



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Cristine Zanotto Eberhardt

Aplicação do Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISK) no rastreamento de Diabetes Mellitus tipo 2

Florianópolis, Março de 2023

Cristine Zanotto Eberhardt

Aplicação do Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISK) no rastreio de Diabetes Mellitus tipo 2

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Paola da Silva Diaz
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Cristine Zanotto Eberhardt

Aplicação do Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISK) no rastreio de Diabetes Mellitus tipo 2

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Paola da Silva Diaz
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: O Diabetes é um problema de saúde pública importante com grande impacto em diversas áreas da saúde. A problemática a ser desenvolvida é sobre a Diabete Mellitus tipo 2 (DM2), doença de alto impacto na população e sem rastreo definitivo, em uma população do bairro Campo Grande na cidade de Estância Velha – RS. Inúmeros fatores contribuem para o impacto do diabetes na qualidade de vida e na economia, considerando a quantidade de gastos com assistência médica que a doença onera, bem como seus possíveis desfechos. Desta forma, se faz necessário um rastreo aplicável à comunidade que atenda a necessidade da população, auxiliando em um plano de intervenção precoce para que se evite o cenário atual. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo principal utilizar instrumento específico de rastreo (FINDRISC) para DM2 em pacientes-alvo assintomáticos na comunidade em questão no ano de 2021. **Metodologia:** Será utilizado um questionário específico de rastreo de DM2 padronizado (FINDRISC) em pacientes-alvo assintomáticos na comunidade. De acordo com a pontuação de cada paciente frente ao questionário será estimado o risco de desenvolver a doença, a partir disso, tomando as condutas padronizadas. **Resultados esperados:** Por meio desta intervenção espera-se melhor atuação, principalmente de forma preventiva, àqueles indivíduos com maior suscetibilidade ao desenvolvimento da DM2. Assim, se utilizará do questionário padronizado aos pacientes com fatores de risco e assintomáticos, beneficiando, principalmente os indivíduos, mas também, a longo prazo, minimizando as complicações da doença que sobrecarregam a saúde pública.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus Tipo 2, Hiperglicemia, Programas de Rastreamento

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral:	13
2.2	Objetivos específicos:	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

Atuo na Estratégia de Saúde de Família (ESF) de uma região mais retirada do perímetro urbano da cidade de Estância Velha-RS, bairro Campo Grande (ESF Campo Grande), que contempla população de área rural e urbana. Neste âmbito é possível observar diversas realidades sociais, desde aqueles com dificuldades de realização de atividades básicas como alimentação e higiene, até aqueles com empresa própria atuando nas proximidades da moradia, empregando moradores do bairro. É uma área que conta com cerca de 6 mil habitantes, distribuídos entre terras agrícolas, dificultando em parte o acesso da equipe em todo território. Além disso, há relevante quantidade de novos loteamentos de casas construídas e em construção através de financiamentos beneficiados pelo governo federal, configurando um cenário de grande população de baixa renda.

O perfil demográfico da cidade de Estância Velha – RS, localizada na região do Vale dos Sinos, que tem 42574 habitantes segundo o IBGE 2010. De acordo com estes dados do IBGE 2010, a cidade tem 9058 (21,27%) crianças e adolescentes (0-19 anos); 25903 (60,84%) adultos (20-59 anos); 3920 (9,21%) idosos (com 60 anos ou mais). O coeficiente de natalidade, segundo o site DATASUS (acesso em 8 de julho de 2019) é de 697 no ano de 2017.

Apesar disso a comunidade adscrita ao ESF Campo Grande, nome que corresponde ao bairro, tem apenas 1850 habitantes cadastrados de acordo com dados do E-SUS (acesso em 11 de julho de 2019).

Destes, 458 (24,75%) são crianças e adolescentes (0-19 anos), 1100 (59,46%) adultos (20-59 anos) e 292 (15,78%) idosos (60 anos ou mais).

