

254106  
57280933-1

18

SP28

**ZAFFER MAITO**

**PERFIL DO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS  
TIPO 2 ATENDIDO NO PROGRAMA DOCENTE  
ASSISTENCIAL UFSC – PREFEITURA MUNICIPAL  
DE FLORIANÓPOLIS NO PERÍODO DE MARÇO A  
DEZEMBRO DE 1999.**

Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA**

**2001**

**ZAFFER MAITO**

**PERFIL DO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS  
TIPO 2 ATENDIDO NO PROGRAMA DOCENTE  
ASSISTENCIAL UFSC – PREFEITURA MUNICIPAL DE  
FLORIANÓPOLIS NO PERÍODO DE MARÇO A  
DEZEMBRO DE 1999.**

Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.

**Coordenador do Curso: Prof. Dr. Edson José Cardoso**

**Orientador: Prof. Dr. Fúlvio Borges Nedel**

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA**

**2001**

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer ao mestre e médico Fúlvio Borges Nedel devido a prontidão e disponibilidade com que aceitou orientar-me através de sua técnica e conhecimentos, incentivando-me no processo de criação, desenvolvimento e concretização deste trabalho desde o momento em que constituía-se em apenas uma idéia, acompanhada de incertezas e inseguranças.

Muitos amigos foram importantes e tornaram-se parte deste trabalho ao contribuir através do incentivo, idéias, gestos, ensinamentos e conhecimentos específicos, visando o desenvolvimento, aprimoramento e estruturação deste trabalho. Agradecimentos a Ricardo A. Stock, Fernando S. Borba, Fábio Dal Fabro, Cristine L. Duarte e Stefãnio Napoli

Devo grande parte de minha felicidade e motivação pessoal ao carinho, dedicação e amor dos quais desfruto convivendo com minha companheira e namorada Karla. Durante estes últimos anos de minha vida, vem participando ativamente incentivando-me e encorajando-me nos momentos mais difíceis, elevando-me como profissional e como pessoa. Sua contribuição foi imprescindível para a concretização deste estudo, Com amor, muito obrigado.

Dedico especialmente este trabalho, como uma pequena forma de agradecimento e reconhecimento a meus pais (Valmor e Maris) e irmãos (Valmor Jr. e Francine), que dedicaram-se incansavelmente desde o início de minha vida, a construir o que hoje sou. A partir do afeto, compreensão e persistência, lapidaram minha formação ético-moral, ensinando-me que fé, amor, honestidade, disciplina e tolerância são preceitos indispensáveis no decorrer da vida, rumo à realização pessoal e profissional. Gostaria de expressar

por meio deste trabalho todo meu amor, admiração e reconhecimento aos meus pais e irmãos.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>8</b>
<b>3. MÉTODOS.....</b>	<b>9</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>12</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>6. CONCLUSÕES.....</b>	<b>29</b>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>31</b>
<b>NORMAS ADOTADAS.....</b>	<b>36</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>37</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>38</b>
<b>APÊNDICE 1.....</b>	<b>39</b>
<b>APÊNDICE 2.....</b>	<b>40</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus tipo 2 é uma síndrome que se caracteriza por um estado de resistência periférica aumentada à insulina e por uma insuficiência relativa da secreção de insulina, resultando em hiperglicemia. Ocorre predominantemente em indivíduos a partir dos 30 anos de idade, aumentando a prevalência em faixas etárias mais elevadas.<sup>1,2</sup>

Apresenta evidências de possuir tanto natureza genética, baseada na elevada frequência de indivíduos dentro de uma mesma família ou grupo étnico, como de fatores ambientais: obesidade, tabagismo, vida sedentária, mudança do estilo de vida, e principalmente dos hábitos alimentares. Dentre estes, a obesidade, especialmente a tipo andrógena ou truncal, a que ocorre na circunferência abdominal decorrente da falta de atividade física e do aumento da ingesta calórica, apresenta especial relevância.<sup>3,4</sup>

Atualmente, constitui um dos mais importantes problemas de saúde em praticamente todo o mundo, especialmente em países em desenvolvimento, onde são observadas maiores incidência e prevalência.<sup>5,6</sup> O impacto da doença como problema de saúde pública não ocorre apenas em função do seu quadro clínico diretamente relacionado à hiperglicemia, mas principalmente pelas alterações funcionais de diferentes órgãos e sistemas, resultantes do descontrole metabólico crônico no metabolismo de carboidratos, lipídeos e proteínas. Essas alterações funcionais ocorrem de acordo com a intensidade e o tempo de exposição à hiperglicemia, ocasionando lesões estruturais, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Visto que a prevalência é maior em faixas etárias mais elevadas da população, a presença

de complicações crônicas passa a representar um fator adicional de risco de morbi-mortalidade nestas faixas.<sup>1, 7, 8</sup>

Estima-se que 5 a 12% da população brasileira entre 40 e 59 anos e 15 a 20% entre 60 e 69 anos são diabéticos, totalizando cerca de 5 milhões, dos quais metade desconhece o diagnóstico.<sup>9, 10</sup> Com base nas projeções epidemiológicas estimadas pela OMS, tem-se a expectativa de que a América Latina apresentará mais de 18 milhões de diabéticos e o mundo cerca de 215 milhões de portadores desta doença em 2010.<sup>5, 11</sup>

Por atingir predominantemente populações mais idosas, que habitualmente já são grandes usuários dos serviços de saúde, a presença de diabetes faz com que este grupo de pacientes necessite maior atenção, que se traduz por maior encargo econômico e social para a sociedade.<sup>6, 7</sup> Diabetes Mellitus como diagnóstico primário de internação hospitalar aparece como a 6ª causa mais freqüente, representa cerca de 30% dos pacientes que internam em Unidades Coronarianas com dor precordial, é a principal causa de cegueira adquirida<sup>12</sup> e amputação de membros inferiores<sup>13</sup>, além de cerca de 26% dos pacientes que ingressam em programas de diálise serem diabéticos<sup>14</sup>. No Brasil, apesar de existirem poucos dados referentes ao impacto econômico do diabetes, relatórios do Sistema Único de Saúde indicam que os custos diretos com o diabetes representam altos custos orçamentários e que, somados aos custos indiretos, podem representar cerca de 0,2% do Produto Interno Bruto do país.<sup>15</sup>

Alguns estudos internacionais em Saúde da Família consideram a atenção primária como capaz de dar solução a mais de 80% dos problemas da população, chegando a solucionar cerca de 95% das consultas sem encaminhar o paciente a outros níveis de atenção.<sup>16, 17</sup> Considerando-se que estudos brasileiros sugerem que um médico de 1ª linha pode manejar até 90% das consultas de ambulatório geral,<sup>18, 19</sup> e em recente levantamento realizado no Programa Docente Assistencial UFSC – PMF, sugeriu-se que 89% das consultas foram manejadas

em nível de atenção primária,<sup>20</sup> e entre estas a de pacientes diabéticos, seria de suma importância que se caracterizasse melhor o perfil do paciente diabético que procura atendimento no nível de atenção primária. Com isto, já neste nível poderia-se abordar de forma mais completa o diabetes tanto em aspectos diagnósticos, como também preventivos.

