

ESTUDO DO PERFIL CLÍNICO E SÓCIO SANITÁRIO DE UM GRUPO DE AUTOCUIDADO DE DIABETES MELLITUS NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Marise Soares Almeida (1); Antônio Medeiros Júnior (1); Alexandre Bezerra Silva (2); Ricardo Henrique Vieira de Melo (3)

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, marise-sa@hotmail.com

Resumo:

Este estudo apresenta o perfil clínico e sócio sanitário de um grupo de portadores de Diabetes Mellitus de uma Unidade de Saúde da Família de Natal/RN. Trata-se de um recorte de uma investigação maior desenvolvida no contexto da Estratégia Saúde da Família. Participaram da pesquisa trinta e seis usuários diabéticos, moradores da área de abrangência da unidade de saúde. Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas, anotações em diário de campo e registros em livro ata. O tempo de diagnóstico da diabetes ficou entre cinco e nove anos para 45,0% das pessoas. Se considerarmos o intervalo de 5 a 19 anos, agrupamos 85%. 2,5% tiveram a maior renda e a maior escolaridade. Os Antecedentes familiares estão presentes em 72,5% dos participantes. 31,6% foram classificados no primeiro grau de obesidade e desses 26,3% são sedentários. O fator de risco mais presente foi o Sedentarismo, em 71,1%. Obesidade e Hiperlipidemia ocorreram em 30% e 27,5%, respectivamente. Já o Tabagismo, apareceu em 12,5% dos sujeitos. Ressaltamos a hipertensão, 75%, como a patologia associada mais presente. A Vasculopatia e a Alergia também marcaram presença, representando 47,5% e 32,5%, respectivamente. Câimbras ou fraqueza muscular apareceram em 23,7% dos sujeitos. 15% dos participantes tiveram sensibilidade alterada ao exame do monofilamento. Essa pesquisa permitiu uma compreensão melhor da realidade dos grupos de diabéticos. O estudo desse perfil clínico e social mostrou situações que podem levar a falta de controle dessa doença, contribuindo assim para direcionar mais as ações para controle a serem realizadas.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus*, Perfil Sócio Sanitário, Estratégia Saúde da Família.

Introdução:

No mundo e no Brasil é possível constatar um importante crescimento das condições humanas consideradas crônicas. O diabetes já atinge cerca de 8 milhões de brasileiros, o que corresponde a 7,6% da população com idade entre 30 e 60 anos. A expectativa é que se nada for feito o número de diabéticos duplique até o ano de 2030. Em estudo epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde, entre os anos de 2000 e 2010, a doença matou mais de 470 mil pessoas no Brasil. Somente no ano de 2010, 54 mil pessoas morreram em decorrência de complicações do Diabetes Mellitus (DM). Esse índice sobe para 123 mil mortes quando o DM é associado como fator de risco a outros problemas, como doenças cardiovasculares¹.

A complicação mais séria é a gangrena nos pés, resultado de úlceras não cuidadas. Cerca de 5% dos indivíduos com diabetes eventualmente são submetidos à amputação de um pé. A prevalência de amputações em decorrência do pé diabético tem um índice elevado, principalmente em artelhos. É uma complicação que se apresenta e uma grande variação na faixa etária, de 23 a 80

anos, por isso a importância de estratégias adequadas para o tratamento preventivo em cada contexto².

Apesar da ampliação da rede de assistência básica, prestada através das equipes de saúde da família, continuamos a presenciar grande frequência de pacientes portadores de úlceras nos pés, hospitalizados, rumando para cirurgias mutiladoras. Cerca da metade dos pacientes diabéticos com amputações da extremidade inferior irá perder, eventualmente, outra perna em cinco anos. A gangrena de membros inferiores pode ser evitada em 90% dos casos, se houver controle adequado dos níveis de glicose no sangue e um cuidado diário com os pés. O DM tipo II, que corresponde a 90% dos casos de diabetes, é justamente o tipo de diabetes em que o indivíduo está mais propenso a desenvolver a úlcera diabética³.