Com relação aos indicadores de mortalidade do município, segundo dados de 2018 fornecidos pela Vigilância Municipal de Saúde da cidade de Estância Velha, a taxa de mortalidade geral da população corresponde a 5,23%, taxa de mortalidade por doenças crônicas de 49,32%, taxa de mortalidade infantil 7,55% e a razão de mortalidade materna foi de 2,50%. Além disso, segundo dados do SINASC 2018, informados pela Vigilância de Saúde, foram constatados 19 nascidos vivos com baixo peso. Com relação a vacinação, de acordo com dados do SI-PNI, acessados em 9 de julho de 2019, 249 crianças menores de um ano foram vacinadas na ESF Campo Grande.

No ano de 2018, foram identificados 14 novos casos de pessoas com HIV das 72 totais já com diagnóstico na cidade, segundo dados da Vigilância Municipal de Saúde do ano de 2018. Na comunidade, segundo dados da plataforma E-SUS acessadas em 11 de julho de 2019, a incidência de diabetes em idosos foi de 98,76 no ano de 2018, já a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica na comunidade corresponde a 178,91. O número de gestantes que a unidade conseguiu captar para acompanhamento pré-natal, de acordo com dados do acervo da enfermeira de julho de 2019 da unidade foi de 54.

Diante dos dados expostos, é possível observar que a comunidade do ESF Campo Grande tem um perfil demográfico relacionado à faixa etária semelhante ao perfil da cidade de Estância Velha: com a maior parte da população de adultos (20-59 anos). Além disso, tem uma taxa de mortalidade infantil muito abaixo da média brasileira (segundo dados do IBGE de 2017): 7,55 em Estância Velha em comparação a 12,8 no Brasil.

Há imensa procura dos serviços de saúde pela comunidade, sendo quase que inexistentes os habitantes que se utilizam de planos privados para benefício de saúde – principalmente por se tratar de população de baixa renda. Sendo possível observar pelo número de atendimentos realizados mensalmente segundo dados do E-SUS. É observado nestes atendimentos principalmente descontroles de doenças crônicas como hipertensão e diabetes (doenças mais comuns), além de lombalgia como queixa aguda nos adultos. As queixas mais comuns observadas pelas mães de crianças menores de um ano e que levaram a procurar a unidade de saúde são: tosse, febre, má alimentação, lesão cutânea e diarreia.

No bairro há escolas de educação infantil (creches), fundamental e média. Estas conseguem abranger apenas parte da população que necessita da educação. Dessa forma, aqueles que não conseguem o benefício de estudar próximo às suas casas, muitas vezes têm de se deslocar até outros bairros para conseguirem estudar. Sendo assim prejudicados, já que o transporte público não oferece a frequência necessária, nem atinge todas as áreas carentes do serviço, segundo relato dos usuários da comunidade.

Trata-se de uma região muito explorada para realização de atividades da área do couro, tendo alguns curtumes atuando na região. Apesar das grandes conquistas na atuação do controle de danos por parte das autoridades, a região ainda apresenta importante contaminação do solo e efluentes locais, contribuindo com uma má condição da água e até mesmo do plantio da região - o que acaba por configurar uma das vulnerabilidades e dificuldades da promoção de saúde local. Grande parte dos pacientes atendidos na ESF tem emprego nestas empresas de couro, quase que na sua totalidade com destino ao sapato. Desta forma, é tarefa da equipe de saúde estar sempre atenta às consequências dessa realidade. Apesar disso, a grande maioria da população tem acesso a saneamento básico e coleta de lixo, em contrapartida há aqueles que não têm acesso nem mesmo a energia.

A Diabetes é um problema de saúde pública importante com grande impacto em diversas áreas da saúde. Trata-se de um distúrbio metabólico basicamente por defeito na secreção de insulina com associação à hiperglicemia e que leva a um maior risco de eventos cardiovasculares, renais, oftalmológicos, neuropáticos, amputações, entre outros. A problemática a ser desenvolvida é sobre a Diabetes Mellitus (DM), doença de alto impacto na população e sem rastreio definitivo. É possível observar uma gama imensa de pacientes na comunidade com este diagnóstico, muitas vezes com diagnóstico tardio e com falta de informações a cerca de medidas a serem adotadas para evitar chegar ao diagnóstico, bem como retardar as consequências da história natural da doença.