✓ O Diabetes Mellitus é importante problema de Saúde Pública uma vez que é freqüente e geralmente associado a complicações que comprometem a produtividade, qualidade de vida e sobrevida dos indivíduos, além de envolver altos custos no seu tratamento e das suas complicações trazendo repercussões sociais e econômicas grandiosas.<sup>1</sup> Medidas de prevenção do Diabetes Mellitus assim como das complicações são eficazes em reduzir o impacto desfavorável sobre morbi-mortalidade destes pacientes.<sup>1</sup> Desta maneira, deve-se dar importância à educação em saúde na comunidade para que seja possível atentar para a prevenção de fatores de risco, detecção precoce, controle da glicemia, visando melhores resultados a longo prazo, diminuindo as complicações crônicas da doença.

✓ Então, é de grande relevância que se conheça o perfil do paciente diabético através de estudos epidemiológicos, para que por meio destes torne-se possível instituir medidas mais eficazes no rastreamento, diagnóstico precoce, acompanhamento, tratamento e principalmente na prevenção primária do Diabetes Mellitus tipo 2.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. Geral

- Descrever o perfil sócio-econômico, demográfico e clínico do paciente com D.M. tipo 2 atendido nos Centros de Saúde que compõem o PDA UFSC-PMF baseado em informações contidas no arquivo de acompanhamento didático-pedagógico do Internato em Saúde Coletiva no período de março a dezembro de 1999.

### 2.2. Específicos

- Descrever a conduta médica adotada no PDA UFSC-PMF diante do paciente diabético, quanto à prescrição medicamentosa e solicitação de exames complementares.
- Quantificar o número de encaminhamentos realizados.
- Analisar possíveis associações de interesse entre as variáveis estudada com outra amostra formada por pacientes do acolhimento.

### 3. MÉTODOS

O presente estudo foi realizado na cidade de Florianópolis no período de março de 1999 a dezembro de 1999. É de caráter observacional, descritivo de delineamento transversal.

Foram colhidos os dados referentes ao atendimento geral (Apêndices 1 e 2) de todos os pacientes diabéticos atendidos nos 06 Postos de Saúde que compõem o Programa Docente Assistencial UFSC-PMF: Costeira do Pirajubaé, Itacorubi, Saco Grande II, Lagoa da Conceição, Rio Tavares e Córrego Grande. Estes dados foram registrados por 41 doutorandos da 10ª fase de Medicina da UFSC durante o Internato em Saúde Pública no semestre de 1999.1, mais 56 doutorandos referentes ao semestre de 1999.2 durante o Internato em Saúde Pública do mesmo curso. Estes doutorandos preencheram individualmente um arquivo didático-pedagógico, onde havia um espaço para o registro das consultas de atendimento geral (Apêndices 1 e 2). Houve extravio de 07 arquivos didático-pedagógicos, com estes, contabilizou-se 90 arquivos para análise. Todos os 97 doutorandos eram supervisionados (em cada paciente atendido) por um médico comunitário. A equipe médica era formada por 06 médicos comunitários distribuídos nos centros de saúde supra-citados. Ao final do internato, todos os 90 arquivos didático-pedagógicos foram recolhidos e os dados concernentes aos 69 pacientes com diagnóstico de DM tipo 2 foram revisados. Destes 69 pacientes, 30 eram provenientes dos atendimentos do semestre 1999.1 e apresentavam todos os dados referentes às variáveis que se deseja estudar. Outros 39 pacientes foram atendidos no semestre 1999.2, onde nas cadernetas encontrou-se dois modelos de arquivo das consultas de

Atendimento Geral do PDA UFSC-PMF (Apêndice 1 e 2). Destes 39 diabéticos, 11 não apresentaram todas as informações referentes as variáveis (escolaridade, estado civil e ocupação) que o presente estudo deseja estudar e 6 diabéticos foram excluídos do estudo por não apresentarem essas informações em prontuário ou não se conseguiu através de contato telefônico. Outro critério adotado foi o de não se incluir gestantes neste estudo, contabilizando mais 1 exclusão. Ao final, os dados concernentes aos 62 diabéticos foram tabulados no programa EPI-INFO 2000<sup>®</sup> e submetidos à análise estatística.

Foram avaliadas neste trabalho as seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, consulta nova ou retorno, ocupação, estado civil, distribuição dos pacientes nos 06 Centros de Saúde, proporção de encaminhamentos, motivo da consulta, problemas do paciente e conduta médica.

Foi arbitrariamente definida como *consulta nova* o paciente já sabidamente com DM tipo 2 atendido uma única vez, no intervalo de tempo deste trabalho, pelo doutorando responsável. Assim a consulta era automaticamente dita retorno quando um mesmo paciente houvesse retornado duas ou mais consultas para o mesmo doutorando, evitando-se portando que um mesmo paciente entrasse repetidas vezes na população de estudo, assim cada paciente tem somente um registro, resultando num total de 62 pacientes (que constituem o universo da pesquisa). Sendo que se um mesmo paciente consultasse com 02 doutorandos diferentes, sua consulta era considerada como única (um registro) e em retorno.

Considerou-se a *conduta médica* diante do paciente com DM tipo 2 a atitude médica ao final da consulta, o qual poderia ser uma dentre as 04 opções a seguir: 1<sup>a</sup>) quando o médico optava apenas por orientação ao paciente; 2<sup>a</sup>) quando optava por orientação e medicação; 3<sup>a</sup>) quando optava por orientação seguida de pedidos de exames sem medicação e 4<sup>a</sup>) quando o médico optava por orientação, medicação e pedido de exames.