A identificação precoce dos pacientes com alto risco de desenvolverem uma ulceração, portanto mais susceptível à amputação, é essencial para o sucesso de uma prevenção. O Consenso Internacional sobre o Pé Diabético, 2001, criou um sistema de classificação de risco do pé diabético em três categorias e sugerindo a frequência da avaliação. Categoria 0, sem neuropatia; categoria 1, com neuropatia; categoria 2, com neuropatia e/ou deformidades e a categoria 3, amputação/ úlcera prévia⁴.

O cuidado integral com o paciente com diabetes e sua família tende a ser mais bem enfrentado por meio de práticas ativas e participativas durante reuniões de grupo. Nos grupos, os indivíduos portadores de diabetes têm a oportunidade de aprender a conduzir suas vidas com mais qualidade e autonomia. O indivíduo é o personagem principal de sua qualidade de vida. O grande desafio para a equipe de saúde é assegurar o vínculo paciente-equipe de saúde e programar atividades de educação em saúde para efetividade e adesão do paciente às intervenções propostas. A equipe de atenção básica deve incentivar a uma cultura que promova estilos de vida saudáveis, sendo responsável pelo cuidado dentro e fora do sistema de saúde⁵.

Segundo o Ministério da Saúde¹, o controle do DM vem apresentando resultados considerados bons, considerando a estabilização do número de internações decorrentes de complicações da doença. Dessa forma, o estudo sobre grupos de diabéticos torna-se relevante por tratar-se de um problema atual, presente na realidade de saúde pública brasileira no âmbito da atenção primária. Sabe-se que o conhecimento sobre DM, sedimentado a partir do intercâmbio com vários atores sociais, deixará o paciente mais crítico sobre seu estado de saúde e as múltiplas dimensões da doença. É possível partir da realidade concreta da vida cotidiana de cada participante,

o vivido, dos saberes prévios, emoções, sentimentos e interpretações que eles dão às suas próprias vidas, criar vínculos multiprofissionais fortes sintonizados com os interesses populares⁶.

Assim, o objetivo desse recorte é apresentar o perfil clínico e sócio sanitário de um grupo de portadores de Diabetes Mellitus de uma Unidade de Saúde da Família de Natal/RN.

Metodologia:

Foram aplicados questionários semiestruturados individuais, objetivando caracterizar os participantes dos três grupos, no espaço de tempo antes e após a reunião, e havendo necessidade, poderia ser realizado na própria residência do participante que não comparecesse a reunião, por motivo justificado junto à pesquisadora.

Como critério de inclusão para participar da pesquisa o sujeito deveria ter diagnóstico de diabetes tipo 1 ou 2, ter mais de 18 anos de idade, morar na área cadastrada pela equipe, não possuir nenhum distúrbio cognitivo, aderir voluntariamente a pesquisa, desejar participar de reuniões mensais no salão da unidade e querer assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Respeitamos, então, por se tratar de seres humanos, os princípios bioéticos postulados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde) que contempla as Diretrizes Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 1996), onde os participantes que desejem colaborar e fazer parte da pesquisa devem assinar o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Utilizamos o TCLE e mantivemos todo o sigilo necessário para preservar a identidade dos usuários. Submetemos a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição responsável, onde o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL). Essa pesquisa foi aprovada com CAAE: 16713213.40000.5292 em 30/08/2013, sem nenhuma recomendação, encontrando-se o projeto apropriado para ser executado.

Resultados e discussão:

Como podemos observar na Tabela 1, os grupos são compostos, em sua imensa maioria, por mulheres, as quais representam quase 90% da composição total dos grupos. Esse resultado nos indica que a mulheres frequentam mais os serviços de saúde que os homens como mostra GOMES².

Tabela 1 - Distribuição por Gênero.

Sexo	
Masculino	12%
Feminino	88%

Fonte: ALMEIDA, 2014

A Tabela 2 apresenta além da divisão em gênero dos grupos, a divisão dos mesmos por faixa etária, agrupados em intervalos de cinco anos. Como é possível perceber, há uma concentração na faixa que vai dos 50 aos 79 anos, representando 97,5% do total, sendo que a faixa etária com o maior número de representantes é a que vai dos 70 aos 74 anos. Também é importante notar que não há orientandos com idade inferior a 40 anos ou superior a 84 anos.

