



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

RAFAELA MIRELLY RODRIGUES SILVA

**RASTREAMENTO DO DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

LAGARTO

2024

RAFAELA MIRELLY RODRIGUES SILVA

**RASTREAMENTO DO DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso 2 do Curso de Graduação em Enfermagem do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof.Dr. Glebson Moura Silva

LAGARTO

2024

RAFAELA MIRELLY RODRIGUES SILVA

**RASTREAMENTO DO DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso 2 do Curso de Graduação em Enfermagem do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof.Dr. Glebson Moura Silva

Aprovado em: ____/____/____

Prof. Dr. Glebson Moura Silva
Universidade Federal de Sergipe
Orientador

Me. Daniela Silva Pereira
Universidade Federal de Sergipe

Me. Luany Abade Café
Universidade Federal de Sergipe

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo Geral	9
2.2 Objetivo específico	9
4. REVISÃO DA LITERATURA	10
4.1 <i>Diabetes Mellitus</i>	10
4.2 O Papel da APS na prevenção, diagnóstico e manejo do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)	11
5 MATERIAIS E MÉTODOS	17
5.1 Tipo de Pesquisa	17
5.2 Local da Pesquisa	17
5.3 Amostragem e Recrutamento	17
5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	17
5.5 Instrumento de Coleta de Dados	18
5.6 Riscos	18
5.7 Benefícios	18
5.8 Desfecho Primário e Secundário	18
5.9 Análise dos Dados	19
5.10 Aspectos Éticos	19
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
6.1 Análise do Perfil dos Participantes	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	34

RESUMO

RASTREAMENTO DO DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rafaela Mirelly Rodrigues Silva, Lagarto, 2024

Introdução: O rastreamento e controle do diabetes Mellitus consiste em um processo fundamental a ser salientado na Atenção Primária à Saúde, visto que com um cuidado holístico a reversão dessa patologia na vida dos pacientes torna-se significativa. **Objetivo:** Esse estudo visou descrever uma experiência sobre o rastreamento do Diabetes Mellitus tipo 2 em uma Clínica de Saúde da Família na cidade de Lagarto/SE. **Métodos:** O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, com caráter descritivo, do tipo relato de experiência. Foram realizadas aferições da glicemia capilar de jejum e pós prandial, além da aplicação do instrumento Escore Finlandês de Risco de Diabetes (FINDRISC) adaptado com dados socioeconômicos do paciente, no período compreendido entre os meses de Março e Abril de 2024. **Resultados:** O estudo revelou que 45,9% dos participantes apresentaram risco baixo para desenvolvimento de DM2 nos próximos 10 anos, enquanto 32,4% estavam nos grupos de risco moderado a muito alto. Esses dados destacam a necessidade de intensificar intervenções preventivas e educativas na Atenção Primária à Saúde (APS), visando reduzir os riscos e promover cuidados adequados. Logo, com os resultados foi possível direcionar o cuidado a esses pacientes que estavam com taxas de predisposição em desenvolver a DM2, acolhendo esse usuário de modo precoce, e os direcionando a estratégia de saúde da família (ESF) com o intuito de reverter as taxas e as implicações da doença por meio de um acompanhamento integral e humano.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Rastreamento, Humanização, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

DIABETES MELLITUS SCREENING IN PRIMARY HEALTH CARE: AN EXPERIENCE REPORT

Rafaela Mirelly Rodrigues Silva, Lagarto, 2024

Introduction: Diabetes Mellitus screening and control is a fundamental process to be highlighted in Primary Health Care, since with holistic care the reversal of this pathology in the lives of patients becomes significant. **Objective:** This study aimed to describe an experience on screening for type 2 Diabetes Mellitus in a Family Health Clinic in the city of Lagarto/SE. **Methods:** This study is a qualitative research, with a descriptive character, of the experience report type. Fasting and postprandial capillary blood glucose levels were measured, in addition to the application of the Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) instrument adapted with the patient's socioeconomic data, in the period between March and April 2024. **Results:** The study revealed that 45.9% of participants were at low risk of developing DM2 over the next 10 years, while 32.4% were in the moderate to very high risk groups. These data highlight the need to intensify preventive and educational interventions in Primary Health Care (PHC), aiming to reduce risks and promote appropriate care. Therefore, with the results, it was possible to direct care to these patients who were predisposed to developing DM2, welcoming these users early and directing them to the family health strategy (ESF) with the aim of reversing the rates and implications of the disease through comprehensive and humane monitoring.