Objetivando comparar a estrutura da população de diabéticos com a população que consulta por todos os outros motivos nos postos do Programa Docente Assistencial, uma amostra de conveniência com 100 pacientes da mesma faixa etária, acolhida nos referidos postos no mesmo período, foi analisada quanto a variáveis representando características demográficas (idade, sexo), escolaridade e a variável representando características da consulta para a comparação foi obtida a partir do arquivo das páginas do acolhimento.

## 4. RESULTADOS

Nos 90 arquivos encontrou-se um número total de 3648 consultas gerais registradas. Nestes, 69 (1,89%) eram de pacientes diabéticos. Destes, 07 não entraram para a análise final por não preencherem os critérios de inclusão deste trabalho (06 por fichas mal preenchidas e incompletas onde não foi possível recuperar por meio de prontuário e comunicação por telefone os dados necessários e uma gestante).

Os dados a seguir expressam os resultados de 62 pacientes com diabetes atendidos no Programa Docente Assistencial UFSC-PMF no período de março a dezembro de 1999.

A TABELA I mostra as variáveis demográficas (idade, sexo), escolaridade e consulta, comparando os diabéticos com a amostra do Acolhimento.

TABELA I – Distribuição da população de diabéticos e amostra da população geral acolhida no PDA UFSC-PMF de acordo com idade, sexo, escolaridade e consulta no período de março a dezembro de 1999.

	DIABÉTICOS			ACOLHIMENTO		
	F	%	%AC	F	%	%AC
IDADE (anos)						
30-39	11	17,7	17,7	44	44	44
40-49	09	14,5	32,3	23	23	67
50-59	22	35,5	67,7	11	11	78
60-69	10	16,1	83,9	16	16	94
70-79	10	16,1	100	05	05	99
80-89	--	00	100	01	01	100
TOTAL	62	100	100	100	100	100
SEXO						
Feminino	54	87,1		70	70	
Masculino	08	12,9		30	30	
TOTAL	62	100		100	100	
ESCOLARIDADE						
Analfabetos	09	14,5	14,5	08	08	08
1º grau (incompleto ou completo)	42	67,7	82,3	66	66	74
2º grau em diante	11	17,7	100	26	26	100
TOTAL	62	100	100	100	100	100
CONSULTA						
Nova	33	53,2		53	53	
Retorno	29	46,8		47	47	
TOTAL	62	100		100	100	

Assim nos diabéticos a faixa etária com maior número de pacientes foi entre 50 e 59 anos (35,5%), enquanto no Acolhimento foi a faixa de 30 a 39 anos (44%). Pela porcentagem acumulada 32,3% dos diabéticos tinham idade até 49 anos, já no Acolhimento 67% tinham idade até 49 anos. Ou ainda: mais da metade dos diabéticos (67,7%) tinham idade acima de 50 anos e por outro lado menos da metade do Acolhimento (33%) tinham idade acima de 50 anos. Encontrou-se também diferença importante entre a média de idade, que foi de 53,9 anos entre os diabéticos e de 45,6 anos entre o grupo do Acolhimento; os

valores da mediana encontraram-se em 53 anos para os diabéticos e 40 anos de idade para o Acolhimento

Ainda na TABELA I encontrou-se um número de 9 (14,5% dos diabéticos) sendo classificado como analfabetos, entre estes apenas 1 paciente sabia escrever seu nome completo. Entre os pacientes do Acolhimento o número de analfabetos era menor, cerca de 8 (8%). Em relação aos pacientes que prosseguiram até o 3º grau, encontrou-se 11 (17,7%) diabéticos, menos que os 26 (26%) dos pacientes do Acolhimento. Notou-se que praticamente não houve diferença entre a proporção de consultas de retorno entre os diabéticos e as pacientes atendidos no Acolhimento, sendo 46,8% dos retornos entre os diabéticos e 47% entre o grupo do Acolhimento.

TABELA II – Estado civil dos diabéticos atendidos no Programa Docente Assistencial UFSC-PMF no período de março a dezembro de 1999.

ESTADO CIVIL	FREQUÊNCIA	%
Solteiro	2	3,2
Casado	41	66,1
Viúvo	17	27,4
União Estável	2	3,2
TOTAL	62	100

TABELA III – Ocupações de diabéticos nos centros de saúde do Programa Docente Assistencial UFSC-PMF de março a dezembro de 1999.

OCUPAÇÃO	FREQUÊNCIA	%
Do lar	36	58,1
Aposentado	11	17,7
Doméstica/Faxineira	06	9,7
Outros*	09	14,4
TOTAL	62	100

\* Livreiro, secretária, servente, lavadeira, vigilante, costureira, desempregado.

TABELA IV – Motivos de consulta mais freqüentes em entre os diabéticos atendidos do Programa Docente Assistencial UFSC-PMF de março a dezembro de 1999.

MOTIVOS DE CONSULTA	NÚMERO	%
Controle de DM	13	21
Mostrar exames	09	14,5
Sintomas possivelmente relacionados à DM-2*	09	14,5
Controle de HAS	07	11,3
Lombalgia	03	4,8
Epigastria	03	4,8
Dislipidemia	02	3,2
Outros**	16	25,8
TOTAL	62	100

\* Sintomas possivelmente relacionados com DM: prurido, tontura, cansaço, noctúria, poliúria e feridas que não cicatrizam.

\*\* Abscesso, asma, alcoolismo, anemia, depressão, dor abdominal, dor no ombro, dorsalgia, mialgia, rouquidão, tosse, angina e pegar medicamentos.

TABELA V – Problemas mais freqüentes nos diabéticos atendidos no Programa Docente Assistencial UFSC-PMF entre março e dezembro de 1999.

PROBLEMA	NÚMERO	%
Somente DM	38	61,3
HAS	15	24,2
Dislipidemia	02	3,2
Infecção de Vias Aéreas Superiores	02	3,2
Obesidade	01	1,6
Desidratação	01	1,6
Broncoespasmo	01	1,6
Dispepsia	01	1,6
TOTAL	62	100

TABELA VI – Freqüência de encaminhamento a especialistas dos diabéticos atendidos no PDA UFSC-PMF no período de março a dezembro de 1999.

ENCAMINHAMENTO	FREQÜÊNCIA	%
Sim	07	11,3
Não	55	88,7
TOTAL	62	100

TABELA VII – Distribuição dos diabéticos entre os 06 centros de saúde no período de março a dezembro de 1999.