Desta forma, o problema a ser trabalhado será se há aplicabilidade em ser usada uma

estratégia de rastreio para o DM através de questionário padronizado: FINDRISC. Naqueles indivíduos identificados como alto e moderado risco será aplicado rastreio específico através de testes glicêmicos para possíveis intervenções de acordo com o resultado. Para completar os parâmetros a serem observados no questionário, terei ajuda da equipe de enfermagem para mensurar algumas medidas.

O diabetes é uma das principais causas de doenças e mortes precoces no mundo. Em todo o mundo, a prevalência de diabetes tipo 2 é estimada em 6,4% em adultos, variando de 3,8 a 10,2% por região; as taxas de diabetes não detectadas podem chegar a 50% em algumas áreas.

Inúmeros fatores contribuem para o impacto do diabetes na qualidade de vida na economia, considerando a quantidade de gastos com assistência médica que a doença onera, bem como seus possíveis desfechos. Desta forma, se faz necessário um rastreio aplicável à comunidade que atenda a necessidade da população, auxiliando em um plano de intervenção precoce para que se evite o cenário atual. Trata-se de uma importante ferramenta ao médico que atenderá os pacientes, mas principalmente para estes que terão benefício em sua saúde – além do benefício aos recursos de saúde.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral:

Utilizar instrumento específico de rastreio(FINDRISC) para Diabetes Mellitus tipo 2 em pacientes-alvo assintomáticos na comunidade do bairro Campo Grande da cidade de Estância Velha-RS em determinado período.

2.2 Objetivos específicos:

- Avaliar o potencial do FINDRISC como instrumento de rastreio para detecção de hiperglicemias em pacientes assintomáticos;
- Informar a população rastreada sobre possível risco de desenvolvimento de Diabetes Mellitus tipo 2;
- Avaliar o perfil de risco de desenvolvimento de DM2 na população estudada.

3 Revisão da Literatura

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica anormal de carboidratos que basicamente se baseia em um defeito absoluto ou relativo na secreção e/ou ação de insulina com associação à hiperglicemia, aliado a diferentes graus de resistência periférica à ação da insulina. Conforme novos estudos, pesquisas e práticas clínicas a doença sofre frequentes alterações em suas recomendações, classificação, diagnóstico e triagem (DANTAS; AZEVEDO; ALVES, 2017).

Existem basicamente três tipos principais de DM: DM tipo 1 (caracterizada pela deficiência de produção da insulina), DM tipo 2 (quando há perda progressiva de secreção de insulina associada com resistência à insulina) e DM gestacional (hiperglicemia de graus variados diagnosticada durante a gestação, na ausência de critérios de DM prévio) – além de outros tipos de DM (neonatal e secundários a situações específicas de saúde) (DIABETES et al., 2019).

O Diabetes mellitus tipo 1 é uma doença autoimune proveniente da destruição das células beta pancreáticas levando a deficiência completa de insulina. Ela corresponde a 10% dos casos de DM, sendo mais frequente em crianças, adolescentes e adultos jovens, além de ter marcadores específico da doença (DIABETES et al., 2019).

O Diabetes mellitus tipo 2 é maioria correspondendo a 90 a 95% de todos os casos de DM, tendo envolvimento etiológico multifatorial principalmente genético e ambiental. Atinge principalmente indivíduos a partir da quarta década de vida, e tem como principais fatores de risco para o acometimento os hábitos alimentares e inatividade física (80 a 90% dos casos se associa ao excesso de peso e componentes de síndrome metabólica). Além disso, não apresenta indicadores específicos da doença, diferentemente de DM tipo 1 (DIABETES et al., 2019).

Os principais fatores de risco para DM2 são: história familiar da doença, idade avançada, obesidade, sedentarismo, diagnóstico prévio de pré-diabetes ou diabetes mellitus gestacional e presença de componentes de síndrome metabólica. A identificação destes fatores de risco para diabetes pode ajudar a direcionar grupos específicos de pacientes para rastreamento (DIABETES et al., 2019).