Tabela 2 – Distribuição em Gênero e Faixa Etária.

Idade	Homem	Mulher
40 - 44	0,0%	2,5%
45 - 49	0,0%	0,0%
50 - 54	0,0%	12,5%
55 - 59	2,5%	12,5%
60 - 64	2,5%	17,5%
65 - 69	0,0%	10,0%
70 - 74	5,0%	22,5%
75 - 79	2,5%	5,0%
80 - 84	0,0%	5,0%

Fonte: ALMEIDA, 2014

Analisando a Tabela 3, percebemos que os grupos são compostos, em sua maioria, por pessoas casadas, que representam 57,5% do total. Viúvos e Separados representam 35%, enquanto 7,5% são solteiros.

Tabela 3 – Distribuição em Estado Civil.

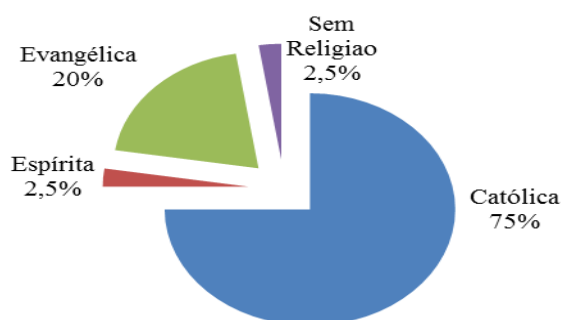
Estado Civil	
Casado	57,5%
Separado*	10,0%
Solteiro	7,5%
Viúvo	25,0%

* Separados ou divorciados

Fonte: ALMEIDA, 2014

O Gráfico 1 apresenta o perfil religioso dos sujeitos e nos mostram que 75% do total de participantes são católicos e 20% são evangélicos. Há também os que são espíritas, representados por 2,5% das pessoas do estudo. De todo o grupo, 2,5% se diz sem religião.

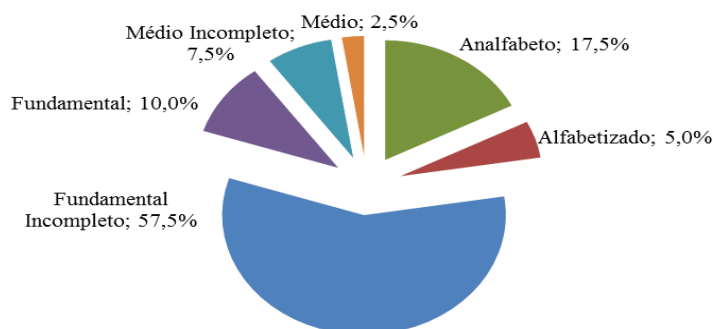
Gráfico 1 – Perfil religioso dos grupos.



Fonte: ALMEIDA, 2014.

Ao analisarmos o Gráfico 2, nos deparamos com o retrato escolar dos participantes. Percebemos que 17,5% são analfabetos, que 20% completaram o Ensino Fundamental, e que apenas 2,5% completaram o Ensino Médio. Notamos também que 57,5% dos componentes possuem Ensino Fundamental Incompleto.

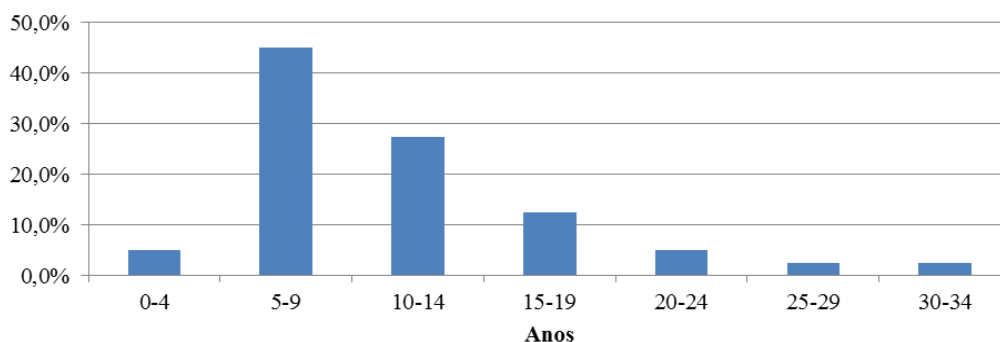
Gráfico 2 – Escolaridade dos grupos



Fonte: ALMEIDA, 2014.