Keywords: Diabetes Mellitus, Screening, Humanization, Family Health Strategy.

1 INTRODUÇÃO

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (Leslie *et.al.*, 2021).

O Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) é considerado uma das doenças endócrino-metabólicas mais recorrentes na infância e adolescência. O DM1 é causado por destruição das células β , geralmente autoimune, o que leva a uma deficiência grave da secreção de insulina. A apresentação clínica clássica do DM 1 geralmente é abrupta, com maior propensão à cetose e cetoacidose, necessidade de insulinoterapia plena desde o diagnóstico ou após curto período. Pacientes com diagnóstico na vida adulta podem apresentar uma forma mais lentamente progressiva da doença, com evolução clínica mais branda (Leslie *et.al.*, 2021).

Por conseguinte, o diabetes melito tipo 2 (DM2) ocorre por perda progressiva de secreção adequada de insulina, geralmente secundária à resistência insulínica e à síndrome metabólica 1, 2, 3, além de deficiência parcial de secreção de insulina pelas células β pancreáticas, e por alterações na secreção de incretinas. Esta condição clínica é caracterizada por hiperglicemia crônica e corresponde a 90 a 95% de todos os casos de diabetes melito (BRASIL,2024).

Os principais fatores de risco para DM2 consistem em idade maior que 45 anos de idade, sobrepeso ou obesidade, sedentarismo, síndrome dos ovários policísticos (SOP), pré-diabete, diabete gestacional prévia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, história familiar de DM em parentes de primeiro grau, apneia obstrutiva do sono (AOS) e etnia negra, indígena, hispânica/latina e asiática (BRASIL,2024).

Em 2019, 5,89% da população mundial tinha DM2, o que equivale a aproximadamente 437,9 milhões de indivíduos, dos quais 436,0 milhões com idade superior a 20 anos. Além disso, mais de 1 milhão de mortes por ano em todo o mundo foram atribuídas ao DM2, e o número de casos novos em 2019 foi de 21,7 milhões, o que representa 280 casos novos por 100.000 habitantes (BRASIL,2024).

No Brasil, a prevalência de DM2 é de 5,8%, similar à estimativa mundial, com aproximadamente 12,0 milhões de indivíduos apresentando DM2 e 659 mil novos casos registrados em 2019, o que corresponde a uma taxa de incidência de 304,5 casos por 100.000

habitantes. Além disso, neste ano, foram registrados 62.882 óbitos por DM2 no país, atingindo 75.438 óbitos em 2021 (BRASIL,2024).

Dados do *Diabetes Prevention Program Research Group* demonstraram que um programa intensivo de mudança do estilo de vida, incluindo medidas como a prática de atividade física, alimentação adequada e saudável e redução do estresse, são capazes de reduzir a incidência de DM2. Além disso, o monitoramento contínuo, programas de educação e apoio ao autocuidado, e a prevenção de doenças cardiovasculares em pacientes com pré-diabete são sugeridos para a prevenção de DM2 (BRASIL,2024).

Desse modo, a grande importância de se identificar indivíduos em risco de desenvolver DM está associada à possibilidade de reversão da situação de risco, já que muitos dos fatores são modificáveis. Observa-se que com alterações no estilo de vida, principalmente redução do peso corpóreo e implementação de uma atividade física, é possível reduzir a incidência da DM e prevenir ou retardar suas comorbidades. (SBD,2020).

Sendo assim, o presente estudo destaca-se com uma grande importância ao que concerne às medidas de prevenção e rastreamento do DM 2, evitando a progressão da doença, bem como o reconhecimento precoce, para que de fato o indivíduo possa ser acolhido de modo humano, integral e direcionado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever a experiência sobre o rastreamento do Diabetes Mellitus tipo 2 em uma Clínica de Saúde da Família na cidade de Lagarto/SE.

2.2 Objetivo específico

- Estratificar o risco por meio da aplicação do instrumento Escore Finlandês de Risco de Diabetes (FINDRISC);
- Identificar os fatores associados a níveis alterados de glicemia e ao aumento do risco para a doença.
- Analisar os fatores associados aos riscos de diabetes ou glicemia alterada.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1 *Diabetes Mellitus*

O diabetes mellitus (DM) é uma condição crônica que vem crescendo no mundo, totalizando atualmente 463 milhões de pessoas afetadas pela enfermidade. Destaca-se como um dos principais problemas mundiais de saúde pública, pelo rápido aumento da prevalência e pela elevada taxa de morbimortalidade. O Brasil ocupa o 5º lugar entre os países que mais apresentam casos de DM no mundo (16,8 milhões de pessoas) e tem prevalência de 10,4% da população na faixa etária de 20 a 79 anos. Estima-se que até 2045 esse número aumente para 26 milhões de pessoas (SBD, 2020).

O *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2) corresponde a 90%–95% de todos os casos de DM, com grande impacto na saúde da população e na vida das pessoas. Tem etiologia multifatorial relacionada à urbanização, transição epidemiológica de condições agudas para crônicas, mudanças nos hábitos alimentares e no estilo de vida, sedentarismo, excesso de peso, envelhecimento populacional e sobrevida das pessoas (SBD,2020). O aumento da prevalência do diabetes está associado a diversos fatores, como rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário, maior frequência de excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, à maior sobrevida dos indivíduos com diabetes (SBD,2020).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) , estima-se que a glicemia elevada é o terceiro fator, em importância, da causa de mortalidade prematura, superada apenas por pressão arterial aumentada e uso de tabaco. Como resultado de uma combinação de fatores, o que inclui baixo desempenho dos sistemas de saúde, pouca conscientização sobre diabetes entre a população geral e os profissionais de saúde e início insidioso dos sintomas ou progressão do DM, essa condição pode permanecer não detectada por vários anos, dando oportunidade ao desenvolvimento de suas complicações (OMS,2020).

Estima-se que cerca de 50% dos casos de diabetes em adultos não sejam diagnosticados e que 84,3% de todos os casos de diabetes não diagnosticados estejam em países em desenvolvimento (SBD, 2020).

4.2 O Papel da APS na prevenção, diagnóstico e manejo do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser muito resolutiva para pessoas que necessitam de acesso a cuidados continuados durante toda a vida, realizando intervenções básicas envolvendo medicação, educação em saúde, aconselhamento e acompanhamento longitudinal (Mendes, 2011).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) está estruturado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) a qual embasa as ações no nível primário com implantação de equipes multidisciplinares em unidades básicas que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias de uma área geográfica delimitada. Nesse modelo é possível desenvolver intervenções com enfoque coletivo e individual, considerando-se o contexto do usuário e a atenção à saúde integral. A ESF aposta na aproximação da equipe com a comunidade e destaca a importância do vínculo nas ações de saúde, visando transformar o enfoque tradicional embasado no modelo biomédico. As equipes realizam ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação das doenças e agravos mais prevalentes, como é o caso das Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O trabalho no território é muito valorizado, principalmente pela participação do Agente Comunitário de Saúde (Brasil, 2012).

O processo de implantação desse modelo nas últimas duas décadas proporcionou diversos avanços relacionados aos cuidados em saúde da população, na medida em que possibilitou uma postura mais ativa da equipe de saúde no território, ampliou o conhecimento dos profissionais a respeito da situação de saúde da população adscrita, permitiu o acompanhamento longitudinal das pessoas vinculadas e o desenvolvimento de ações de educação em saúde, entre outros. No entanto, ainda existem muitas lacunas, profissionais e equipes de APS que continuam operando no modelo tradicional com ênfase na consulta médica individual, tratamento medicamentoso e com pouca valorização da promoção e prevenção à saúde (Conill, 2008; Souza & Hamann, 2009; Brasil, 2011).

Nesse contexto, é perceptível que o sistema se estrutura de modo resolutivo, contudo, a carência da prática profissional ao que concerne ao avanço nas práticas do rastreamento do *Diabetes Mellitus* (DM) e a difusão de medidas de promoção e prevenção é algo que ainda precisa ser salientado, discutido e estruturado (Mendes, 2013).

A enfermagem enquanto ciência do cuidado humano tem papel fundamental na compreensão da fisiopatologia, no rastreamento e no tratamento de doenças, bem como na construção com os pacientes de um plano terapêutico singular que considere as escolhas e o contexto de vida da pessoa com DM. A partir de práticas educativas e de cuidados adequados

é possível apoiar as pessoas com DM a tornarem-se protagonistas do seu autocuidado e a conviverem melhor com a sua condição de saúde, atribuindo a esses usuários um cuidado integral e holístico (Rodrigues, *et al.*, 2012).