Trata-se de uma problemática da saúde de impactos em todos os países, estando em crescente aumento de sua prevalência. Segundo a Federação Internacional do Diabetes, em 2017, 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos vivia com diabetes (424,9 milhões de pessoas), tendo uma perspectiva de 628,6 milhões de pessoas com a doença em 2045 – caso a tendência persista. No Brasil, segundo Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Ministério da Saúde, foi estimado que 6,2% da população brasileira com 18 anos de idade ou mais referiu diagnóstico médico de DM, sendo 7,0% em mulheres e 5,4% em homens, além de maior taxa nos

indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (9,6%) (DIABETES et al., 2019).

Estima-se que em torno de 50% dos casos de DM em adultos não sejam diagnosticados em países em desenvolvimento. Isto advindo do início e progressão insidiosos da doença, além do baixo desempenho dos sistemas de saúde, bem como pouca conscientização da relevância desta moléstia o DM podendo permanecer não diagnosticado por anos colaborando com o surgimento de complicações. Complicações estas que acabam por onerar os serviços de saúde, estando associado a maiores taxas de hospitalizações em virtude de maiores incidências de doenças que exigem tal medida – cegueira, insuficiência renal, amputações de membros, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (DIABETES et al., 2019).

O diabetes tem importante impacto econômico nos países e em seus respectivos sistemas de saúde, bem como para os próprios indivíduos que apresentam a doença e suas famílias. Isso decorrente tanto dos gastos com medicamentos (antidiabéticos orais, insulina e outros medicamentos considerados essenciais), mas também da maior demanda pelos serviços de saúde, perda de produtividade do indivíduo na sociedade, além dos cuidados exigidos, em sua maioria prolongada, em virtude da necessidade de tratamento de suas complicações crônicas. Em geral, 5 a 20% do gasto total de saúde dos países são atrelados à diabetes (DIABETES et al., 2019).

Com relação ao tratamento da hiperglicemia, concluiu-se redução a progressão da doença microvascular, incluindo retinopatia, nefropatia e neuropatia. Em um teste de controle e complicações do diabetes demonstrou que o controle glicêmico intensivo em pacientes com diabetes tipo 1 reduziu o risco de doença microvascular e retardou a progressão da doença microvascular diabética. Além disso, o Estudo Prospectivo de Diabetes do Reino Unido (UKPDS) mostrou que o controle glicêmico aprimorado, ao longo do tempo, tem um impacto semelhante na progressão microvascular em pacientes com diabetes tipo 2 (GROUP, 1998). Reiterando a importância da vigilância da hiperglicemia frente aos impactos nos indivíduos.

Como forma profilática a doença é necessária uma atenção à saúde eficaz, no diabetes envolvendo três principais tipos: prevenção primária – prevenção do seu início, visando a proteção do desenvolvimento da doença -, prevenção secundária – prevenção de suas complicações agudas e crônicas – e prevenção terciária – reabilitação e limitação das incapacidades produzidas pelas complicações da doença (DIABETES et al., 2019).

No que diz respeito ao diabetes tipo 1, a prevenção ainda é pouco explicada assim como sua etiopatogenia ainda se trata apenas de hipóteses. Desta forma, a prevenção primária deste subtipo ainda não é firmada para toda a população, sendo ao estímulo ao aleitamento materno e evitar a introdução do leite de vaca nos primeiros três meses de vida as proposições mais bem aceitas (DIABETES et al., 2019).

Já no diabetes tipo 2 as intervenções a serem feitas devem contribuir nos diversos

seguimentos de anormalidade metabólica (tais como obesidade, hipertensão artéria, dislipidemia, sedentarismo, tabagismo), corroborando também na redução de doenças cardiovasculares e, conseqüentemente, na redução da mortalidade. Existem diversos estudos, ensaios clínicos randomizados, que apresentam a estreita relação do impacto de intervenções no estilo de vida daqueles indivíduos com maior risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2 (glicemia de jejum alterada, tolerância a glicose diminuída ou ambas). A exemplo dos resultados fornecidos pelo estudo *Diabetes Prevention Program* (DPP), em que intervenções no estilo de vida (tendo como objetivos manter e perder 7% do peso, mantendo atividade física de 150 minutos por semana) observou redução de 58% de incidência de diabetes em um período de 3 anos. Ademais, há também relatos de medicamentos na diminuição da incidência de diabetes em indivíduos com pré-diabetes (especialmente a metformina por ter maior segurança de uso em longo prazo) (DIABETES et al., 2019).