O Tempo de Diagnóstico é apresentado no Gráfico 3, dividido em intervalos de cinco anos, ele representa a quantidade de tempo, em anos, que o participante foi diagnosticado com Diabetes. É interessante notarmos que há pessoas diagnosticadas como diabéticas há mais de 30 anos. A maior parte, entretanto, foi diagnosticada entre cinco e nove anos atrás, totalizando 45% das pessoas. Se considerarmos o intervalo de 5 a 19 anos, agrupamos 85% das pessoas.

Gráfico 3 – Tempo de Diagnóstico de Diabetes



Fonte: ALMEIDA, 2014

A Tabela 4 apresenta a Renda Familiar Média dos orientandos divididos por grupos de Escolaridade. Percebemos que o grupo de maior renda média é também o grupo de maior escolaridade, formado por pessoas que concluíram o Ensino Médio. Curioso, entretanto, é o fato de a segunda maior renda média ser destinada ao grupo de analfabetos, quando esperávamos que esse grupo tivesse uma renda mais baixa que todos os demais; e de a menor renda média ser destinada ao grupo dos com o segundo maior grau de escolaridade, Ensino Médio Incompleto. Essa aparente contradição pode ser explicada quando lembramos que os valores de renda levantados são valores familiares, e não da renda gerada pelo sujeito, necessariamente.

Tabela 4 – Distribuição de Renda Familiar Média por Grupos de Escolaridade.

Escolaridade	Renda Familiar (R\$)	Porcentagem
Analfabeto	1384,50	17,5%
Alfabetizado	1017,00	5,0%
Fundamental incompleto	936,91	57,5%
Fundamental completo	1217,00	10,0%
Médio incompleto	791,33	7,5%
Médio completo	2034,00	2,5%

Fonte: ALMEIDA, 2014

Quando analisamos a Tabela 4, percebemos que 57% dos participantes não têm renda própria. Já a Tabela 5, mostra a distribuição por profissão nos grupos.

Tabela 5 – Distribuição por Profissão.

Profissão	Porcentagem
Aposentado*	28,21%
Do Lar	56,41%
Outra	15,38%

*Aposentado ou Pensionista

Fonte: ALMEIDA, 2014

Analisando a Tabela 6, notamos que 72,5% dos sujeitos possuem antecedentes familiares no que diz respeito a casos de diabetes. Isso pode ser reflexo tanto de fatores genéticos quanto de maus hábitos herdados dos pais.

Tabela 6 – Distribuição por Antecedentes Familiares com diabetes.

Antecedentes Familiares	
Não	27,5%
Sim	72,5%

Fonte: ALMEIDA, 2014

A Tabela 7 apresenta informações referentes ao IMC dos participantes bem como da realização ou não de alguma atividade física, regularmente, por parte dos mesmos. É interessante notarmos que ao mesmo tempo em que 71,1% dos sujeitos não praticam nenhuma atividade física regularmente, apenas 21,1% apresentam IMC considerado ideal. Ainda que, para os que apresentam o segundo grau de obesidade, tenhamos igualdade entre a porcentagem de sedentários e não sedentários, o número de pessoas que apresentam primeiro grau de obesidade ou estão levemente acima do peso é respectivamente cinco e duas vezes maior no grupo dos sedentários do que no grupo que praticam alguma atividade física regularmente.

Tabela 7 – Distribuição por Classificação em IMC X Sedentarismo.

Classificação	Sedentarismo		
	Não	Sim	Total
Subnutrido ou abaixo do peso	2,6%	2,6%	5,3%
Peso ideal	5,3%	15,8%	21,1%
Levemente acima do peso	10,5%	21,1%	31,6%
Primeiro grau de obesidade	5,3%	26,3%	31,6%
Segundo grau de obesidade	5,3%	5,3%	10,5%
Total	28,9%	71,1%	100,0%

Fonte: ALMEIDA, 2014

Como podemos perceber analisando a Tabela 8 e o Gráfico 4, o fator de risco mais presente no grupo é o Sedentarismo, que prevalece em 71,1% dos mesmos. Obesidade e Hiperlipidemia também apresentam números consideráveis, com 30% e 27,5% respectivamente. O outro fator de risco, Tabagismo, aparece em apenas 12,5% dos sujeitos.