Trazendo em pauta o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MAAC), o qual se configura com o objetivo de romper a atenção fragmentada, centrada na doença e no saber médico, fruto dos modelos anteriores, o (MACC) vem sendo incorporado gradativamente nos serviços de saúde brasileiros. Embasado nas características do *Chronic Care Model (CCM)*, Modelo da Pirâmide de Risco (MPR) e Modelo da Determinação Social, o MACC foi estruturado ancorado nos princípios do SUS. O conhecimento da população da ESF envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociosanitários; a vinculação das famílias à equipe da ESF; a identificação das subpopulações com fatores de riscos proximais e biopsicológicos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por estratos de riscos; e a identificação das subpopulações com condições de saúde muito complexas (Mendes, 2011).

De modo seguinte, o MAAC se configura sendo distribuído em 5 níveis, o qual podemos classificar o nível 1 como imprescindível para o processo de promoção da saúde, o rastreamento precoce e intervenções claras e objetivas focadas nos determinantes sociais intermediários, nesse contexto, verifica-se a necessidade da APS e as ESF em conhecer a sua população e proporcionar uma educação em saúde voltada para as particularidades de cada indivíduo. De modo análogo, no nível 2, as intervenções são de prevenção das condições de saúde e com foco nos determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida.

A partir do nível 3, exige-se a definição de subpopulações recortadas segundo a estratificação de riscos da condição de saúde, definida pelo MPR. Nesse nível 3, estruturam-se as intervenções sobre os fatores de risco biopsicológicos como idade, gênero, hereditariedade, hipertensão arterial, dislipidemias, depressão, pré-diabetes e outros. Por conseguinte, no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional e, nesse nível é que se necessita de uma atenção cooperativa dos generalistas da ESF e dos especialistas. Por fim, o nível 5 destina-se à atenção às condições crônicas muito complexas e que estão, também, relacionadas nas linhas-guia das respectivas condições de saúde (Mendes, 2011).

Em conformidade ao que foi pontuado por Mendes, os modelos de atenção às condições crônicas engendram respostas sociais proativas, contínuas e integradas em três dimensões: dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. Esses modelos

se assentam num tripé de sustentação: a estratificação dos riscos da população usuária, a estabilização das condições crônicas e o autocuidado apoiado, sendo esses necessários para serem postos em prática de modo gradativo e efetivo (Mendes, 2012).

Por conseguinte, vale destacar o modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas, proposto pela Organização Mundial da Saúde, o qual propõe três âmbitos de aplicação para o seu modelo dos cuidados inovadores para as condições crônicas (CICC): o âmbito macro, o âmbito meso e o âmbito micro. De acordo com Mendes, o âmbito macro é o das macropolíticas que regulam o sistema de atenção à saúde; o âmbito meso se destaca sendo o das organizações de saúde e da comunidade; e o âmbito micro é o das relações entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias e suas famílias. Esses níveis interagem e influenciam de forma dinâmica uns aos outros. Assim, esses níveis estão unidos por um circuito interativo de retroalimentação em que os eventos de um âmbito influenciam as ações de outro, e assim sucessivamente. Dessa forma, podemos visualizar o quanto um sistema articulado gera eficiência e efetividade nos sistemas de atenção à saúde, ao contrário, quando há uma desarticulação, o serviço se torna ineficiente e os pacientes se tornam os principais afetados (Mendes, 2011).

Mediante ao que foi exposto, em consonância com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, medidas de rastreamento na APS, referenciadas no quadro 1 e quadro 2, devem ser incorporadas e salientadas com a finalidade de promover ao serviço de saúde uma qualidade na assistência, e uma busca integral que vise a redução dos riscos aos pacientes no âmbito social (SBD,2021).

Sendo assim, segundo a SBD, o rastreamento consiste em um conjunto de procedimentos cujo objetivo é diagnosticar o diabetes mellitus ou a condição de pré-diabetes em indivíduos assintomáticos. Essa atividade tem grande importância para a saúde pública, pois está diretamente ligada à possibilidade de diagnóstico e tratamento precoces, minimizando os riscos de desenvolvimento de complicações, principalmente microvasculares (SBD,2020).