É possível que, para o diagnóstico de DM2, o paciente apresente sintomas de hiperglicemia como polifagia, poliúria, polidipsia e perda de peso – no entanto, é pouco frequente que o diagnóstico seja suspeitado pelas manifestações clínicas. O que acaba por ser mais comum é a alteração de exame laboratorial de rotina ou, até mesmo, complicações crônicas do diabetes. Além disso, é possível uma correlação com os fatores de risco para a DM2. A exemplo de: história familiar da doença, idade avançada, obesidade, sedentarismo, pré-diabetes ou diabetes mellitus gestacional e componentes de síndrome metabólica (DIABETES et al., 2019).

O rastreo do diabetes mellitus tipo 2 ou pré-diabetes consiste em procedimentos com o objetivo de diagnosticar a doenças em indivíduos assintomáticos. Trata-se de importante ferramenta para a saúde pública, já que está intimamente ligada à possibilidade de diagnóstico e tratamento precoce e diminuição de riscos de desenvolvimento de complicações da doença. A importância de atividades de rastreo precoce de DM2 não deve ser minimizada no Brasil, já que se trata de cerca de 14 milhões de pacientes diabéticos, tendo somente a metade conhecimento do seu diagnóstico (DIABETES et al., 2019).

Com fins de rastreo, os sistemas de pontuação para avaliação de fatores de risco frente a este rastreo foram investigados como uma estratégia para orientar a triagem. No entanto, a maioria destes sistemas não foi validada em diversas populações e, por isso, eles não são amplamente utilizados. A maioria das ferramentas de avaliação de risco disponíveis envolve questionários simples a despeito dos fatores de risco importantes para diabetes. A partir disto, é atribuída uma pontuação para cada fator de risco e a pontuação total, então, usada para identificar indivíduos para triagem laboratorial. Dependendo do ponto de corte usado, a sensibilidade e a especificidade para prever diabetes não diagnosticada são de aproximadamente 80 e 70%, respectivamente (WH; PJ; TJ, 1995) (H; AM; AS, 2009).

Como os fatores de risco podem não ser apenas “aditivos”, o ideal é que uma pontuação de risco para a doença se baseie em uma calculadora incorporando fatores ponderados de

acordo com as análises de regressão. Como exemplo a isto, há uma calculadora de risco, conhecida como *Finnish Diabetes Risk Score* (FINDRISC), a qual incorpora idade, IMC, circunferência da cintura abdominal, hipertensão arterial, atividade física, dieta alimentar, histórico familiar e histórico de intolerância à glicose. Foi observado em um estudo, que esta calculadora apresentou o melhor dos modelos avaliados incorporando apenas medidas não invasivas - já que, por exemplo, não incluíram testes de laboratório). Esse modelo é um dos garantido pela *Canadian Medical Association* para identificar as pessoas a serem rastreadas (B; RK; SJ, 2011).

Para a realização do rastreamento é necessária aplicação de teste/escore de questionário validada, a exemplo do FINDRISC. Além disso, se faz necessária a aplicação em indivíduos de alto risco. Caso o rastreamento seja realizado sem a utilização prévia de questionário, deve-se selecionar aqueles com idade superior a 45 anos ou, em qualquer idade, indivíduos com fatores de risco para desenvolver a doença - sobrepeso/obesidade (Índice de Massa Corporal, em geral, maior que $25\text{kg}/\text{m}^3$), hipertensão arterial ou história familiar de DM2 (ASSOCIATION, 2017).