CENTROS DE SAÚDE	NÚMERO DE PACIENTES	%
Costeira do Pirajubáé	26	41,9
Saco Grande	11	17,7
Itacorubi	08	12,9
Rio Tavares	07	11,3
Lagoa da Conceição	06	9,7
Córrego Grande	04	6,4
TOTAL	62	100

TABELA VIII – Conduta médica diante dos diabéticos atendidos no Programa Docente Assistencial UFSC-PMF no período de março a dezembro de 1999.

CONDUTA MÉDICA	FREQÜÊNCIA	%
Orientação + Medicação	25	40,3
Orientação + Pedido de exames	13	21
Orientação + Medicação + Pedido de exames	13	21
Somente orientação	11	17,7
TOTAL	62	100

TABELA IX – Frequência de diabéticos medicados e não medicados no Programa Docente Assistencial UFSC-PMF no período de março a dezembro de 1999.

	FREQÜÊNCIA	%
Medicados	38	61,3
Não medicados	24	38,7
TOTAL	62	100

TABELA X – Frequência de diabéticos segundo solicitação de exames complementares no Programa Docente Assistencial UFSC-PMF no período de março a dezembro de 1999.

PEDIDOS DE EXAMES	FREQÜÊNCIA	%
Solicitados	26	41,9
Não solicitados	36	58,1
TOTAL	62	100

## 5. DISCUSSÃO

No presente estudo seguiu-se o desenho adotado por Ferreira<sup>21</sup> para o estudo do perfil dos pacientes hipertensos atendidos no PDA UFSC – PMF no período de outubro de 1998 e fevereiro de 1999.

O delineamento transversal tem como principais vantagens a rapidez, os custos relativamente baixos e o fato de possuir atributos que permitem, a partir de amostragem representativa de uma população, descrever características da mesma e ainda explorar possíveis associações entre os fatores de risco estudados, desde que esta análise se submeta a um modelo pré-estabelecido. Entretanto o delineamento transversal geralmente não permite estabelecer causalidade uma vez que, tratando-se de um corte no tempo, os possíveis determinantes e o desfecho são vistos em um mesmo momento impossibilitando a utilização do desfecho como critério causal<sup>22</sup>. Visto que não era o objetivo estudar a relação causa e efeito, o desenho transversal é útil para este trabalho.

As limitações deste trabalho são entre outras o tamanho da população de estudo e a confiabilidade nos dados registrados. Na realidade, não foi criado um protocolo específico para o diabético, mas sim se adequou o paciente diabético ao modelo de arquivo já pré-estabelecido para a população em geral. As dificuldades acima mencionadas foram consideradas com cautela no presente estudo, evitando-se a extrapolação dos dados para realidades maiores. Houve também rigidez nos critérios de inclusão ou exclusão, participando da população somente os pacientes confirmadamente diabéticos. Assim acredita-se que os dados permitem refletir sobre o perfil do diabético atendido, independente das possíveis falhas.

No período do trabalho (8 meses completos) de um total de 3648 atendimentos registrados pelos doutorando nos Centros de Saúde em consultório (atendimento geral), encontrou-se 69 diabéticos (1,89%). Destes apenas 6 foram excluídos da análise na maioria dos casos por arquivos mal preenchidos, e uma gestante. Muito provavelmente o número de diabéticos que procura o PDA UFSC-PMF foi minimizado já que existe a possibilidade de muitos procurarem o Centro de Saúde apenas no acolhimento para pegar diretamente seus medicamentos em farmácias dentro dos centros, realizar algum procedimento cirúrgico ou curativo ou apenas para aferir a pressão arterial. Estes pacientes talvez realizem suas consultas com endocrinologistas, cardiologistas e cirurgiões de centros terciários próximos.

Segundo dados de recente levantamento realizado no mesmo PDA UFSC-PMF a DM tipo 2 foi relatada como o 20<sup>o</sup> motivo geral de consulta ambulatorial sendo responsável por 1,4% dos motivos de consulta.<sup>20</sup>

Os índices médios de prevalência variam conforme o grupo localizado, podendo variar desde valores menores que 1,0% nos Índios Mapuche, no Chile, até 40,0% nos Índios Pina, no Novo México (EUA).<sup>7</sup> De acordo com os dados obtidos pelo Estudo Brasileiro de Prevalência do Diabetes, realizado em 1990 em 9 capitais brasileiras, evidenciou-se que o diabetes apresenta prevalência de 7,6% para a população com idade entre 30 e 69 anos, apresentando índices mais elevados em São Paulo (9,7%) e menores em Brasília (5,2%).<sup>10</sup> No presente estudo, que é de demanda atendida e não de prevalência, vê-se que apenas 1,89% dos pacientes atendidos no PDA UFSC-PMF são diabéticos. Considerando-se que 50% dos pacientes diabéticos desconhecem o diagnóstico, ainda assim são números menores que os valores encontrados na literatura.<sup>9, 10</sup>

Sendo uma enfermidade tão prevalente era de se esperar um maior número de consultas por DM tipo 2 no nível primário. Estariam estes pacientes consultando em outros níveis e/ou existiria dificuldades em marcar consultas

(demanda reprimida)? Questões como estas podem ser melhor elucidadas com estudos de base populacional e com programas comunitários que proporcionem melhor cobertura e abordagem do paciente diabético.

Neste estudo a faixa etária com maior número de pacientes foi entre 50 e 60 anos com a média de idade dos diabéticos de 53,9 anos. Já no grupo de acolhimento obteve-se uma média de idade de 45,6 anos com a faixa etária mais prevalente entre 30 e 40 anos. A mediana entre o grupo de diabéticos foi de 53 anos, em contraste com a mediana de 40 anos de idade encontrada no grupo do Acolhimento. Assim, vê-se na TABELA I que parece existir realmente uma correlação entre a amostra de diabéticos e faixas etárias mais avançadas.

