

PERFIL DOS PACIENTES INSULINO DEPENDENTES DA ESF SANTA TEREZA- JOAÇABA/SC

Fabiana Meneghetti Dallacosta; Angela Signori

RESUMO

O objetivo do estudo foi identificar o perfil dos pacientes insulino dependentes de uma unidade de saúde de Joaçaba-sc. Foi analisado o perfil dos 32 pacientes cadastrados na Estratégia Saúde da Família entre março a junho de 2015. Os dados foram coletados dos prontuários utilizados na unidade de saúde. Os resultados encontrados mostram que o perfil do paciente insulino dependente pesquisado é predominantemente mulheres, com idade superior a 48 anos, com sobrepeso, com história familiar de doenças cardiovasculares, não fumantes e não sedentários.

Palavras Chave: Diabetes. Insulina. Perfil.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the profile of insulin dependent patients in a health unit of Joaçaba-SC. It was analyzed the profile of 32 patients registered at the family health strategy between March to June, 2015. The data were collected from the patient records used in the health unit. The results show that insulin dependent patient profile searched is predominantly men, over the age of 48 years, overweight, with family history of heart disease, no smoking and not sedentary.

Key words: Diabetes. Insulin. Profile.

INTRODUÇÃO

Condições crônicas de saúde são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. Nos países em desenvolvimento, a adesão ao tratamento chega a ser apenas de 20%, levando a estatísticas negativas na área da saúde, ocasionado encargos elevados para a família, sociedade e governo. Entre as condições crônicas de saúde, destaca-se o diabetes mellitus pela alta taxa de morbimortalidade, bem como pela crescente tendência

à prevalência. O diabetes mellitus requer cuidado clínico e educação contínua para a prevenção das complicações agudas e crônicas (PACE; VIGO et al, 2006).

A Diabetes Tipo 1 é uma patologia crônica resultante da ausência de secreção de insulina pelo pâncreas, em que uma das consequências é um aumento da concentração de glicose no sangue e a incapacidade para utilizar e armazenar os hidratos de carbono. É uma patologia cuja etiologia não está completamente esclarecida (RODRIGUES et al, 2007).

O diabetes mellitus atualmente é considerado uma das principais doenças crônicas que afetam o homem contemporâneo, acometendo populações de países em todos os estágios de desenvolvimento econômico-social pelo impacto social e econômico que tem ocasionado, tanto em termos de produtividade quanto de custos, o diabetes vem sendo reconhecido, em vários países, como problema de saúde pública com reflexos sociais importantes. Suas manifestações crônicas são ainda, na nossa realidade, causas comuns de hospitalização e absenteísmo no trabalho (ORTIZ, 2001).

A melhoria das condições de vida em geral e, em particular, com o desenvolvimento da medicina levou ao aumento da esperança de vida, o que deu origem a uma maior prevalência das doenças crônicas que, na sua grande maioria, podem ser amenizadas mas não curadas.

Ressalta-se a importância da prevenção nos programas de atenção primária a saúde no controle do diabetes mellitus, contendo ações individuais de assistência e ações populacionais de abrangência coletiva, direcionadas à promoção à saúde, a fim de provocar impacto educacional e promover resolutividade. Considerando que a prevenção do diabetes implica na prática de um conjunto de ações para evitar o seu aparecimento ou a sua progressão e que vários fatores de risco para os diabéticos são potencialmente modificáveis, o presente estudo objetiva conhecer o perfil do usuário insulino dependente e identificar as variáveis que trazem riscos à saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, no qual foram analisados 32 pacientes insulino dependentes cadastrados em uma unidade de saúde de Joaçaba-SC entre março a junho de 2015. Os dados coletados foram extraídos dos prontuários utilizados na unidade de saúde. O mesmo é utilizado para controle naqueles que necessitam aplicar insulina. O trabalho analisou os fatores de risco existentes nos pacientes e quais são os que mais predominam na vida dos

mesmos e assim gerar ações em grupo que busquem diminuir ou melhorar as condições existentes.