Além do FINDRISC, atualmente existem outros diversos protocolos de rastreio estabelecidos por diferentes entidades estudiosas do DM2. Dentre as mais reconhecidas está a recomendada pela *American Diabetes Association* (ADA). Recomendação esta que, semelhante ao FINDRISC, orienta o teste em intervalos de três anos para diabetes ou pré-diabetes em todos os adultos com índice de massa corporal (IMC) $25\text{kg}/\text{m}^2$ (ou $23\text{kg}/\text{m}^2$ em asiáticos americanos) e um ou mais fatores de risco adicionais para diabetes usando A1C, glicemia de jejum ou teste oral de tolerância à glicose de duas horas. Em indivíduos sem fatores de risco, a ADA recomenda que os testes comecem aos 45 anos. Se o teste de triagem for positivo, o diabetes deve ser confirmado de acordo com os critérios da ADA. Se o teste de triagem for negativo, repita o teste a cada três anos é razoável (ASSOCIATION, 2017).

Analisando o custo-efetividade foi sugerido que a triagem do diabetes em idosos, por exemplo, é econômica. Como é o caso de um modelo de simulação computacional, onde oito estratégias de triagem foram comparadas com uma estratégia de controle sem triagem em uma população simulada de 325.000 pessoas com 30 anos sem diabetes [32]. Os benefícios da detecção precoce para todas as estratégias de rastreamento concluíram uma incidência reduzida de infarto do miocárdio e complicações microvasculares e um aumento nos anos de vida ajustados pela qualidade naqueles acima dos 50 anos de idade. As estratégias mais econômicas foram aquelas que começaram a triagem entre 30 e 45 anos, com triagem repetida a cada três a cinco anos. A implementação no mundo real de uma intervenção intensiva no estilo de vida, semelhante à fornecida no estudo do Programa de Prevenção de Diabetes, é desafiadora e requer aconselhamento e apoio contínuos (R; P; D, 2010).

4 Metodologia

Será utilizado um questionário específico de rastreio de Diabetes Mellitus tipo 2 padronizado (FINDRISC) em pacientes-alvo assintomáticos na comunidade do bairro Campo Grande da cidade de Estância Velha-RS no ano de 2021, nos dias e horários de atendimento da unidade (segunda a sexta-feira, das 8:00h às 12:00 e 13:00 às 17:00). Os pacientes a participarem serão aqueles com maior risco de desenvolvimento de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) como: pressão arterial superior a 135x80mmHg, obesidade, história prévia de diabetes gestacional, história familiar de diabetes em pacientes de primeiro grau e síndrome dos ovários policísticos.

Inicialmente, a aplicabilidade se dará ao selecionar pacientes do grupo de risco de desenvolvimento de Diabetes Mellitus tipo 2 que consultarão ao acaso na unidade de saúde. A partir disto, a triagem da unidade (composta pela equipe de enfermeira e técnica de enfermagem) coletará alguns dos dados específicos necessários para avaliar parte da pontuação necessária para aplicação no questionário FINDRISC. Após, o paciente passará por consulta médica que coletará o restante das informações.

Dados dos pacientes a serem coletados pela equipe de enfermagem:

- Idade;
- Peso;
- Altura;
- IMC;
- Medida de circunferência abdominal

Dados dos pacientes a serem coletados pelo profissional médico:

- Prática diária de atividade física de pelo menos 30 minutos;
- Regularidade de consumo de frutas e/ou vegetais;
- Uso atual ou prévio de medicamento para hipertensão arterial;
- Histórico de elevação de açúcar no sangue;
- Histórico familiar próximo de diagnóstico de diabetes (tipo 1 ou 2).

Será realizado um planejamento de condutas preventivas e terapêuticas a serem direcionadas para cada paciente, de acordo com a pontuação de cada um e respectivo risco de desenvolver diabetes tipo 2 em 10 anos (conforme tabela 1 anexa),

Se pontuação menor que 7 (baixo risco de desenvolver DM2) ou 7 a 11 pontos (levemente moderado risco de desenvolver DM2) o questionário deverá ser reaplicado em 3 a 5 anos. Se pontuação superior a 12 todos os pacientes deverão realizar exame glicêmico – 12 a 14 pontos sendo risco moderado, 15 a 20 pontos alto risco e pontuação superior a 20 muito alto risco de desenvolver a doença.