O Diabetes atinge predominantemente as camadas populacionais mais idosas, chegando a apresentar, no grupo de 60 a 69 anos prevalência de 17,4%, porém no que tange à população com faixa etária entre 30 a 39 anos, a prevalência foi de 2,7%.<sup>10</sup> No presente trabalho foi encontrado 16,1% dos pacientes diabéticos com idade entre 60 e 69 anos e 17,7% com idade entre 30 e 39 anos. Apesar da alta porcentagem de diabéticos com faixa etária entre 30 e 39 anos, analisando-se que 32,3% dos diabéticos apresentaram idade até 49 anos, a parcela da população mais idosa apresentou-se em maior número (67,7%) entre os 50 e 79 anos, assemelhando-se com a literatura, onde o DM tipo 2 atinge predominantemente população mais idosa.<sup>1, 5, 7, 9, 10, 11, 23, 24</sup>

Com relação ao sexo dos pacientes houve um predomínio do sexo feminino (87,2%). Isto não significa que existem mais diabéticos que diabéticas, apenas que as mulheres com DM tipo 2 estão consultando mais frequentemente que os homens com DM tipo 2. Isto foi confirmado quando comparou-se o sexo do grupo de diabéticos com o grupo acolhimento e 70% do grupo acolhimento é do sexo feminino, contra 87,7% do grupo com DM tipo 2. Esses números assemelham-se com a literatura, pois segundo Duncan e Mengue,<sup>25</sup> outros estudos de demanda ambulatorial na atenção primária apontam

que aproximadamente 70% das consultas foram realizadas por mulheres. No estudo sobre o perfil do hipertenso atendido no PDA UFSC – PMF, também foi observado predomínio entre o sexo feminino, com 77,5% entre os hipertensos e 75,3% entre o grupo controle.<sup>21</sup>

Provavelmente por ocasião do horário das consultas (horário comercial), supõem-se que a grande maioria dos homens encontram-se no trabalho, enquanto as mulheres apresentariam maior disponibilidade para consultas ambulatoriais nesse horário.

Na realidade, de acordo com a maior parte da literatura nacional e internacional em estudos de prevalência, o DM tipo 2 atinge igualmente ambos os sexos.<sup>1, 5, 7, 9, 10, 11, 24</sup> Em um trabalho realizado pelo Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas – RS em 1996 observou-se assim como no presente estudo, que houve predominância do sexo feminino. Outra observação que pode feita a partir desse trabalho é que a faixa etária com maior número de diabéticos encontrou-se entre 50 e 59 anos de idade,<sup>23</sup> coincidindo com a faixa etária predominante nesse estudo.

Pela TABELA I obteve-se 9 (14,5%) dos diabéticos analfabetos. Ao somar com 1º grau completo ou incompleto, tem-se 82,3% dos diabéticos do PDA UFSC-PMF que não chegaram a cursar o 2º grau. Em primeiro lugar, tratando-se ou não de diabéticos, este dado (14,5% de analfabetos) “é por si só preocupante e vergonhoso para qualquer sociedade”<sup>21</sup>. Em segundo lugar vale lembrar que a população que procura os serviços de atenção primária é justamente a mais desfavorecida socialmente.<sup>19</sup> Quando comparada a escolaridade dos diabéticos com a amostra do Acolhimento percebe-se pela TABELA I que existe maior porcentagem de analfabetos (14,5%) entre os diabéticos contra os 8% de analfabetos do Acolhimento. Os diabéticos atingiram menos o 2º grau (17,7%) que o grupo Acolhimento (26%). A literatura confirma a existência de associação inversa, estatisticamente significativa, entre nível de educação e diabetes.<sup>26, 27, 28</sup>

enfermidade multifatorial em que diversos fatores de risco e diferentes graus de complicações podem estar presentes num mesmo paciente. O conhecimento da morbidade associada a DM tipo 2 é um dentre vários indicadores que a Organização Mundial de Saúde sugere para se avaliar a situação da Diabetes na comunidade e a partir de então elaborar programas de controle de DM tipo 2 na comunidade.<sup>5</sup>

Modernamente a investigação clínico laboratorial básica do paciente diabético, sugerida nos mais recentes consensos sobre DM,<sup>31</sup> após exame físico minucioso, que deve incluir cálculo de IMC, medida de PA, exame dos pés e fundoscopia são complementados com glicemia, Hemoglobina glicosilada, Uréia, Creatinina, Triglicerídeos e Colesterol total e frações, sem aquelas investigações onerosas e frustrantes realizadas no passado.<sup>31</sup> Sabe-se que em países desenvolvidos, onde a Saúde é prioridade e as condições sócio-econômicas de sua população são favoráveis, o monitoramento da glicemia pode ser feito de maneira domiciliar, com Glicosímetro. Porém, sabe-se que na realidade brasileira e de acordo com as condições sócio-econômicas precárias da maioria da população e conseqüentemente dos diabéticos, inviabiliza o auto-monitoramento domiciliar.<sup>1</sup> Considerando-se que o monitoramento ambulatorial é de certa maneira simples, pode-se entender porque o diabético atendido no nível local pode ser perfeitamente manuseado ficando o envio de paciente com as formas graves, cada vez menos freqüentes, a um nível de maior especialização.

A doença associada mais freqüente à DM tipo 2 em nossos pacientes foi HAS, encontrada em 24,2%. Acredita-se que a prevalência de HAS em diabéticos é pelo menos 2 vezes a da população em geral. Cerca de 15 a 18% dos hipertensos apresentam diabetes e ainda 50% dos pacientes com DM tipo 2 têm HAS.<sup>32, 33</sup> A prevalência de HAS aumenta com a idade e a duração do Diabetes, sendo que a coexistência de duas doenças implica risco duplicado de

enfermidade multifatorial em que diversos fatores de risco e diferentes graus de complicações podem estar presentes num mesmo paciente. O conhecimento da morbidade associada a DM tipo 2 é um dentre vários indicadores que a Organização Mundial de Saúde sugere para se avaliar a situação da Diabetes na comunidade e a partir de então elaborar programas de controle de DM tipo 2 na comunidade.<sup>5</sup>

Modernamente a investigação clínico laboratorial básica do paciente diabético, sugerida nos mais recentes consensos sobre DM,<sup>31</sup> após exame físico minucioso, que deve incluir cálculo de IMC, medida de PA, exame dos pés e fundoscopia são complementados com glicemia, Hemoglobina glicosilada, Uréia, Creatinina, Triglicerídeos e Colesterol total e frações, sem aquelas investigações onerosas e frustrantes realizadas no passado.<sup>31</sup> Sabe-se que em países desenvolvidos, onde a Saúde é prioridade e as condições sócio-econômicas de sua população são favoráveis, o monitoramento da glicemia pode ser feito de maneira domiciliar, com Glicosímetro. Porém, sabe-se que na realidade brasileira e de acordo com as condições sócio-econômicas precárias da maioria da população e conseqüentemente dos diabéticos, inviabiliza o auto-monitoramento domiciliar.<sup>1</sup> Considerando-se que o monitoramento ambulatorial é de certa maneira simples, pode-se entender porque o diabético atendido no nível local pode ser perfeitamente manuseado ficando o envio de paciente com as formas graves, cada vez menos freqüentes, a um nível de maior especialização.

