

**Comunicações Orais - *Epidemiologia, Prevenção
e Intervenção na Comunidade***

Quinta Feira, 11 de Março de 2010

(13h45)

Sala Fénix III

(C7 a C12)



SOCIEDADE PORTUGUESA
DIABETOLOGIA
PORTUGUESE
SOCIETY OF DIABETOLOGY

C7

CARACTERIZAÇÃO DAS HIPOGLICÉMIAS GRAVES EM DOENTES DIABÉTICOS ASSISTIDOS PELA VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO DO HOSPITAL DE CURRY CABRAL DE 2005 A 2009

Figueira Coelho J, Lourenço S, Martins Batista A

Introdução: A hipoglicémia grave é uma das causas mais frequentes de actuação da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

Objectivos: Caracterizar as hipoglicémias em doentes diabéticos assistidas pela VMER do Hospital de Curry Cabral de Janeiro 2005 a Dezembro 2009.

Material e Métodos: Foi analisado um total de 772 fichas de hipoglicémias graves. Foram excluídas 91 devido a preenchimento demasiado incompleto, casos não diabéticos e/ou não indicação da causa. As restantes 681 foram divididas em 2 grupos - em relação com antidiabéticos orais (ADO) e em relação com insulino-terapia; dentro deste grupo foram ainda constituídos 2 subgrupos - diabéticos tipo 1 e diabéticos tipo 2. Os grupos foram analisados em relação aos seguintes parâmetros: sexo, idade, hora de chamada, tipo e classe de terapêutica hipoglicemiante, glicémia inicial, glicémia final após intervenção, Escala de Coma de Glasgow (ECG) inicial e após intervenção, terapêutica efectuada e destino do doente.

Resultados: A maioria das hipoglicémias esteve relacionada com insulino-terapia (72.7%), onde prepondera o sexo masculino (58.9% vs 37.8%), a média de idades é menor (53.7 vs 75.7 anos), a glicémia inicial foi mais baixa (64.1% vs 54% com glicémia < 40mg/dL), foi maior a incidência de ECG inicial = 3 (8% vs 5.8%), a recuperação em ECG = 15 foi tendencialmente maior (91.5% vs 87.1%) e a média de fórmulas de glicose hipertónica administrada foi maior (2.67 vs 2.46). Em ambos os grupos, a distribuição de casos ao longo das 24h foi bastante semelhante, sendo a VMER maioritariamente activada das 12h-24h (55.4% e 58.3%); contudo a maior incidência de chamadas no grupo da insulino-terapia foi no período 12-13h e no de ADO no período 9-10h. A permanência no domicílio foi o destino mais frequente para os casos relacionados com insulino-terapia (66.5%), tendo 94.6% dos relacionados com ADO sido transportados para o hospital. A glibenclamida, utilizada em 52.5% dos doentes, é o principal agente hipoglicemiante oral envolvido, seguido de gliclazida (18.4%) e glimepirida (11.2%). Apenas 36.9% estavam sob sulfonilureia isoladamente. As principais diferenças entre diabéticos tipo 1 e tipo 2 sob insulino-terapia são a idade média (37.2 vs 68.6 anos), ECG inicial médio mais elevado (13 vs 11), maior utilização de esquema intensivo (10.7% vs 5.3%) e maior tendência a permanecer no domicílio (73.2% vs 60.9%).

Conclusões: As hipoglicémias graves assistidas pela VMER são maioritariamente relacionadas com insulino-terapia sendo facilmente resolvidas habitualmente com administração de glicose hipertónica, tendo excelente prognóstico e possibilidade de permanência no domicílio em 2/3 dos casos, sem necessidade de reassistência. A maioria das hipoglicémias a ADO continua a estar relacionada com glibenclamida.

C8

PREVENIR A DIABETES. PROJECTO IMAGE - EXPERIÊNCIA E RESULTADOS DA APDP

Paiva AC, Andrade C, Covinhas A, Raimundo A, Mesquita C, Raposo J

Introdução: A diabetes constitui actualmente um dos maiores problemas do mundo. Vários estudos têm demonstrado que os programas de prevenção podem reduzir significativamente o risco de desenvolver diabetes. Ao nível político há um consenso claro que é necessário actuar agora no desenvolvimento de programas de prevenção objectivos para diminuir a crescente prevalência da diabetes tipo 2, tal como referido na declaração de Viena e na Resolução das Nações Unidas sobre Diabetes. O projecto IMAGE foi concebido para melhorar a prevenção da Diabetes na Europa, Portugal está directamente envolvido como parceiro associado através da APDP no módulo responsável para o desenvolvimento de um currículo Europeu para a formação de "Gestores de Prevenção" e realizou um curso piloto de "Gestores de Prevenção de Diabetes Tipo 2" com base no currículo proposto.