As variáveis incluídas foram: sedentarismo, idade, antecedentes familiares cardiovasculares, tipo de diabetes, tabagismo, hipertensão arterial, tempo de dependência da insulina, locais de escolha para aplicação e quem realiza o teste e aplicação, e índice de massa corpórea (IMC), o qual foi obtido pela relação do peso e altura ficando definido como (MORAES, 2006):

< 17	MUITO ABAIXO DO PESO
17 – 18,49	ABAIXO DO PESO
18,5 e 24,99	PESO NORMAL
25 – 29,99	ACIMA DO PESO
30 – 34,99	OBESIDADE GRAU I
35 – 39,99	OBESIDADE GRAU II
>40	OBESIDADE GRAU III

Os dados foram expostos por porcentagem em forma de gráficos com posterior discussão.

O projeto de pesquisa foi avaliado pelo comitê de ética da UNOESC.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados os dados de todos pacientes insulino dependentes atendidos na Unidade de Saúde participante do estudo, totalizando 32 pessoas, sendo elas 46,875% homens e 53,125% mulheres.

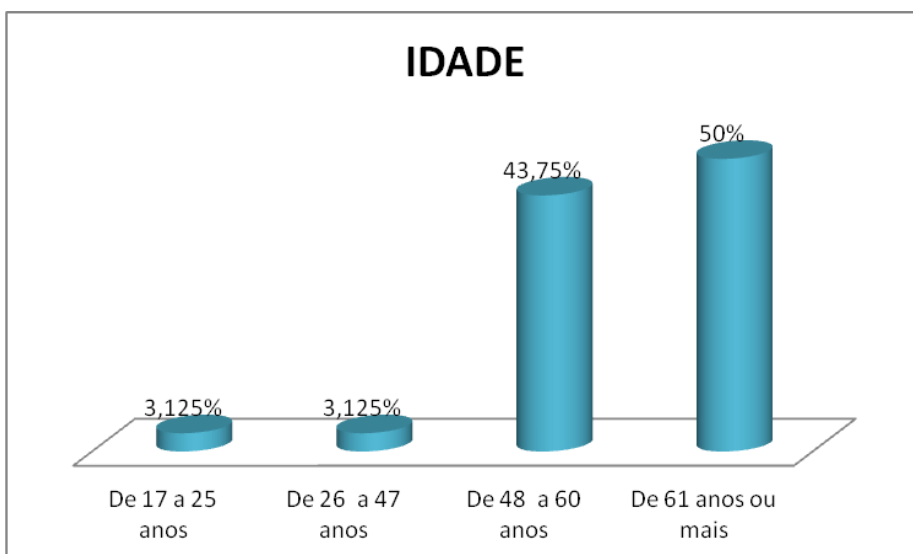


Gráfico 1: Distribuição dos pacientes insulino dependentes de acordo com a idade

Segundo Gross (2001) a idade de início do diabetes tipo 2 é variável, embora seja mais frequente após os 40 anos de idade, com pico de incidência ao redor dos 60 anos. Em finlandeses, 97% dos pacientes tipo 2 iniciam o diabetes após os 40 anos de idade o que vem em concordância com os dados descritos no gráfico 1.

Alguns estudos que aliam a obesidade à idade superior a 40 anos indicam este ponto de corte da idade como discriminatório entre os dois tipos de diabetes. Por outro lado, outros autores associam a ausência de episódio agudo de cetoacidose e idade superior a 20 anos como indicadores da presença de diabetes do tipo 2.

Para Pereira (2003) a obesidade é considerada uma epidemia mundial. No Brasil, as mudanças demográficas, sócio-econômicas e epidemiológicas ao longo do tempo permitiram que ocorresse a denominada transição nos padrões nutricionais, com a diminuição progressiva da desnutrição e o aumento da obesidade contribuindo assim para o aparecimento de diversas doenças. O gráfico 2 mostra a distribuição dos insulinos dependentes em relação ao índice de massa corpórea.