A doença associada mais freqüente à DM tipo 2 em nossos pacientes foi HAS, encontrada em 24,2%. Acredita-se que a prevalência de HAS em diabéticos é pelo menos 2 vezes a da população em geral. Cerca de 15 a 18% dos hipertensos apresentam diabetes e ainda 50% dos pacientes com DM tipo 2 têm HAS.<sup>32, 33</sup> A prevalência de HAS aumenta com a idade e a duração do Diabetes, sendo que a coexistência de duas doenças implica risco duplicado de

morte por evento cardiovascular.<sup>32, 33</sup> As duas doenças são mais freqüentes entre aqueles de condições sócio-econômicas precárias.<sup>32, 33</sup> o que também pode ser suspeitado pelos resultados deste estudo e o realizado anteriormente sobre HAS no PDA UFSC – PMF.<sup>21</sup>

Dislipidemia foi encontrada em 3,2% dos casos. O Diabetes em geral é associado a dislipidemia, observando-se aumento do VLDL-colesterol e redução do HDL-colesterol. Os níveis de LDL-colesterol podem estar muitas vezes elevados, com predominância do aumento do LDL-colesterol de moléculas pequenas e densas.<sup>34, 35, 36, 37</sup> Sabe-se que as disfunções do perfil lipídico são muito comuns nos diabéticos, afetando de 50 a 80% dos mesmos.<sup>34, 35, 38</sup> É difícil explicar porque houve discrepância tão grande entre os dados obtidos e a literatura, uma das razões pode ser devido ao predomínio nítido do sexo feminino e sabe-se que as mulheres apresentam melhor perfil lipídico antes da menopausa.<sup>34, 35, 38</sup>

Obesidade foi registrada em 2,3% dos pacientes. De acordo com a literatura especializada cerca de 80 a 90% dos pacientes com DM tipo 2 são obesos.<sup>38</sup> Provavelmente a obesidade foi subestimada nessa casuística, talvez por ainda não existir o hábito de encará-la como uma doença “isoladamente” e por conseguinte não se calcula medidas mais sensíveis como o IMC (Índice de Massa Corporal) nos pacientes; sendo diagnosticados então os casos mais evidentes. Segundo o Consenso Latino-Americano de Obesidade<sup>38</sup> os obesos apresentam um risco aumentado de 2 a 10 vezes de desenvolver DM tipo 2, dependendo do grau de obesidade.

(Ao somar dislipidemia, HAS e obesidade, tem-se 29% dos problemas apresentados pelos diabéticos atendidos pelo PDA UFSC-PMF. Nas fases pré-clínicas e clínicas do diabetes, cuja alteração do metabolismo de carboidratos é caracterizada pela hiperinsulinemia e resistência à insulina, freqüentemente são associadas a dislipidemia, hipertensão e obesidade, constituindo um quadro

sindrômico denominado Síndrome X, que apesar de se mostrar muitas vezes assintomática, representa importante risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.<sup>4, 35, 39</sup>

Infecção de Vias Aéreas Superiores (3,2%) não é correlacionada com DM tipo 2, apareceu na TABELA V provavelmente devido a importante prevalência da mesma na população em geral.

Na TABELA VI nota-se que 88,7% dos pacientes com DM tipo 2 não necessitaram de encaminhamento, sendo manejados no nível de atenção primária e, que apenas 11,3% de pacientes foram encaminhados a outros níveis de atenção, para avaliação de especialistas. Destes, alguns podem ter sido encaminhados não devido a diabetes em si, mas sim por outras doenças concomitantes. Entretanto tal constatação não pode ser quantificada. Isto sugere que a grande maioria dos diabéticos do PDA UFSC-PMF pode ser manuseado dentro do nível primário.

Na TABELA VII obteve-se a distribuição dos diabéticos entre os diversos Centros de Saúde que compõem o PDA UFSC-PMF. Conforme já foi discutido anteriormente, o presente estudo não visa apontar prevalência, por isso não se pode afirmar que o Centro de Saúde Costeira apresenta maior prevalência, e sim apresenta o maior número de casos no determinado período de estudo. Com relação à conduta médica diante do paciente diabético (TABELAS VIII, IX, X), vê-se que em apenas 17,7% dos pacientes com DM tipo 2 foram somente orientados, sem prescrição de medicamentos ou solicitação de exames. Nota-se também que 61,3% dos diabéticos foram medicados e para 41,9% dos diabéticos foram solicitados exames complementares. Segundo a literatura,<sup>40</sup> gastos referentes ao controle da glicemia, seja por tratamento medicamentoso, seja por monitoramento a partir de exames complementares (glicemia, Hb-glicosilada) justificam-se devido à redução de gastos a longo prazo no tratamento das

complicações inerentes a DM tipo 2. Ainda, analisando-se a questão das complicações do DM tipo 2, o controle intensivo da glicemia reduz significativamente seu apareamento precoce, bem como afeta positivamente na qualidade de vida, através da diminuição dos eventos hipoglicêmicos, além de incentivar o ~~paciente a aderir a dietas e exercício físico~~, importantes para o controle glicêmico.

## 6. CONCLUSÕES

O presente trabalho mostrou que o paciente com DM tipo 2 atendido no PDA UFSC-PMF é em sua grande maioria do sexo feminino, já que na realidade as mulheres é que procuram mais os centros de saúde, com média de idade e faixas etárias maiores que a população geral que vai ao PDA, sugerindo uma relação entre DM tipo 2 e faixas etárias mais elevadas. Existe também correlação entre baixa escolaridade e DM tipo 2 maior que na população geral que procura o acolhimento. O estado civil casado foi o mais freqüentemente encontrado.

As ocupações mais características do sexo feminino prevaleceram (do lar/doméstica/faxineira) refletindo a maior freqüência deste sexo na amostra, e junto com a escolaridade, um baixo nível sócio-econômico. Estes resultados foram semelhantes ao da literatura encontrada sobre o tema. Os dois motivos mais freqüentes de consultas entre os diabéticos são controle de saúde e mostrar exames, provavelmente devido à natureza assintomática da DM tipo 2 na maioria dos casos, na ausência de complicações. Cerca de 61% dos pacientes tinham somente DM como problema clínico encontrado, porém quando à ela se associava alguma doença, a mais freqüente era HAS.