Objectivos: Avaliar a aceitação e a viabilidade dos módulos e metodologias desenvolvidas. Desenvolver e implementar um projecto de intervenção que promova estilos de vida saudáveis (exercício e nutrição).

Métodos: Estudo quantitativo e qualitativo. Foi aplicado um questionário para cada módulo e um questionário para o curso global.

Resultados: A avaliação global do curso foi considerada boa por 64% dos participantes. A duração do curso foi considerada boa (57%) ou muito boa (21%). 43% Consideraram a escolha dos temas muito boa. Os recursos audiovisuais foram classificados como bons (43%) e muito bons (35%). A qualidade da documentação distribuída foi adequada (50%) e 28% consideraram que foi boa. Com relação às habilidades de motivação demonstrada pelos formadores 64% consideraram boas e 28% muito boas. Os participantes consideraram que o curso melhorou as suas habilidades e competências pessoais, principalmente nas áreas de nutrição e actividade física. Eles consideraram também que o reforço positivo para desenvolver e implementar projectos de intervenção foi importante. Foi considerado necessário haver mais ênfase no módulo de concepção do projecto. Os participantes apresentaram e executaram vários projectos de intervenção nas suas comunidades interessantes e viáveis.

Conclusão: O Currículo proposto foi considerado muito satisfatória para os participantes. Este curso piloto permitiu-nos fazer algumas sugestões para melhorar os cursos futuros.

É extremamente importante que o Serviço Nacional de Saúde promova a formação de profissionais de saúde na área de prevenção de diabetes, uma vez que uma prevenção primária efectiva é a chave para reduzir a crescente prevalência de diabetes tipo2 e este curso pode ser uma ferramenta importante para melhorar as habilidades e as competências dos profissionais de saúde na concepção de projectos e implementação de programas de prevenção na comunidade.

C9

- CRESCER EM SEGURANÇA - INTERVENÇÃO NAS ESCOLAS FREQUEN- TADAS POR CRIANÇAS COM DIABETES

Dingle M, Fadista S, Pereira A, Afonso M, Barradas M, Valadas C, Raposo J

Introdução: A Diabetes Mellitus é uma das doenças crónicas mais frequentes nas crianças em idade escolar. Adequadamente tratadas e acompanhadas, estas crianças podem e devem ter uma vida escolar e social completamente normais e prevenir as complicações tardias da Diabetes.

Para que as pessoas que lidam com a criança na escola, adquiram conhecimentos e estratégias de como lidar com a criança com diabetes, surgiu a necessidade da realização de sessões de formação.

Pelo que a APDP elaborou este projecto de intervenção nas escolas, no âmbito dos projectos da DGS.

Objectivos: Melhorar a integração social e a rede de suporte das crianças diagnosticadas com diabetes tipo 1, no ambiente escolar.

Material e Métodos: Público alvo são educadores, professores, auxiliares e copeiras de escolas com crianças e jovens com diabetes.

É identificada a necessidade de se ir à escola da criança com diabetes, e feito o contacto com a escola.

A sessão tem duração de 2h, a 1ª para as crianças com informação sobre diabetes tipo 1 e alimentação saudável, a 2ª para a equipe escolar e pais da criança com diabetes.

A metodologia é interactiva com suporte audiovisual, que facilita a discussão do tema.

Os pais, e a equipe escolar que acompanha a criança preenchem um questionário no início e 3 meses após a sessão.

Fica ainda um dossier na escola com informação sobre a diabetes tipo 1 e sobre o tratamento realizado pela criança.

Resultados: Fomos a 7 escolas, de crianças com diabetes, abranjemos nas sessões um total de 96 adultos da equipe escolar e 51 crianças sem diabetes entre os 6 e os 10 anos. Das crianças com diabetes, há 2 que utilizam bomba perfusora de insulina.

O projecto está em curso pelo que se apresentam alguns dos resultados preliminares de avaliação dos questionários pré-sessão.

Assim as áreas de tratamento em que sentem mais dificuldade, são as hipoglicemias e hiperglicemias para a equipe escolar e os dias de doença e a alimentação para os pais. Mas todos concordam que o acesso a mais informação sobre Diabetes, melhora a integração da criança no meio escolar.