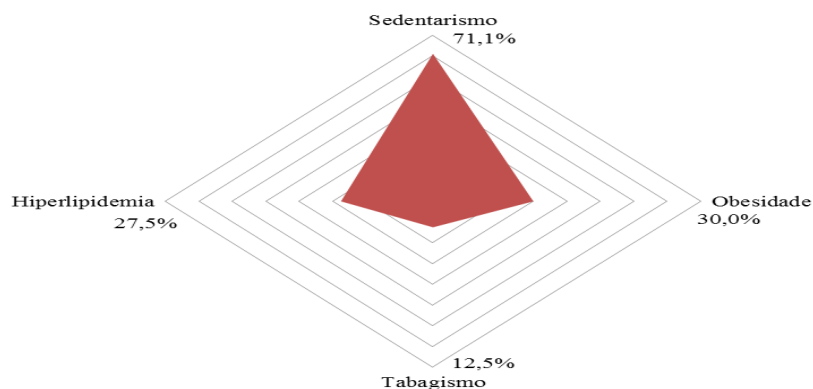
Tabela 8 – Distribuição por Fatores de Risco.

Risco

Sedentarismo	Obesidade	Tabagismo	Hiperlipidemia
71,1%	30,0%	12,5%	27,5%

Fonte: ALMEIDA, 2014

Gráfico 4 - Fatores de Risco dos grupos



Fonte: ALMEIDA, 2014

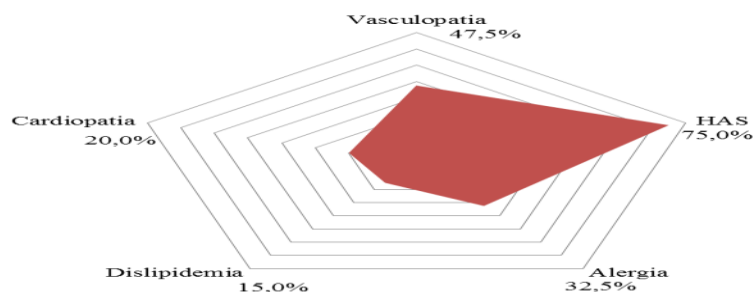
A Tabela 9 e o Gráfico 5 apresentam as patologias associadas ao diabetes que estão presentes nos grupos. Destacamos a hipertensão como a patologia associada mais presente, sendo que 75% dos participantes são hipertensos. A Vasculopatia e a Alergia também estão presentes, representando 47,5% e 32,5%, respectivamente.

Tabela 9 – Distribuição por Patologia Associada.

Patologia Associada				
Vasculopatia	HAS	Alergia	Dislipidemia	Cardiopatia
47,5%	75,0%	32,5%	15,0%	20,0%

Fonte: ALMEIDA, 2014

Gráfico 5 – Patologias Associadas dos grupos



Fonte: ALMEIDA, 2014

A Tabela 10 apresenta o cruzamento de informações referentes a fatores de risco e a patologias associadas ao diabetes. Notamos que alguns fatores de risco e patologias associadas

aparecem, aos pares, em um grande número de pessoas, por exemplo, o sedentarismo e a hipertensão, afetando 52,5% dos orientandos; o sedentarismo e a vasculopatia, afetando 32,5% dos orientandos; e a obesidade e a hipertensão, afetando 27,5% dos sujeitos.

Tabela 10 – Distribuição por Fatores de Risco X Patologias Associadas.