Dos diabéticos, 11,3% necessitaram de encaminhamento sendo que a maioria dos mesmos eram atendido no Centro de Saúde, o que comprova que a nível de atenção primária pode-se conduzir e monitorar cerca de 88,7% dos diabéticos.

Em relação à conduta médica, cerca de 17,7% receberam somente orientação, contra os 61,3% dos pacientes que receberam o tratamento

medicamentoso. Ainda, foram solicitados exames complementares para 41,9% dos diabéticos atendidos no PDA UFSC-PMF.

Pelo fato da maioria dos pacientes que consultaram receberem tratamento e acompanhamento no próprio Centro de Saúde, pelo baixo número de encaminhamentos necessários e por características do DM tipo 2 pode-se especular que o nível de atenção primária é muito importante para a detecção, avaliação, tratamento e até prevenção primária da DM, a qual cada vez mais constitui-se em importante problema de saúde pública. Sugere-se motivar que se calcule o IMC para melhor e mais precisamente diagnosticar e classificar a Obesidade.

## 7. REFERÊNCIAS

1. Consenso Brasileiro Sobre Diabetes. Diagnóstico e Classificação do Diabetes Mellitus e Tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2. Maio/2000. Sociedade Brasileira de Diabetes.
2. Schmidt MI. Diabetes Mellitus. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, *et al.* Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1996 p.476-90. [Cap. 83].
3. De Fronzo RA, Bonnadona RC, Ferrannini E. Pathogenesis of NIDDM - a balance overview. Diabetes care 1992; 15(3): 318-68.
4. Muir A, Schatz DA, Maclaren NK. The pathogenesis, prediction and prevention of insulin dependent diabetes mellitus. Endocrinol. Metab. Clin. North Am. 1992; 21: 199-220.
5. King H, Rewers MM. WHO Ad. Hoc. Diabetes Reporting Group Global Estimates for prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in adults. Diabetes care 1993; 16: 157-77.
6. Roman SH, Harris M. Management of diabetes mellitus from a public health perspective. Endocrinol. Metab. Clin. North Am. 1997; 26(3): 443-74.
7. Humphrey ARG, Zimmet PZ, Hamman RF. The epidemiology of diabetes mellitus. The Diabetes Annual 1995; 9: 1-31.
8. Zimmet P, King M. World trends in diabetes epidemiology. In: Krall J. ed. World Book of Diabetes Practice. Amsterdã: Elsevier Science Publishers. 1986: p. 38-44.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes Mellitus no Brasil. [Disponível on line em [www.socesp.org.br](http://www.socesp.org.br).] Revista Socesp 1990; 8(5): 764
10. Maierbi DA, Franco LJ. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose in the urban Brazilian population aged 30-69 years. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. Diabetes Care 1992; 15(11): 1509-16.
11. Benjamin SM, Tieni EF, Ryan C, Vinicor F. Healthy People 2010 targets for diabetes mellitus (DM) do you have a chance?. Diabetes 2000; 40 (1Suppl): A215.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenadoria da Atenção à Saúde do Idoso. Silvestre JA. Hospitalizações SUS. 1997.
13. Bruno R. Pacientes diabéticos em diálise: características clínicas, sobrevida e fatores prognósticos, 1999. [Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas: Endocrinologia]
14. Spichler ERS, Spichler D, Martins CSF, et al. Diabetic lower extremities amputation. Diabetologia 41 (A279): 90-96.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Iunes RF. Relatório econômico do diabetes no Brasil. 1995.
16. Allen J. Experiências internacionais em Saúde da Família – Reino Unido. In: Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção Básica. I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família – Relatório final 1999; 53-6.
17. Pérez AF. Experiências internacionais em Saúde da Família – Cuba. In: Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção Básica. I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família – Relatório Final; 1999: 37-8

18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública 2000; (3): 316-9
19. Tavares M, Takeda S. A prática da atenção primária à saúde. In: Duncan BB, Schimidt MI, Giugliani ERJ, *et al.* Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1996 p. 29-35. [Cap. 5]
20. Da Silva GC. Motivos mais freqüentes de consulta em ambulatório. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1998. 24p. [Trabalho de conclusão do curso de Medicina UFSC].
21. Ferreira MA. Perfil do paciente hipertenso atendido no Distrito Docente Assistencial UFSC – Prefeitura Municipal de Florianópolis no período de outubro de 1998 a fevereiro de 1999. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1999. 37p. [Trabalho de conclusão do curso de Medicina UFSC]
22. Campana AD. Pesquisa clínica – estudos observacionais. In: Introdução à investigação clínica. 1.ed. Botucatu. São Paulo: Trianon; 1995 p.87-99.
23. Costa JSD, Beira JV, *et al.* Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. Departamento de Medicina Social da UFPEL. Pelotas. Rev. Saúde Pública 1999; 33 (1): 24-32.
24. Goldenberg P, Franco LJ, Silva RS, *et al.* Diabetes Mellitus Auto-referido no Município de São Paulo. Depto Med Prev. Escola Paulista de Medicina – UFSP. São Paulo. Cadernos de Saúde Pública 1996; 12 (1): 37-45
25. Duncan BB, Mengue SS. Aspectos das condições de saúde da população brasileira. In: Duncan BB, Schimidt MI, Giugliani ERJ, *et al.* Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1996 p.10-6. [Cap. 2]

26. Benbow JS, Walsh A, Gill GV. Diabetes in institutionalized elderly people: a forgotten population? BMJ 1997; 314: 1868
27. Christensen J, Moller JM. Social deprivation and diabetic patients. BMJ 1994; 308: 1240
28. Griffen S. Diabetes care in general practice: meta-analysis of randomised control trials. BMJ 1998; 307: 390-6
29. Connolly V, Kelly W. Risk factors for diabetes in men. BMJ 1995; 311: 188.
30. Rimm EB, Chan J, Stampfer MJ, *et al.* Prospective study of cigarette, alcohol use, and the risk of diabetes in men. BMJ 1995; 310: 555-9
31. Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso sobre Detecção e Tratamento das complicações Crônicas do Diabetes Mellitus. Arq. Bras. Endocrinol. Metab. 1999; 43: 7-13
32. Gulliford MC, Aryanayagam-Baksh SM, Bickran L *et al.* Social environment, morbidity and use of health care among people with diabetes mellitus in Trinidad. Int. J. Epidemiol. 1997; 26: 620-7.
33. Zanella MT, Ferreira SRG, Ribeiro AB. Hipertensão arterial e diabetes mellito. Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão 1998 1(2): 55-60.
34. Kreinberg RA. Diabetic dyslipidemia. Am. J. Cardiol. 1998;82: 67-7.
35. Letho S, Ronnema T, Häfner SM, Pyörala, Kallio V, Laakso M.  
Dyslipidemia and hyperglycemia predict coronary heart disease events in middle-aged patients with NIDDM. Diabetes 1997; 46: 1354-9.
36. Warram H, Kopczinski J, Janka HU, *et al.* Epidemiology of NIDDM and its macrovascular complications. Endocrinol. Metab. North Am. 1997; 26(1): 165-88.
37. Lenario AC, Bosco A, Rocha M, *et al.* Risk factors in obese women with particular reference to visceral fat component. Diab. Metabol. 1997; 23: 68- 74.