Conclusão: Este projecto de formação visa o acompanhamento da criança com diabetes na escola, promovendo estratégias adequadas para ultrapassar melhor as dificuldades e sensibilizar toda a estrutura social envolvente, incluindo as outras crianças para este evento particular.

Com base na análise dos questionários, e opiniões manifestadas pelos participantes podemos concluir que este projecto está a contribuir positivamente para a motivação e o envolvimento da equipa escolar nos cuidados às crianças com diabetes, o que poderá facilitar a integração da criança na escola.

C10

RISCO PORTUGUÊS NA DIABETES: RESULTADOS PRELIMINARES

Mesquita A¹, Correia LG¹, Boavida JM¹, Raposo J¹, Cardoso SM²

Introdução: Portugal tem 11,7 % de prevalência de diabetes na população entre os 20-79 anos, sendo 5,1 % da diabetes, não diagnosticada (PREVA-DIAB, 2009). A estratificação de risco é uma condição fundamental para o desenho de estratégias de intervenção compreensivas e consequentes.

Objectivos: Determinar o risco de diabetes tipo 2 na população com idades compreendidas entre os 20 e 79 anos através da FINDRISK. Analisar os diferentes factores que contribuem para o risco obtido.

Métodos: Foi analisada uma amostra aleatória representativa da população portuguesa (censos 2001) com 5167 sujeitos entre 20-79 anos. A glicémia em jejum foi usada para classificação da Alteração da Glicémia em Jejum de acordo com a Organização Mundial de Saúde. Os resultados foram padronizados para a população portuguesa por sexo e idade: a análise do risco foi estimada na população não-diabética. O risco da diabetes tipo 2 foi calculado de acordo com a FINDRISK.

Resultados: Para um Intervalo de Confiança de 95 %: A população não-diabética tem a seguinte distribuição de risco – baixo: 29,7 % (28,3-31,1); ligeiramente elevado: 38,4 % (36,9-39,8); moderado: 18,4 % (17,2-18,6); elevado: 12,6 % (11,6-13,6) e muito elevado: 1,2 % (0,9-1,5). Análise por género: - baixo risco: sexo masculino 37,3 % (35,3-40,1), sexo feminino 22,4 % (20,7-24,1); ligeiramente elevado: sexo masculino 38,0 % (35,6-40,4), sexo feminino 38,7 % (36,0-40,4); moderado: sexo masculino 15,5 % (13,7-17,3), sexo feminino 21,1 % (19,4-22,8); alto: sexo masculino 8,6 % (7,2-10,0), sexo feminino 16,2 % (14,3-18,1) e muito elevado: sexo masculino 0,83 % (0,33-1,3), sexo feminino 1,7 % (1,2-2,2). Pessoas do género feminino sem anomalia de glicémia do jejum tinham um risco médio de 11,3 (11,5-11,2), versus 14,4 (13,9-15,0) verificado nas que apresentavam anomalia de glicémia do jejum; no género masculino os valores eram 9,3 (9,1-9,5) e 11,9 (11,4-12,3), respectivamente.

A regressão logística das variáveis FINDRISK mostram que o risco de desenvolver diabetes aumenta com a idade, histórico de diabetes na família directa, hiperglicémia prévia, aumento do perímetro abdominal e pelo facto de se pertencer ao género masculino; e diminui com a ingestão de vegetais e exercício físico (Qui quadrado 883,8432; p < 0,0001).

Conclusão: A população portuguesa apresenta um risco importante de desenvolver diabetes que beneficiaria com intervenções ao nível do desenvolvimento de estilos de vida saudáveis. Estratégias de rastreio sistemático podem ser úteis para identificação de grupos de maior risco, no sentido de desenvolver intervenções consequentes. O FINDRISK pode ser uma ferramenta útil de rastreio.

APDP - Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal.

(1) APDP - Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal.

(2) Instituto de Higiene e Medicina Social, Coimbra, Portugal.

CII

SER RECLUSO: UM RISCO ACRESCIDO PARA O DESENVOLVIMENTO DA DIABETES TIPO 2? ESTUDO DO RISCO DE DESENVOLVER A DOENÇA NUMA POPULAÇÃO RECLUSA EM PORTUGAL

Massa A¹, Bernardo A¹, Maltez A¹, Paixão P¹, Rodrigues R¹, Silva S¹, Pratas S², Moreira G², Boavida JM², Raposo JF^{1,2}

Introdução: A Diabetes Mellitus é uma das principais causas de morbilidade crónica e um dos grandes problemas de Saúde Pública estando previsto o aumento da sua incidência e prevalência nas próximas décadas. Tendo em conta a especificidade dos serviços de saúde dos estabelecimentos prisionais e dada a inexistência de estudos prévios nesta área, considerou-se oportuna uma abordagem a este nível.

