

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE ADOLESCENTES COM DM1 EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO

Maria Laura Silva Gomes (1); João Victor Santos de Castro (2); Izabel Cristina de Souza (3); Régia Christina Moura Barbosa Castro (4)

1-Acadêmico de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: mlaura_gomes@hotmail.com

2- Acadêmico de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail:j.victor_jawm@hotmail.com

3- Acadêmico de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail:izabelsouza@alu.ufc.br

2-Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará (UFC).E-mail: regiabarbosa@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Estima-se que a população mundial com diabetes é da ordem de 415 milhões de pessoas e que deverá atingir 642 milhões em 2040. Cerca de 80% desses indivíduos com Diabetes Mellitus (DM) vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade, com crescente proporção de pessoas afetadas em grupos etários mais jovens (IDF, 2015).

No Brasil, estipula-se que 6,2% da população de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, o equivalente a um contingente de 9,1 milhões de pessoas. Mostrando, ainda, que no Ceará 380 mil pessoas tenham diabetes, sendo que 115 mil estão em Fortaleza (BRASIL, 2013).

A DM corresponde um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, em sua secreção ou em ambas (SBD, 2015). Podendo ser classificada em quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional (ADA, 2014).

Entre essas classes podemos destacar a DM1 que se caracteriza pela destruição das células beta levando ao estágio de deficiência absoluta de insulina, sendo necessária a administração da mesma para prevenir cetoacidose, coma e morte (BRASIL, 2013). Aliás, atinge aproximadamente de 0,5 novo caso/100.000 habitantes/ano com um pico de incidência na adolescência, porém com um forte viés de aumento de incidência em crianças menores de 5 anos (SBD, 2014).

Assim, pode-se afirmar que é preciso atuar na população específicas dos adolescentes diabéticos que cuidamos e, para tanto, deve-se levar em consideração os seus conhecimentos em relação a essa doença, afim de que se possam utilizar estratégias de educação em saúde em consonância com o modo de vida desses jovens.

Diante dessa contextualização do cenário mundial em relação ao DM1, percebemos a importância de conhecer qual o perfil sociodemográfico e clínico dos adolescentes atingidos por esse agravo, influenciando da elaboração de um plano de cuidados personalizados às nuances características dessa faixa etária, como os conflitos interiores, o intenso desejo de autoafirmação, a necessidade de aceitação e de relacionar-se com outras pessoas, o desejo de buscar novidades e preocupação com a aparência física. Ainda, o profissional de Enfermagem, enquanto educador em saúde, será capaz de adaptar suas ferramentas educativas conforme as particularidades da população atendida e poderá programar novas práticas de cuidado capazes de promover benefícios a saúde dos diabéticos e poderá contribuir para uma melhor assistência.

Esse trabalho está inserido em uma pesquisa intitulada “Diabetes Mellitus Tipo 1: Avaliando o conhecimento de adolescentes e seu efeito no autocuidado”, que visa relacionar o conhecimento sobre a doença e as dificuldades encontradas com as intervenções de autocuidado aplicadas pelo adolescente. Desse modo, esse trabalho tem como objetivo descrever o perfil sociodemográfico e clínico de adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 atendidos em um serviço especializado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa. Realizado no Ambulatório de Especialidade Endócrina do Hospital Universitário Walter Cantídio, na cidade de Fortaleza – CE. A instituição conta com o Serviço de Endocrinologia e Diabetes – SED, sendo realizado atendimento aos pacientes com diabetes mellitus tipo 1 semanalmente as quarta e sexta-feira. A coleta de dados ocorreu no mês de novembro de 2016.

A população estudada foram dez pacientes adolescentes diagnosticados com DM1 em atendimento no ambulatório, no período da coleta de dados. Adotou-se os seguintes critérios de inclusão: estar cadastrado no ambulatório e ter como diagnóstico médico o diabetes mellitus tipo I. Foram excluídos adolescentes com outras comorbidades e com déficit cognitivo que o impedisse de participar do estudo.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um formulário com roteiro semiestruturado, contendo as variáveis relacionadas às características sociodemográficas e clínicas, os conhecimentos sobre a patologia, as questões relacionadas ao autocuidado e barreiras enfrentadas. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas, gravadas em áudio com autorização dos entrevistados e seus responsáveis e, posteriormente, foram transcritas.