38. Coutinho WF. Consenso Latino Americano de Obesidade: Até onde já chegamos. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* 1999; 43: 21-67.
39. Koskien P, Manttari M, Mannenan V, et al. Coronary heart disease incidence in NIDDM patients in the Helsinki heart study. *Diabetes care* 1992; 15: 820-5.
40. Gray A, McGuire A, Fenn P, et al. Cost effectiveness of an intensive blood glucose control policy in patients with type 2 diabetes: economica analysis alongside randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 320: 1373-8.

## **NORMAS ADOTADAS**

O presente trabalho segue normatização dos trabalhos científicos do Curso de Graduação em Medicina. Resolução nº 001/97 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis – Santa Catarina – 2001

## RESUMO

O objetivo deste trabalho foi descrever: o perfil sócio-econômico, demográfico e clínico dos pacientes com DM tipo 2 atendidos no PDA UFSC-PMF; a conduta médica e o número de encaminhamentos. Houve comparação com amostra do acolhimento. Fonte de Dados: Os dados registrados em arquivos de 62 diabéticos atendidos no PDA UFSC-PMF por 97 estudantes de Medicina (supervisionados por médicos) durante o Internato em Saúde Pública 99.1 e 99.2. Resultados: Predomínio do: sexo feminino, faixa etária mais avançada e baixa escolaridade em relação ao encontrado no grupo controle (acolhimento). O estado civil casado e as ocupações femininas prevaleceram. Os dois motivos de consulta mais freqüentes foram: Controle de Saúde e Mostrar exames. HAS foi a doença associada mais freqüente. Cerca de 11,3% dos pacientes com DM tipo 2 necessitaram de encaminhamento a especialistas. Conclusão: O perfil do paciente com DM tipo 2 ficou caracterizado como descrito acima e o nível de atenção primária é importante para a abordagem da DM como problema de Saúde Pública.

O PDA UFSC – PMF atendeu, sem encaminhar, a 88,7% dos diabéticos que foram à consulta.

## SUMMARY

Profile of the patient with Diabetes Mellitus type 2 assisted in the PDA UFSC PMF between March (1999) to December (1999).

AUTOR: Zaffer Maito

ESTABLISHMENT: UFSC, Faculty of Medicine

The purpose of this study was to describe: the demographic, clinical and socioeconomic profile of the patient with DM type 2 assisted in the PDA UFSC PMF; the medical conduct and the number of directions, and compare with a sample of the reception. The data source was the data registered in files of 62 patients with DM type 2 assisted in PDA UFSC PMF by 97 students of medicine (supervised by general practitioners during the boarding school in public health 99.1 and 99.2. Results: Prevalence of the: females, more advanced age in diabetic group and lower scholarship in relation to the founded in the comparative group (reception). The married civil state and the feminine occupations prevailed. The two more frequent consultation reasons were: control of health and to show exams. HAS was the more frequent associated disease. 11,3% of the diabetics needed direction. The conclusion was that the profile of the patient with DM type 2 was characterized as described above and the level of primary care is important for the abordage of the DM type 2. The PDA UFSC – PMF was able to attend, without repring to other levels of the systemof health, up to 88% of the diabetic patients that went to the consultation.

# APÊNDICE 1

Arquivo didático-pedagógico utilizado no Internato em Saúde Coletiva 1999.1 e 1999.2 no PDA UFSC-PMF pelos doutorandos do curso de Medicina.

ATENDIMENTO GERAL					
	Número da Consulta <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr></table>				
<input checked="" type="checkbox"/> Data:	/ / .				
<input checked="" type="checkbox"/> Consulta:	<input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Retorno <input type="checkbox"/> Triagem <input type="checkbox"/> Saúde da Mulher <input type="checkbox"/> Saúde da Criança <input type="checkbox"/> Saúde do Adulto				
<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	.....				
<input checked="" type="checkbox"/> N° Prontuário:	<table border="1" style="display: inline-table; width: 200px; height: 20px;"><tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr></table>				
<input checked="" type="checkbox"/> Bairro Onde Mora:	.....				
<input checked="" type="checkbox"/> Data de Nascimento:	/ / .				
<input checked="" type="checkbox"/> Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino				
<input checked="" type="checkbox"/> N° de Moradores:	.....				
<input checked="" type="checkbox"/> Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> União Estável				
<input checked="" type="checkbox"/> Quantos Cômodos (exceto banheiro e cozinha)?:	.....				
<input checked="" type="checkbox"/> Ocupação:	.....				
<input checked="" type="checkbox"/> Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Sabe Escrever seu Nome. <input type="checkbox"/> 1° grau <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> 2° grau <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> 3° grau				
<input checked="" type="checkbox"/> Queixa Principal:	.....				
<input checked="" type="checkbox"/> Problemas:					
P <sub>1</sub> :	.....				
P <sub>2</sub> :	.....				
P <sub>3</sub> :	.....				
P <sub>4</sub> :	.....				
<input checked="" type="checkbox"/> Conduta:	<input type="checkbox"/> Orientação <input type="checkbox"/> Medicação: ..... ..... ..... <input type="checkbox"/> Pedido de Exames, Quais? ..... ..... .....				
<input checked="" type="checkbox"/> Houve Encaminhamento?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Serviço: .....				
<input checked="" type="checkbox"/> Como Avalia sua Saúde?:	.....				



TCC  
UFSC  
CM  
0312

N.Cham. TCC UFSC CM 0312

Autor: De Alonso, Maria D

Título: Obesidade, hipertensão e dislipi



972802059

Ac. 253473

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM