de tempo

de diagnóstico mostram que a diabetes é uma doença com baixa letalidade, pois há uma grande quantidade de pacientes com a doença a mais de 6 anos (61,1 %).

As complicações constatadas foram a retinopatia diabética (7,4 %), o pé diabético (1,9 %) e a nefropatia diabética (11,1 %). Um fato que chama atenção nos casos de retinopatia, é que 63 % dos portadores de DM não passavam por consulta com o oftalmologista há mais de um ano, exame que é recomendado pela Portaria 288, de 19 maio de 2008, do Ministério da Saúde.

Tabela 3: Características do tratamento da amostra

Tratamento	N	%
Insulina	6	11,1
Antidiabéticos oral	40	74,1
Ambos	8	14,8

Tabela 4: Amostra dividida em tipos do DM.

Diabetes	N	%
Tipo I	6	11,1
Tipo II	48	88,9

A Tabela 3 apresenta as informações do tratamento realizado pelos pacientes. Observa-se que a maioria está utilizando antidiabéticos orais (74,1 %), contudo 11,1 % utilizam apenas insulina e 14,8 % estão realizando ambos os tratamentos. Há 11,1 % de diabéticos do tipo I, e 88,9 % de diabéticos do tipo II (Tabela 4). Portanto, pode-se afirmar que, em geral, houve falência terapêutica dos antidiabéticos orais em 14,8 % dos pacientes, sendo necessário utilizar a terapia combinada.

Tabela 5: Principais resultados dos exames de sangue.

Exame	N	%
Hb glicada – até 60 anos		
Abaixo da Meta terapêutica – 7 %	11	39,3
Acima da Meta terapêutica – 7 %	17	60,7
Hb glicada – mais de 60 anos		
Abaixo da Meta terapêutica – 8,5 %	21	87,5
Acima da Meta terapêutica – 8,5 %	3	12,5
Glicemia de jejum		
Tolerável – até 130 mg/dL	17	37,8
Inadequado – acima de 130 mg/dL	28	62,2
Glicemia pós-prandial		
Tolerável – até 180 mg/dL	14	50
Inadequado – acima de 180 mg/dL	14	50

Faixas retiradas do Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes

Observando a Tabela 5, nota-se um elevado número de pessoas com a glicemia de jejum elevada. Contudo, sabe-se que esse índice é uma medida pontual e não é útil para realização de acompanhamento. Com relação à HbA1c percebe-se que os indivíduos com mais de 60 anos estão com a Hb glicada mais controlada quando comparada aos resultados das pessoas com menos de 60 anos. Isso pode indicar que as pessoas com mais idade preocupam-se e dedicam-se mais à saúde. Ressalta-se que, anteriormente, não havia acompanhamento dos diabéticos no centro de saúde, faltam, então, dados para se determinar a eficácia do tratamento.

As informações da Tabela 5 são baseadas nos dados disponíveis. Infelizmente nem todos os resultados de exames haviam sido obtidos até a data de elaboração deste trabalho, por isso o espaço amostral da análise dos exames são diferentes entre si.

Foi criado um grupo de acompanhamento a fim de orientar a população, as reuniões foram realizadas de acordo com o cronograma apresentado no Capítulo 5. Durante os atendimentos diários, foram passadas informações elementares sobre os cuidados que se deve ter com a doença e sobre as possíveis complicações.

5. CRONOGRAMA

Um cronograma contendo as etapas e os prazos que foram utilizados para realização do Projeto de Intervenção encontram-se na Figura 1.

Etapa	2015					2016
	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan
Definição e estudo do tema	■					
Criação do formulário para cadastro de pacientes	■					
Levantamento de dados		■	■	■		
Encaminhamento para exames específicos		■	■	■	■	■
Orientação diária sobre o DM		■	■	■	■	■
Estudos para criação do grupo de acompanhamento			■			
Reuniões do grupo de acompanhamento				■		■
Mapeamento dos diabéticos					■	

Figura 1 - Cronograma da realização do projeto.

6. CONCLUSÃO

A partir dos atendimentos diários constatou-se um elevado número de diabéticos na cidade de Santa Albertina – SP. Porém, não havia um perfil epidemiológico dessas pessoas, o que dificulta a realização de ações preventivas e informativas por parte do poder público. Também notou-se a falta de informações com relação aos cuidados que devem ser tomados com a doença.