Tabela 1

1. Que idade tem?

- a. Menos de 35 anos 0 pontos
 - b. Entre 35 e 44 anos 1 ponto
 - c. Entre 45 e 54 anos 2 pontos
 - d. Entre 55 e 64 anos 3 pontos
 - e. Mais de 64 anos 4 pontos
2. Algum membro da sua família tem diabetes?
- a. Não 0 pontos
 - b. Sim, um membro da família afastado: avô, tia, tio, primo... 3 pontos
 - c. Sim, um membro próximo da família: pai, mãe, filho, irmão, irmã 4 pontos
3. Qual é a sua medida abdominal, ao nível do umbigo?

Homens Mulheres

Menos de 94cm Menos de 80 cm 0 pontos

94 a 102 cm 80 a 88 cm 3 pontos

Mais de 102 cm Mais de 88 cm 4 pontos

4. Pratica pelo menos 30 minutos de atividade física por dia?

a. Sim 0 pontos

b. Não 2 pontos

5. Costuma comer legumes e frutas?

a. Todos os dias 0 pontos

b. Nem sempre 1 ponto

6. Toma medicamentos para a hipertensão?

a. Não 0 pontos

b. Sim 2 pontos

7. Alguma vez descobriu que tinha a taxa de açúcar no sangue elevada?

a. Não 0 pontos

b. Sim 5 pontos

8. Qual é o seu índice de massa corporal (IMC)?

O IMC é calculado através da fórmula: peso corporal (em Kg) dividido por a altura (em m) ao quadrado. Pode também encontrar na tabela da página seguinte.

a. Menos de 25Kg/m² 0 pontos

b. Entre 25 e 30 Kg/m² 1 ponto

c. Mais de 30 Kg/m² 3 pontos

5 Resultados Esperados

Por meio desta intervenção espera-se melhor atuação da equipe de saúde, principalmente de forma preventiva, àqueles indivíduos com maior suscetibilidade ao desenvolvimento da Diabetes Mellitus tipo 2. Já que, trata-se de uma doença de rastreio ainda incerto. Dessa forma se utilizará de questionário padronizado aos pacientes com fatores de risco e assintomáticos, beneficiando, principalmente os indivíduos, mas também, a longo prazo, minimizando as complicações da doença que sobrecarregam a saúde pública.

Além disso, será possível traçar melhor o perfil demográfico populacional que pertence ao grupo suscetível ao diagnóstico da DM2, facilitando possíveis futuras políticas públicas intervencionistas locais, avaliando o potencial do instrumento utilizado neste projeto (FINDRISC) para rastreio de detecção de hiperglicemia em pacientes assintomáticos. Também será possível intervir precocemente nos indivíduos detectados como potenciais diabéticos, como na vigilância da glicemia, estratégia de tratamento, aplicação de medidas de mudança no estilo de vida.

Referências

- ASSOCIATION, A. D. Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes Care*, p. 4–11, 2017. Citado na página 18.
- B, B.; RK, S.; SJ, S. M. G. Risk assessment tools for identifying individuals at risk of developing type 2 diabetes. *Epidemiol Rev*, p. 33–46, 2011. Citado na página 18.
- DANTAS, R.; AZEVEDO, T.; ALVES, M. Utilização do findrisc no rastreio da diabetes em utentes assintomáticos. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, p. 45–51, 2017. Citado na página 15.
- DIABETES, S. B. de et al. *Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes*. São Paulo: Clannad, 2019. Citado 3 vezes nas páginas 15, 16 e 17.
- GROUP, U. P. D. S. U. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. *Lancet*, p. 352–837, 1998. Citado na página 16.
- H, B.; AM, E.; AS, B. Development and validation of a patient self-assessment score for diabetes risk. *Ann Intern Med*, p. 151–775, 2009. Citado na página 17.
- R, K.; P, A.; D, E. Age at initiation and frequency of screening to detect type 2 diabetes: a cost-effectiveness analysis. *Lancet*, p. 375–1365, 2010. Citado na página 18.
- WH, H.; PJ, S.; TJ, T. A new and simple questionnaire to identify people at increased risk for undiagnosed diabetes. *Diabetes Care*, p. 18–382, 1995. Citado na página 17.