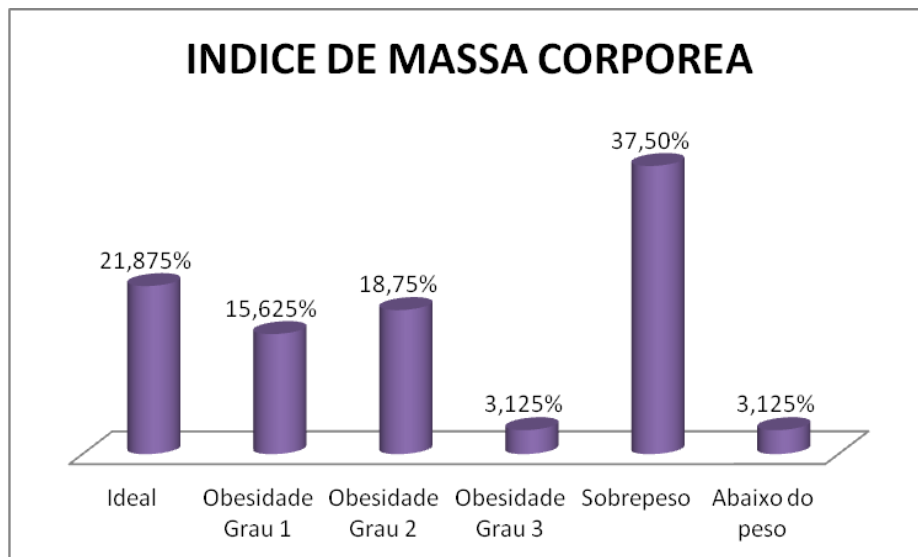


Gráfico 2: Distribuição dos pacientes insulino dependentes de acordo com o Índice de Massa Corpórea.

Para Gigante (1997) a obesidade foi definida a partir do índice de massa corporal (IMC) que é obtido pela divisão da massa corporal (em quilogramas) pela estatura (em metros ao quadrado), sendo esse um indicador apropriado para avaliação do estado nutricional de

adultos. Foram consideradas obesas as pessoas que apresentaram IMC igual ou superior a 30 kg/m² e com sobrepeso aquelas com IMC entre 25 e 30 kg/m², de acordo com a Organização Mundial de Saúde.

O sobre peso é fator de risco para diferentes doenças sendo algumas delas hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e algumas formas de câncer. Como mostra no gráfico acima o que prevalece nos pacientes insulino dependentes é o sobrepeso com 37,50% seguido de 21,875% com peso ideal. Isso se torna um problema de saúde pública, uma vez que as consequências da obesidade para a saúde são muitas, e variam do risco aumentado de morte a graves doenças não letais, mas debilitantes e que afetam diretamente a qualidade de vida destes indivíduos (PEREIRA, 2003).

Para Gross et al (2001) existem varios fatores de risco para o diabetes melitos como: obesidade; história familiar de diabetes em parentes de 1º grau; diabetes gestacional ou macrosomia prévia; hipertensão arterial sistêmica e idade acima de 45 anos.

As doenças cardiovasculares compreendem a doença arterial coronariana, o acidente vascular encefálico, a doença arterial periférica, as doenças renais e a insuficiência cardíaca congestiva¹. São atualmente a principal causa de mortalidade em todo o mundo. No Brasil, elas responderam, no último ano, por mais de 30% dos óbitos (NUNES FILHO, 2007).

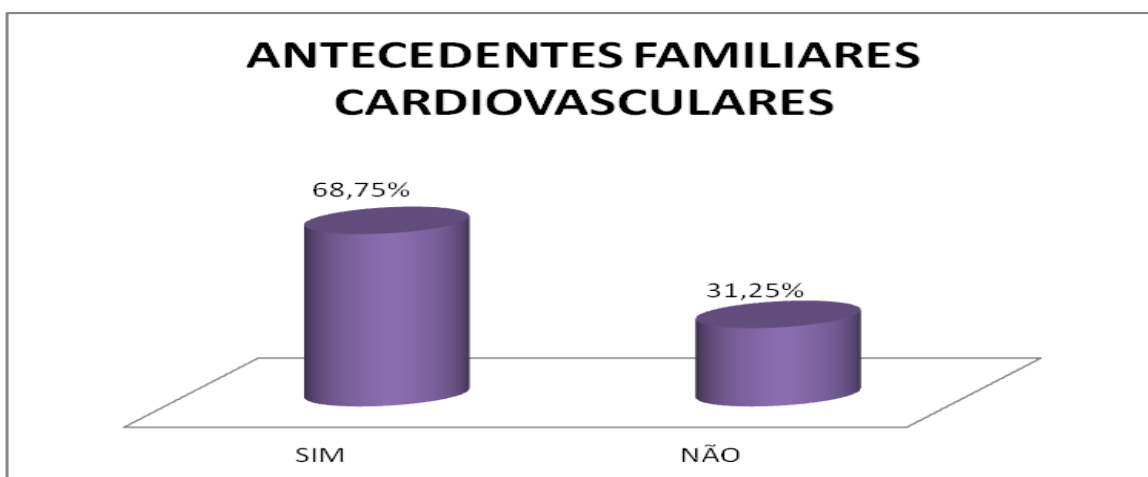


Gráfico 3: Distribuição dos pacientes insulino dependentes de acordo com antecedentes familiares cardiovasculares.

Dentre os fatores de risco cardiovasculares destacam-se a hipertensão arterial, o diabetes melitus, a obesidade, o tabagismo e a dislipidemia, havendo vários estudos que mostram a concomitância dos mesmos em indivíduos (NUNES, 2007).

Para Schaan e Reis (2007) além de maior risco para doença cardiovascular, indivíduos com diabetes e doença cardiovascular têm pior prognóstico, apresentando menor sobrevida em curto prazo, maior risco de recorrência da doença e pior resposta aos tratamentos. Sugere-se que a duplicação do número de indivíduos com DM no decorrer dos próximos anos, o que poderá alcançar 300 milhões de diabéticos em 2025. O DM tem se tornado um diagnóstico considerável importante na cardiologia, associando-se a readmissões hospitalares frequentes e alta morbi-mortalidade cardiovasculares. Com isso cabe aos profissionais de saúde que tratam esses pacientes rastrear os fatores de risco para doenças cardiovasculares e suas manifestações clínicas iniciais, objetivando prevenção e tratamento precoce.

Para Correa (2003) a hipertensão arterial, diabetes melitus e tabagismo são frequentemente encontradas em um mesmo indivíduo. Neste estudo, 25% são fumantes.

O tabagismo é promotor da progressão de várias doenças, sendo uma delas a nefropatia diabética nos pacientes portadores de DM, seja na forma insulino-dependente, seja na forma não insulino-dependente. O consumo de 25 ou mais cigarros por dia dobrou o risco de diabetes. A cessação do tabagismo é fundamental em pacientes com as duas patologias (HAS e DM), já que o tabagismo facilita a progressão da aterosclerose, diminui mais a sensibilidade à insulina e piora a albuminúria nos pacientes portadores de DM (CORREA, 2003).

A inatividade física é fortemente relacionada à incidência e severidade de um vasto número de doenças crônicas entre elas a diabetes. Assim sendo, o exercício físico torna-se uma das ferramentas terapêuticas mais importantes na promoção e manutenção da saúde (GUALANO et al., 2011). Destaca-se que, neste estudo, 81,2% dos diabéticos referem não ser sedentários e realizar exercícios físicos regularmente.

Segundo Mercuri e Arrechea (2001) a atividade física é um fator importante do tratamento do diabetes mellitus, e contribui para melhorar a qualidade de vida do portador da doença, atuando preventivamente e implantando um programa de promoção da atividade física, e dieta equilibrada, pode-se reduzir significativamente a incidência do diabetes e das complicações associadas. Dentre os benefícios a curto prazo, o aumento do consumo de glicose como combustível por parte do músculo em atividade, contribui para o controle da glicemia.

O efeito hipoglicemiante do exercício pode se prolongar por horas e até dias após o fim de exercício. Esta resposta metabólica normal pode ser alterada durante os estados de extrema deficiência de insulina ou excesso da mesma, sendo responsável por um risco maior de hipoglicemia e/ou hiperglicemia e ocorrência de cetoacidose. Por essa razão, a prescrição

de atividade física para melhorar o controle glicêmico em pacientes portadores de diabetes do tipo 1 (insulino-dependentes) ainda continua em discussão e controvérsias por especialistas.