Risco	Patologia Associada				
	Vasculopatia	HAS	Alergia	Dislipidemia	Cardiopatia
Obesidade	15,0%	27,5%	7,5%	12,5%	5,0%
Hiperlipidemia	10,0%	17,5%	5,0%	25,0%	7,5%
Tabagismo	5,0%	7,5%	0,0%	5,0%	5,0%
Sedentarismo	32,5%	52,5%	15,0%	17,5%	10,0%

Fonte: ALMEIDA, 2014

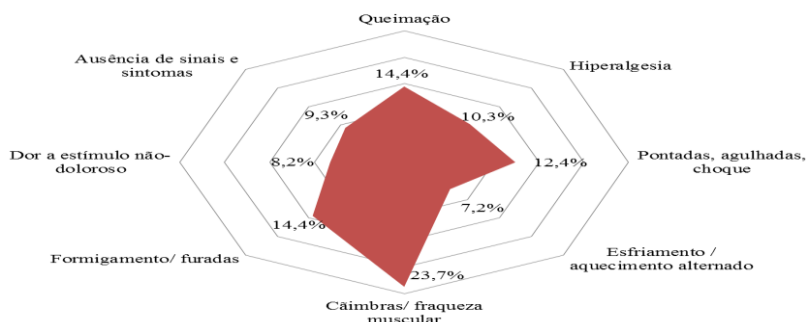
Ao analisarmos a Tabela 11 e o Gráfico 6, os quais trazem um retrato dos sintomas de rastreamento de neurite periférica, observamos que caibras ou fraqueza muscular são os sintomas mais presentes no grupo de participantes, prevalecendo em 23,7% dos mesmos. Observamos também que queimação e formigamento ou furadas também são sintomas bem presentes, sentidos por 14,4% dos orientandos.

Tabela 11 – Distribuição por Sintomas de Rastreamento de Neurite Periférica.

Rastreamento Neurite Periférica							
Queimação	Hiperalgisia	Pontadas, agulhadas, choque	Esfriamento / aquecimento alternado	Câimbras/ fraqueza muscular	Formigamento/ furadas	Dor a estímulo não doloroso	Ausência de sinais e sintomas
14,4%	10,3%	12,4%	7,2%	23,7%	14,4%	8,2%	9,3%

Fonte: ALMEIDA, 2014

Gráfico 6 – Distribuição Sintomas de Rastreamento de Neurite Periférica.



Fonte: ALMEIDA, 2014.

A análise da Tabela 12 nos mostra que 90% dos sujeitos não utilizam sapatos adequados. Os dados apresentados, em cruzamento com a renda familiar dos orientandos, aparentam mostrar que o aumento da renda não é um fator determinante no uso de sapatos adequados.

Tabela 12 – Distribuição por Renda Familiar X Sapatos Adequados.

Renda Familiar	Sapatos Adequados		
	Não	Sim	Total
1	34%	5%	39%
2	26%	0%	26%
3	30%	5%	34%
Total	90%	10%	100%

Fonte: ALMEIDA, 2014

Diferentemente da renda familiar, que apresentada na Tabela 12 não parecia influenciar o uso de sapatos adequados, a análise do nível de escolaridade, Tabela 13, nos traz um ponto interessante: Nem todos os que têm um nível mais elevado de escolaridade, no grupo, usam sapatos adequados, entretanto, todos os que usam sapatos adequados fazem parte da metade mais instruída do grupo de orientandos. Não temos representatividade estatística para fazermos uma afirmação forte, mas esses dados nos trazem o indício de que a informação é um fator chave no uso do sapato adequado.

Tabela 13 – Distribuição por Escolaridade X Sapatos Adequados.

Escolaridade	Sapatos Adequados		
	Não	Sim	Total
Analfabeto	17,5%	0,0%	17,5%
Alfabetizado	5,0%	0,0%	5,0%
Fundamental incompleto	57,5%	0,0%	57,5%
Fundamental completo	5,0%	5,0%	10,0%
Médio incompleto	2,5%	5,0%	7,5%
Médio completo	2,5%	0,0%	2,5%
Total	90,0%	10,0%	100,0%

Fonte: ALMEIDA, 2014

A Tabela 14 apresenta o cruzamento de duas informações: Sensibilidade ao Monofilamento 10G e o uso de Sapatos Adequados. Chamamos a atenção para os 15% dos sujeitos que possuem sensibilidade alterada. Desses, dois terços não utilizam sapatos adequados, ou seja, 10% do total de pessoas. A presença de sensibilidade alterada juntamente com o uso de sapatos inadequados pode

trazer, em curto prazo, o aparecimento de úlceras que quando não tratadas precocemente podem ou não evoluir para amputação do membro.