Objectivos: Avaliação do risco de desenvolver Diabetes tipo 2 numa população reclusa masculina com menos de 45 anos em Portugal. Pretendeu-se ainda avaliar esse mesmo risco para cada um dos estabelecimentos prisionais, bem como a contribuição individual de alguns factores de risco estatisticamente relevantes.

Material e Métodos: Este foi um estudo observacional, transversal e descritivo. Após um curso de formação dos profissionais de saúde dos estabelecimentos prisionais procedeu-se à aplicação, por entrevista, do questionário FINDRISK a uma amostra de 1478 reclusos de 13 estabelecimentos prisionais portugueses. Os resultados do score de risco foram categorizados nos 5 níveis de risco de desenvolver diabetes em 10 anos: baixo (score <7), sensivelmente elevado (7-11); moderado (12-14); alto (15-20); muito alto (>20).

Resultados: Dos níveis de risco considerados, em 82,6% dos reclusos (n=1221) o nível foi baixo, sendo a média do risco global 3,5. A diferença da distribuição do risco pelos diferentes estabelecimentos prisionais não foi estatisticamente significativa, com excepção do estabelecimento prisional do Funchal e de Pinheiro da Cruz, onde as médias de risco, ainda assim baixas, foram 1,3 e 6,3, respectivamente. Das variáveis estudadas, as que revelaram uma maior contribuição para o risco obtido foram os antecedentes familiares (+37,5%) e a ausência de uma prática diária de exercício físico (+18,1%).

Conclusão: Apesar do baixo risco verificado nesta população, mas dada a tendência crescente da Diabetes tipo 2 no nosso país, consideramos fundamental uma aposta na prevenção primária. Sendo os antecedentes familiares um factor de risco não modificável e uma vez que a genética por si só não possui um valor preditivo positivo significativo, sugere-se uma intervenção no estilo de vida através da adopção de hábitos saudáveis.

C12

PREVALÊNCIA DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA (IRC) E FACTORES DE RISCO ASSOCIADOS E RISCO DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL (IRCT): DADOS DO ESTUDO PREVADIAB

Vinhas J¹, Correia LG², Boavida JM³, Raposo JF², Mesquita AC², Cardoso SM⁴

Introdução: A doença renal crónica é um problema de saúde crescente a nível mundial e em Portugal não existem até à data dados agregados para um diagnóstico de situação. O Estudo PREVADIAB é um estudo epidemiológico baseado na população, que permitiu estimar a prevalência da diabetes em Portugal.

Objectivo: Estimar a prevalência de IRC e factores de risco associados na população do estudo PREVADIAB.

Material e Métodos: Foram analisadas as 5167 pessoas dos 20 aos 79 anos de idade que participaram no estudo PREVADIAB. A IRC foi classificada de acordo com os critérios da "National Kidney Foundation-Chronic Kidney Disease" segundo o filtrado glomerular calculado através do "Modification of Diet in Renal Disease". Usaram-se os critérios da Organização Mundial de Saúde para classificação de diabetes e os da "International Diabetes Federation" para classificação da síndrome metabólica. As estimativas foram combinadas com os dados disponíveis sobre IRCT, através do Registo Nacional de Doenças Renais.

Resultados: Prevalência nos estádios 3 a 5 foi de 6.1% (estádio 3: 5.6%; estágio 4: 0.3%; estágio 5: 0.18%). A prevalência dos factores de risco de IRC tais como a diabetes (11.7%), obesidade (33.7%) e síndrome metabólica (41.5%) foi similar à encontrada nos Estados Unidos, mas maior que nos países Europeus. A incidência de IRCT (50 novos doentes com IRCT para cada 10,000 doentes IRC de estádios 3 e 4, apresenta valores bastante aproximados aos dos Estados Unidos e mais elevados que nos Países Europeus.

Conclusões: A prevalência dos factores de risco de IRC não explica a prevalência da IRC e não pode ser totalmente responsável pelos novos casos de IRCT. Sugere-se que as diferenças nos padrões de prática clínica associados ao Sistema de Saúde possam também contribuir para as diferenças observadas na incidência da IRCT.

(1) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
(2) APDP - Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal.

(1) Nefrologia, Hospital São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
(2) APDP - Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal.
(3) Presidente SPD, Lisboa, Portugal. Coordenador do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, Lisboa, Portugal.
(4) Instituto de Higiene e Medicina Social, Coimbra, Portugal.