A prática regular de atividade física, contribuem para diminuir os fatores de risco para o desenvolvimento da doença cardiovascular (aumentado no paciente portador de diabetes), através das seguintes alterações: melhora do perfil lipídico, contribuição para a normalização da pressão arterial, aumento da circulação colateral, diminuição da frequência cardíaca no repouso e durante o exercício. No mais, independentemente das alterações fisiológicas que acompanham o exercício, também ocorrem alterações comportamentais que favorecem o cuidado e o autocontrole por parte do paciente, e conseqüentemente contribuem para melhorar sua qualidade de vida (MERCURI, 2001).

Para Correa (2003) a Hipertensão arterial é uma condição extremamente comum na prática clínica juntamente com o diabetes mellitus. Cerca de 15 a 20% da população brasileira adulta apresenta hipertensão. É considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares.

Hipertensão e DM são doenças encontradas com frequência em um mesmo paciente. Se não tratadas, predisõem à doença cardiovascular aterosclerótica e à doença renal. Mais da metade dos diabéticos já apresentam HAS quando do diagnóstico do diabetes. Dos 300 milhões de indivíduos que serão portadores de DM em 2025 pelo menos 150 milhões serão diabéticos e hipertensos (CORREA, 2003). Na população pesquisada 78,125% são hipertensos, mostrando que mais da metade além do diabetes apresentam hipertensão arterial.

O Diabetes Mellitus inclui um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção de insulina e/ou em sua ação. Sendo que o diagnóstico baseia-se fundamentalmente nas alterações da glicose plasmática de jejum ou após uma sobrecarga de glicose por via oral (GROSS; SILVERIO et al, 2001).

Segundo a International Diabetes Federation, cerca de 140 milhões de pessoas em todo o mundo tem diabete mellitus e estimativas sugerem que essa projessao podera aumentar para 300 milhões até 2025. No Brasil a prevalencia estimada de diabetes mellitus na população de 30 a 69 anos de idade é de 7,6% o que representa cerca de 10 milhoes de pessoas, sendo que destas, 90% tem diabetes mellitus tipo 2 (GROSSO; PASCALI, 2009).

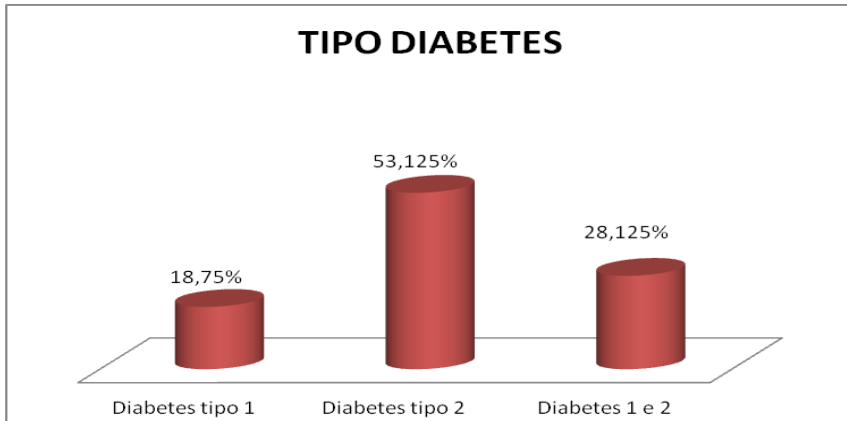


Gráfico 4: Distribuição dos pacientes insulino dependentes de acordo com o tipo de Diabetes.

Souza; Zanetti (2000) o portador de diabetes independente se tipo 1 ou tipo 2 precisa acompanhamento e orientações sejam somente para uso de medicação oral seja aplicação de insulina, assim a saúde publica principalmente enfermeiro tem a responsabilidade de rastrear e realizar a supervisão do tratamento independente do tempo de uso, seja ele recente ou tardio conforme mostra o gráfico 5 com a distribuição dos pacientes insulino dependentes de acordo com o tempo de dependência da insulina.