Tabela 14 – Distribuição por Sensibilidade ao Monofilamento 10G X Sapatos Adequados

Sensibilidade ao Monofilamento 10 G	Sapatos Adequados		
	Não	Sim	Total
Alterada	10,0%	5,0%	15,0%
Normal	80,0%	5,0%	85,0%
Total	90,0%	10,0%	100,0%

Fonte: ALMEIDA, 2014

Como podemos verificar analisando a Tabela 15, a imensa maioria dos participantes é classificada, em termos de risco, como Tipo 0, totalizando 85%. O Tipo 1 e o Tipo 2 são encontrados em 10% e 5% dos sujeitos, respectivamente.

Tabela 15 – Distribuição por Tipo de Classificação de Risco

Classificação de Risco	
Tipo 0	85,0%
Tipo 1	10,0%
Tipo 2	5,0%

Fonte: ALMEIDA, 2014

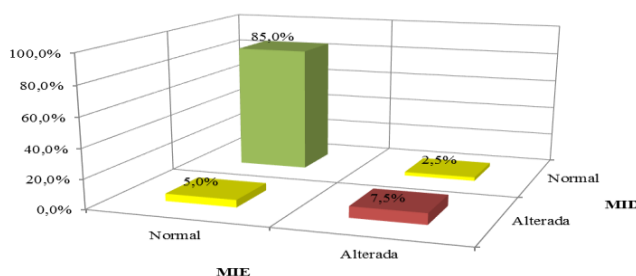
A Tabela 16 e o Gráfico 7 nos mostram o perfil dos participantes em relação à Sensibilidade ao Monofilamento 10 G. Notamos que 85% das pessoas apresentaram sensibilidade normal, 7,5% apresentam sensibilidade alterada em um dos dois pés, e 7,5% apresentam sensibilidade alterada nos dois pés.

Tabela 16 – Distribuição por Sensibilidade ao Monofilamento 10G.

Sensibilidade ao Monofilamento 10 G		
MID \ MIE	Normal	Alterada
Normal	85,0%	2,5%
Alterada	5,0%	7,5%

Fonte: ALMEIDA, 2014

Gráfico 7 – Distribuição por Sensibilidade ao Monofilamento 10G.



Fonte: ALMEIDA, 2014

Conclusões:

Essa pesquisa permitiu uma compreensão melhor da realidade dos grupos de diabéticos. O estudo desse perfil clínico e social mostrou situações que podem levar a falta de controle dessa doença e direcionando mais assertivamente as ações a serem realizadas pelos trabalhadores de saúde. É importante também ressaltar as limitações da nossa pesquisa, no que se refere a não representatividade da população de diabéticos do bairro de Nazaré, principalmente em relação ao gênero feminino, 88%, na grande maioria e sobre a existência de vazios assistenciais na área, devido a não cobertura completa do bairro pela ESF.

Referências Bibliográficas:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 16. *Diabetes Mellitus*. DAB. Brasília: MS; 2006.
2. Gomes LF, Campos VM, Sandoval RA. *Prevalência de amputação em decorrência de complicações do pé diabético*. Rev. Digital, Buenos Aires, v. 13, n. 124, 2008.
3. Sociedade Brasileira de Diabetes. *Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. Consenso Brasileiro de Conceitos e Condutas para o diabetes mellitus, 2006.
4. Vidal L. *Avaliação do sistema de classificação de risco do pé, proposto pelo grupo de trabalho internacional sobre o pé diabético*. Belo Horizonte: Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais; 2009.
5. Poletti MAA. *O cuidado de enfermagem a pacientes com feridas crônicas: a busca de evidências para a prática*. 2000. 269f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.
6. Miranda KCL, Barroso MGT. A contribuição de Paul Freire à prática e educação crítica em enfermagem. *Revista Latino-americana Enfermagem*, (5-631), jul./ago. 2004.