Essa pesquisa foi realizada em conformidade com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e aprovação pelo comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo de número 1.619.904 (BRASIL, 2012). Ressalta-se que para os menores de 18 anos, o termo foi assinado pelos pais ou responsável do adolescente.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Observou-se que os sujeitos do estudo eram predominantes do sexo masculino (seis), com idade entre 11 a 19 anos, procedentes de Fortaleza (oito), com escolaridade que variou de sete a 13 anos de estudo, predominando renda familiar mensal entre 1 a 3 salários mínimos (oito).

Em outro estudo, podemos observar que os indivíduos com diabetes tipo 1 se distribuem diferentemente entre os sexos, sendo a maior parte do sexo masculino em relação ao sexo feminino ratificando a discreta predominância que foi encontrado (SERRABULHO; MATOS; NABAISSET al., 2015; ATKINSON; EISENBARTH; MICHELS, 2014). Por sua vez outro estudo realizado em um serviço especializado em Blumenau, encontrou predominância no sexo feminino (VARGAS, DE ANDRADE, BORK, 2016).

Ao analisarmos o nível de escolaridade, verificamos a importância desse para caracterizar a população com uma boa compreensão cognitiva, pois ela permite indicar que os entrevistados possuem uma boa capacidade de discernimento para aquisição de conhecimentos, fundamental para o entendimento do tratamento e manutenção do controle glicêmico (ARAÚJO, 2011; VARGAS, DE ANDRADE, BORK, 2016).

Por ser economicamente caro do ponto de vista social, pacientes com renda familiar baixa podem ter maior dificuldade em aderir ao tratamento (ARAÚJO, 2011). Desse modo, entendemos que a informação sobre a renda é um fator que pode auxiliar na prevenção e tratamento de algumas doenças crônicas como o diabetes, já que a renda pode interferir diretamente no início e manutenção do tratamento dos portadores da doença.

Percebe-se, portanto, a relevância de levar em consideração os distintos níveis de conhecimento dos adolescentes sobre a DM1 durante a consulta e acompanhamento de Enfermagem do jovem com diabetes, lembrando que tais diferenças podem estar associadas ao nível de escolaridade e renda, bem como à percepção individual sobre os riscos e complicações agudas e crônicas que a doença pode acarretar.

Quanto aos dados clínicos, nove pacientes tinham mais de cinco anos de diagnósticos, foram descobertos portadores de DM1 no hospital (oito), faziam uso de análogos de insulina (sete) e não possuíam hipoglicemia com a dose tomada (seis). Nesse sentido, podemos observar que a faixa etária dos depoentes está entre 11 e 19 anos e apresentam um diagnóstico superior a cinco anos. Assim, os dados obtidos correspondem a outros estudos, nos quais relatam que, atualmente, sabe-se que a incidência de DM1 tem aumentado, particularmente na população infantil com menos de 5 anos de idade (SBD, 2015).

Com relação ao número de diagnóstico em ambiente hospitalar verificou-se oito dos 10 adolescentes. Corroborando com o achado, destaca-se que em alguns estudos realizados com pessoas com Diabetes Mellitus, que também se evidenciou, internações hospitalares por ocasião do diagnóstico da doença. Como motivos para tais internações foram alegados: perda da consciência precedida de sinais de moleza da criança; excesso de fome, sede e diurese; emagrecimento rápido e crise convulsiva por hipoglicemia (GOES; VIEIRA; JUNIOR, 2011).

O tratamento pode ser realizado com a aplicação de múltiplas doses de insulina com diferentes tipos de ação, com seringa, caneta ou sistema de infusão contínua de insulina. Assim, o tratamento com múltiplas doses de insulina tornou-se bastante prático após o surgimento das canetas, hoje apresentadas em vários modelos, até mesmo com possibilidade de usar doses de 0,5 (meia) unidade de insulina e com comprimentos diferentes de agulhas (4, 5, 6, 8 e 12 mm). Dessa forma, isso se torna útil para os análogos de insulina ultrarrápidos e de ação prolongada (lispro, asparte e glulisina) existentes atualmente, já que torna possível dosagens bem individualizadas, específicas a cada momento do dia (SBD, 2015).

Nesse âmbito, as insulinas análogas de longa ação, como a glargina e detemir, também apresentam melhores resultados no tratamento da doença, devido ao pico de ação pouco pronunciado e duração de ação mais prolongada, garantindo um melhor controle metabólico com risco reduzido de hipoglicemia noturna quando comparado com a insulina NPH (PINTO, 2013).

Assim, o fato desses análogos apresentarem um perfil mais estável, menor variabilidade glicêmica, maior previsibilidade, não apresentarem picos de ação e não necessitarem de homogeneização torna possível uma administração mais flexível (BOLLI et al, 2014).