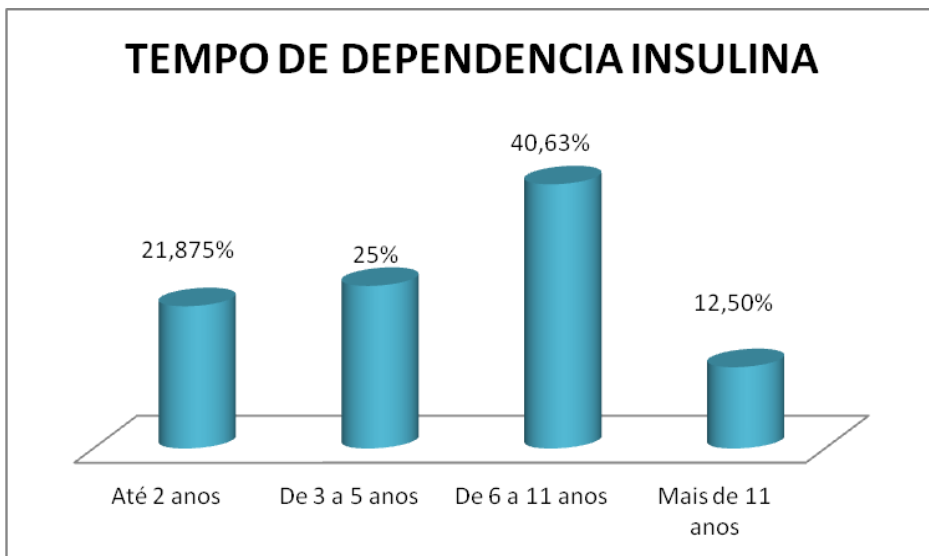


Gráfico 5: Distribuição dos pacientes insulino dependentes de acordo com o tempo de dependência da insulina.

Dos pacientes insulinos dependentes da ESF Santa Tereza 40,63% tem como tempo de dependencia de insulina 6 a 11 anos seguido de 25% com 3 a 5 anos. Souza (2000) concorda com MELO et al (1998) quando diz que, ao longo do tempo de doença e auto-aplicação de

insulina os portadores de diabetes adquirem uma experiência na realização de suas atividades no cotidiano e devem ser avaliados continuamente pela equipe de saúde, com exercícios práticos que permitam observar, corrigir e verificar as suas aquisições e habilidades. Assim é recomendado que se reconheça no enfermeiro, enquanto profissional da equipe de saúde, o responsável pelo acompanhamento domiciliar das famílias com portadores de diabetes tipo 1, se comprometendo a corrigir ou treinar/ orientar em relação aos aparelhos e recursos utilizados no domicílio.

Para Souza e Zanetti (2000) quanto a aplicação de insulina, é necessário saber qual o ângulo de inserção da agulha, quantidade de dias que a seringa e a agulha podem ser utilizadas, assepsia, armazenamento da insulina e os locais subcutâneos onde pode ser feita a aplicação. O gráfico 6 mostra os locais escolhidos pelos insulinos e familiares para aplicação.

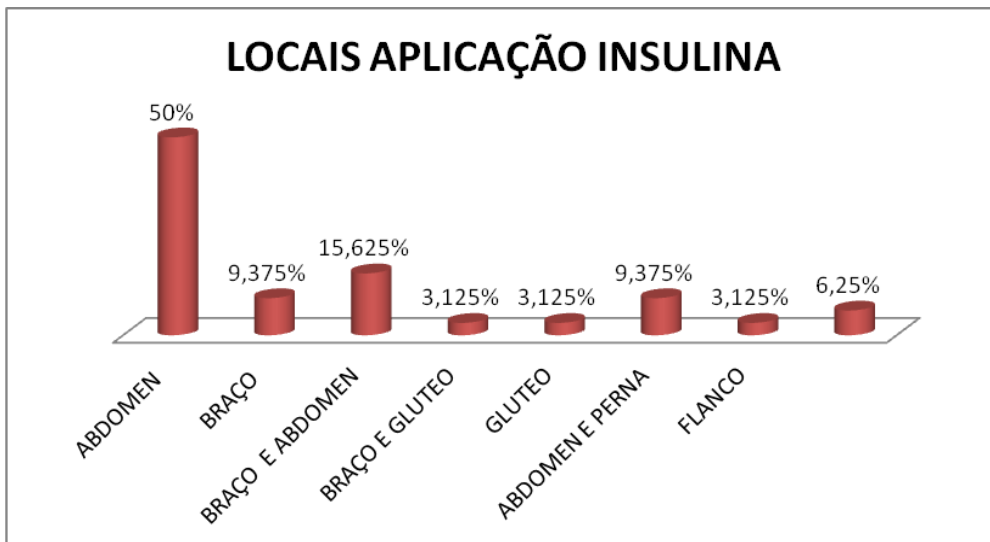


Gráfico 6: Distribuição dos pacientes insulino dependentes de acordo com o local de aplicação da insulina.