Então, foi feito um levantamento de dados dos portadores do DM que passaram por atendimento no Centro de Saúde da cidade. A partir disso, foi possível mapear os casos da doença quanto a gênero, faixa etária, IMC e complicações decorrentes da doença.

Constatou-se que, na classificação por gênero, a maioria dos casos aparece no sexo feminino (77,78 %). Os indivíduos com mais de 60 anos são mais afetados e nota-se uma elevada porcentagem de pessoas sedentárias que possuem diabetes. Dentre as complicações a mais comum foi a nefropatia diabética com 6 casos (11,1 %).

Sugere-se continuar com o cadastramento dos pacientes e atualizar o prontuário de maneira detalhada a fim de se verificar a evolução da doença e a eficácia do tratamento. Acredita-se que a manutenção dos encontros do grupo é de grande importância para continuar orientando a população e mantê-la alerta para os perigos que o DM traz ao indivíduo. Por fim, crê-se que políticas para incentivar a prática de exercícios físicos pela população devem ser realizadas.

7. REFERÊNCIAS

ALENCAR, LÍLIA L.; TORRES, MICHELLE V.; SANTOS, ANAIDE M. B.; SANTOS, MIRELLA B.; SANTIAGO, ANNA K. C.; BARBOSA, ANA PAULA B. Perfil epidemiológico de idosos com diabetes mellitus tipo 2 cadastrados na estratégia saúde da família . **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Vol. 2, p. 2972 – 2989, 2014.

BORTOLONI, EMILIA T. T.; FIN, GRAFICELL; NODARI JÚNIOR, RUDY J.; BELTRAME, V. Perfil epidemiológico dos diabéticos do município de Água Doce, SC. **Evidência**. Vol. 10, p. 131 – 138, 2010.

FIGUEIREDO, ELISABETH N.; DEMARZO, MARCELO M. P. **Atenção primária à saúde e política nacional de atenção básica**. Apostila do curso de especialização em Saúde da Família – Unidades de Conteúdo. UNASUS-UNIFESP, p. 20, 2015.

Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz). **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)**. [página na internet]. Acessado em 30 de outubro de 2015. Disponível em <http://www.pns.iciet.fiocruz.br/>.

International Diabetes Federation. **IDF Diabetes Atlas – 7th Edition**. [página na internet]. Acessado em 17 de dezembro de 2015. Disponível em <http://www.diabetesatlas.org/>.

LIMA, LÍLIAN M.; SCHWARTZ, EDA; MUNIZ, ROSANI M.; ZILLMER, JULIANA G. V.; LUDTKE, IVANI. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades Básicas de saúde do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol. 32, n. 2, p. 323-332, 2011.

LOPES, ANTÔNIO C. **Clínica Médica: diagnóstico e tratamento**. 1 ed. Editora Atheneu, 2013.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Organização Panamericana de Saúde. **Doenças crônicas degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação, atividade física e saúde**. Brasília: OPAS, 2003.

PETERMANN, XAVÉLE B.; MACHADO, ISADORA S.; PIMENTEL, BIANCA N.; MIOLO, SILVANA B.; MARTINS, LUCIANE R.; FEDOSSE, ELENIR. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. **Saúde (Santa Maria)**. Vol. 41, p. 49 – 56, 2015.

REIS, DENIZI O.; LUIZ, ELIANE C. A.; CECÍLIO, CARLOS O. **Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde**. Apostila do curso de especialização em Saúde da Família – Unidades de Conteúdo. UNASUS-UNIFESP, p. 20, 2015.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Conduta Terapêutica no Diabetes Tipo 2: algoritmo SBD 2015**. 2015, n. 2, p. 36.

7 ANEXOS

Cadastro DM

Nome: _____

Idade: _____ Peso: _____ Estado civil: _____ Local de residência: _____

Há quanto tempo tem diabetes? _____

Última consulta com Oftalmologista? _____

Como é a dieta? _____

Realiza atividade física regular? _____

Exames:

DATA							
Hb Glicada							
Jejum							
Pós-prandia							
microalbumi							

Medicamentos em uso:

Metformina 850 mg (- - -)

Metformina 500mg (- - -)

Glibenclamida 5 mg (- - -)

Insulina: Manhã: _____

Tarde: _____

Noite: _____

Figura 2 - Formulário para cadastro dos diabéticos.