Das complicações mais comuns, as agudas são as mais destacadas pelos adolescentes entrevistados, principalmente a hipoglicemia, referindo os sintomas de sonolência, calafrios e sensação de fome. Percebe-se que a hipoglicemia é um dos fatores que provoca limitações no controle glicêmico e que o uso de insulinas análogas contribui, satisfatoriamente, para o controle metabólico e na diminuição de episódios de hipoglicemia. Nota-se, que os dados obtidos na fala de um dos depoentes correspondem a outros estudos, como o do Sistema de Monitoramento Contínuo de glicose (SMCG), nos quais constataram uma frequência de hipoglicemia de 10,1%, maior prevalência à noite (18,8% vs. 4,4%) e duração prolongada dos episódios noturnos (média de 3,3 horas) na maioria dos casos assintomáticos (91%) (SBD, 2015).

CONCLUSÃO

Podemos concluir que o perfil epidemiológico e clínico encontrado no período da coleta foi sexo masculino, com idade entre 11 a 19 anos, procedentes de Fortaleza, com escolaridade que variou de sete a 13 anos de estudo, predominando renda familiar mensal entre 1 a 3 salários mínimos, diagnóstico com mais de cinco anos, diagnóstico realizado em ambiente hospitalar, em uso de insulina análoga, complicação mais comum hipoglicemia.

Uma das limitações do estudo foi a baixa adesão a pesquisa e o reduzido número de atendimentos no período da coleta no ambulatório especializado. No entanto, apesar da amostra pequena, podemos encontrar conformidade com outros estudos da literatura analisada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADA, American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v. 37, p. 81-90, 2014.

ARAÚJO, S.T. Adesão terapêutica dos portadores de diabetes mellitus atendidos na rede pública de saúde no município de Fortaleza, Ceará. 2011. 161f. **Dissertação** (Mestrado Multiprofissional) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

ATKINSON, Mark A.; EISENBARTH, George S.; MICHELS, Aaron W. Type 1 diabetes. **The Lancet**, v. 383, n. 9911, p. 69-82, 2014.

BOLLI G.B, SONGINI M, TROVATI M *et al.* Baixa glicemia em jejum, variabilidade da glicose e hipoglicemia noturna com insulina basal glargina vs NPH em indivíduos com diabetes tipo 1. **Nutrição, Metabolismo e Doenças Cardiovasculares – Revista**, vol. 19, nº 8, p. 571-9, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro, 2014. 46

BRASIL, Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes mellitus. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 36. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Resolução CNS Nº 466/12. Seção 1. Página 59. 2012.

GOES, A.P.P., VIEIRA, M.R.R., LIBERATORE-JUNIOR, R.R, Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social. **Rev Paul Pediatr**, vol. 25, nº 2, p. 124-128, 2007.

GRILLO, M. F. F.; et al. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. **Rev. Assoc. Med. Bras.** vol. 59, n.4, p.400-5, 2013.

IDF, International Diabetes Federation Diabetes. **IDF International Diabetes Federation 2015**, Brussels/Belgium, 7 ed. 2015. ISBN: 978-2-930229-81-2. Disponível em: www.diabetesatlas.org. Acesso em 01 de setembro de 2017.

KARDAS, P.; LEWEK, P.; MATYJASZCZYK, M. Determinants of patient adherence: are view of systematic reviews. **Frontiers in Pharmacology**, v.4, p. 91, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Adesão a terapias de longo prazo: evidência para a ação. Genebra: OMS; 2003.

PASQUALOTTO, K. et al.. Diabetes mellitus e Complicações. **Jornal de Biotecnologia e Biodiversidade**. Vol. 3, nº 4: p. 134-145, 2012.

PINTO, C. I. C.. Novas Insulinas: vantagens reais e controvérsias. 2013 **Dissertação** (Mestrado) Universidade Fernando Pessoa, 2013.

SERRABULHO L., MATOS M. G., NABAIS J. V., RAPOSO, J. F. A educação para a saúde nos jovens com diabetes tipo 1. **Psicologia, saúde & doenças**, v. 16, nº 1, p. 70-85, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015**. São Paulo – Vila Mariana: GEN, 2015.

VARGAS, D. M.; DE ANDRADE, B. B.; BORK, B. Perfil Clínico e Epidemiológico de Crianças E Adolescentes com Diabetes Mellitus 1 atendidos na Atenção Secundária Em Blumenau-SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 45, n. 3, p. 58-70, 2016.