Quanto ao local para a aplicação de insulina, esta deve ser aplicada no tecido subcutâneo. Os locais indicados para aplicação são face anterior e posterior do braço, abdômen, face anterior da coxa, e superior do glúteo. O rodízio nos locais de aplicação torna-se importante para prevenir lipohipertrofia ou lipoatrofia insulínica. É recomendado de preferência utilizar um local sistematicamente como o abdômen, por exemplo, respeitando a distância de 3 cm, do que utilizar um local diferente para cada injeção, evitando assim, a variabilidade da absorção de insulina (SOUZA, 2000).

O armazenamento da insulina em uso na geladeira foi descrito pela totalidade dos pacientes (100%) pode sugerir um desconhecimento de que a insulina em uso pode ser

guardada apenas em local seco e ao abrigo da luz, para evitar a sensação dolorosa do líquido gelado, conforme recomendação da Associação Americana de Diabetes. A conservação da insulina em uso no compartimento das verduras ou na porta da geladeira pode ser utilizada, mas sempre lembrando de retirá-la alguns minutos antes da aplicação para que menos fria tenha menos efeito doloroso na aplicação (SILVEIRA; MENEZES 2001).

O processo de aplicação de insulina requer do sujeito ou do familiar conhecimento e habilidade técnica. Para que isso ocorra é necessário tempo, prática e educação continuada para que o usuário consiga desenvolver essa habilidade junto à confiança (MAGALHAES; BATISTA et al, 2013).

Para Souza (2000) na tentativa de conseguir um bom controle metabólico junto aos portadores de diabetes, o tratamento substitutivo com insulina exógena constitui-se em opção terapêutica e eficiente, frente à deficiência parcial e/ou total da secreção de insulina pelo pâncreas. Assim estima-se que 20 a 25 % de todos os portadores de diabetes são tratados com insulina, sendo que destes, 5 a 10 % são do tipo 1, que necessitam deste hormônio para sobreviver.

Neste estudo, 65,625% dos portadores de insulina a aplicação é realizada pelo próprio paciente, para 31,2% é um familiar que realiza a aplicação e 3,1% dividem-se às vezes o paciente aplica, às vezes o familiar. A insulina deve ser administrada pelo portador de diabetes, por ser ele o melhor aplicador de insulina em si mesmo. Para portadores de diabetes que são completamente independentes na aplicação de insulina, é aconselhável ter um membro na família que conheça a técnica para situações emergenciais (SOUZA, 2000).

CONCLUSÃO

Observou-se com o estudo que os pacientes insulino dependentes da unidade de saúde de Joaçaba, apresentam na maioria dos itens uma porcentagem maior no que se refere a fator de risco. A idade da maioria é dos 48 anos ou mais, sendo que há alguns com menor idade e que a pouco tempo iniciaram o tratamento com insulina, entrando em concordância com a literatura que a idade é mais avançada para o desenvolvimento da doença. Muitos relatam praticar exercícios físicos e não ser tabagista, sendo dois fatores que atuam como promovedores de saúde, porém, foi demonstrado o elevado número de pessoas com hipertensão arterial, antecedentes familiares cardiovasculares e sobrepeso, o que contribui para aumentar a chance de morbi-mortalidade associada ao Diabetes.

Quanto ao local de aplicação todos os citados pelos pacientes estão corretos, sendo que o abdome é o local de maior escolha. A aplicação é realizada na grande maioria pelo próprio

paciente mas também pelo familiar. Em relação ao tempo de aplicação fica entre 6 a 11 anos, mostrando assim que a maioria dos 32 paciente já vem sendo a um bom tempo dependente do hormônio.

Este estudo mostra que ações de promoção e prevenção através de ações, palestras e grupos devem ser realizados de forma contínua para que possamos reduzir ou melhorar os fatores de risco existentes.

REFERENCIAS

1. CORREA, Paulo Cesar Rodrigues Pinto. **Tabagismo, hipertensão e diabetes – reflexões.** *Revista Brasileira de Clínica & Terapêutica [online]*. Pág. 19-24, 2003
2. FILHO NUNES, João Rogério; DEBASTIANE, Daniela; et al. **Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Adultos de Luzerna, Santa Catarina.** *Rev. Sociedade Brasileira de Cardiologia[online]*. Luzerna, SC. Pag. 319-324, 2007
3. GIGANTE, Denise P; BARROS C. Fernando et al. **Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco.** *Revista de Saúde Pública.* Pelotas- RS, 236-46, 1997
4. GROSS, Jorge L. ; SILVEIRO, Sandra P.; et al. **Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico.** *Arq Bras Endocrinologia Metabolica*, pag.16-26- 2002.
5. GROSSI, Sonia Aurora Alves; PASCALI, Paula Maria. **Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus.** Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes. Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo, 2009.
6. GUALANO, Bruno et al.**Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas.** *Rev. bras. Educ. Fís. Esporte*, São Paulo, v.25, p.37-43, dez. 2011.
7. MAGALHÃES , Jessica; BATISTA, Felipe; et al. **O ensino em grupo do processo de aplicação de insulina.** *Revista eletrônica de enfermagem.* Jan/mar; pag. 72-79. 2013
Disponível em: < https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a08.pdf>
Acesso em: 24 de mai. 2015
8. MERCURI, Nora et al. **Atividade física e diabetes mellitus.** *Jornal Multidisciplinar do Diabetes e das Patologias Associadas*, Buenos Aires/Argentina, p. 347-349. 2001.
9. ORTIZ MCA, Zanetti ML. **Levantamento dos fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em uma instituição de ensino superior.** *Revista Latino-americano Enfermagem* 2001 maio; pag. 59 Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1568/1613>>. Acesso em: 16 de abr. 2015

10. PACE, Ana Emilia; VIGO, Kattia Ochoa; CALIRI, Maria Helena Larcher, et al. **O conhecimento sobre Diabetes Mellitus no processo de auto cuidado.** *Revista Latino-americana Enfermagem*. 2006 setembro-outubro; pag. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a14.pdf>. Acesso em: 16 de abr. 2015
11. PEREIRA, Luciana Oliveira; FRANCISCHI, Rachel P. de; et al. **Obesidade: Hábitos Nutricionais, Sedentarismo e Resistência à Insulina.** *Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabolica* vol. 47 n° 2, pag. 111-127, abril, 2003. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/26340331_Obesidade_hbitos_nutricionais_sedentarismo_e_resistencia__insulina>. Acesso em: 11 de jun. 2015
12. RODRIGUES, E.; & Sousa, A. (2007). Definição e diagnóstico de Diabetes Mellitus e hiperglicemia intermédia. *Revista Portuguesa de Diabetes* 1, 33-37.
13. SCHAAN, D. Beatriz; REIS, André F. Doença cardiovascular e diabetes. *Arquiv. Brasileiro Endocrinologia Metabólica*. [online] vol.51 n°.2, São Paulo. Mar, 2007.
14. SILVEIRA, Vera Maria F; MENEZES, Ana Maria B, et al. **Uma Amostra de Pacientes com Diabetes Tipo 1 no Sul do Brasil.** *Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabólica*, vol.45. São Paulo Outubro, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S000427302001000500005&scrypt=sci_arttext> Acesso em: 27 de abr. 2015
15. SOUZA, Carla R.; ZANETTI, Maria L. **Administração de insulina: uma abordagem fundamental na educação em diabetes.** *Rev. Esc. Enf. USP*, v.34, n.3, p. 264-70, set. 2000.
16. MORAES, Suzana Alves de; SILVA, Janaina; Et al. **Estado nutricional e fatores sociodemográficos em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP.** *Rev. Brasileira de epidemiologia*. vol.14 n°.4 São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1415790X2011000400013&pid=S1415-790X2011000400013&pdf_path=rbepid/v14n4/13.pdf>. Acesso em: 07 de jun. 2015