Quadro 1. Critérios para rastreamento do DM2 em adultos assintomáticos

• Idade a partir de 45 anos (universal)
• Sobrepeso ou obesidade

- + um fator de risco dentre os seguintes:
 - História familiar de DM2 em parente de primeiro grau
 - Etnias de alto risco (afro descendentes, hispânicos ou indígenas)
 - História de doença cardiovascular
 - Hipertensão arterial
 - HDL menor que 35 mg/dL
 - Triglicerídeos maior que 250mg/dL
 - Síndrome dos ovários policísticos
 - Sedentarismo
 - Presença de acantose nigricans
 - Pacientes com pré-diabetes
 - História de diabetes gestacional
 - Indivíduos com HIV

Fonte: SBD, 2020

Quadro 2. Critérios para rastreamento de DM2 em crianças e adolescentes assintomáticos

- Jovens com sobrepeso e obesidade com, pelo menos, um fator de risco:
 - História de diabetes materno
 - História familiar de parente de primeiro ou segundo grau com DM2
 - Etnia de risco
 - Sinais de resistência à insulina
 - Acantose nigricans
 - Hipertensão Arterial
 - Dislipidemia
 - Adolescente com SOP
 - Baixo peso ao nascimento

Fonte: SBD, 2020

4.3 A relevância da Prevenção e Educação em Saúde e as barreiras de adesão enfrentadas na APS

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, considerando a elevada carga de morbimortalidade associada, a prevenção do diabetes e de suas complicações é hoje prioridade da saúde pública. Na atenção básica, ela pode ser efetuada por meio da prevenção de fatores de risco para diabetes como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); da identificação de casos não diagnosticados de diabetes (prevenção secundária) para tratamento;

e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crônicas, prevenção terciária (SBD, 2019; IDF, 2017).

As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente. Embora a definição do MS apresenta elementos que pressupõem essa interação entre os três segmentos das estratégias utilizadas para o desenvolvimento desse processo, ainda existe grande distância entre retórica e prática (Falkenberg *et al.*, 2014)

Dentre as políticas públicas para o DM e os consensos internacionais, um dos atributos em destaque dos profissionais da saúde, em especial os que compõem a Atenção Primária à Saúde (APS), é o desenvolvimento de atividades educativas, tanto no âmbito individual quanto no coletivo para as pessoas com DM. (Salci *et al.*, 2018).

As ações de educação em diabetes devem auxiliar o desenvolvimento de profissionais de saúde para que eles estejam preparados para oferecer cuidados de qualidade às pessoas com diabetes e também às pessoas com risco de desenvolver diabetes. A prática educativa direcionada ao paciente com DM deve estar pautada no diálogo e na troca de saberes, valorizando o conhecimento popular, o estímulo e o respeito à autonomia do sujeito no cuidado de sua própria saúde e o incentivo à participação ativa no controle social, com vistas a contribuir para melhoria das condições de vida e de saúde. Ou seja, acolher o paciente de acordo com suas particularidades é de suma importância para que o êxito na assistência e na educação em saúde possa de fato ser consolidada (SBD, 2023).

Mediante esse cenário, em estudos realizados por Salci *et al.*, (2018), de acordo com a auto-organização dos profissionais das EqSFs para a educação em saúde no manejo e prevenção das complicações crônicas do DM na APS foram identificadas duas categorias: Fragilidades da educação em saúde para as pessoas com DM e Potencialidades para a auto-organização da educação em saúde. Em relação às fragilidades, tiveram como destaques a estrutura física, a falta de espaço dentro das UBS para a realização de atividades coletivas, apontada como uma limitação para a realização de ações educativas e uma assistência pautada no modelo médico. Ou seja, os entraves surgem na base, na incapacidade do gerenciamento em acolher a necessidade dos usuários por meio da humanização do cuidado (SBD, 2022; Salci *et al.*, 2018).

Os estudos mediados por Salci *et al.*, (2018), comprovaram que as atividades educativas às pessoas com DM não eram tomadas como referência, que eram tomadas como não efetivas,

situação essa que favorece carência na assistência integral aos pacientes, bem como um tecnicismo na saúde se sobrepondo a um cuidado humano à essas pessoas (Salci *et al.*, 2018).

Por conseguinte, já em relação às potencialidades previstas nos estudos realizados por Salci *et al.*, (2018), foi possível perceber a denominação de grupo dos insulínodpendentes, que mesmo não ocorrendo com frequência, destacou-se como uma possível potencialidade a ser desenvolvida na população, os usuários precisam ser capacitados a exercer o seu autocuidado com a saúde da melhor maneira possível, além disso, foi notada outra potencialidade, a qual destaca-se por meio de grupos de caminhadas com a população adscrita sendo conduzidas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e demais profissionais (SBD, 2020).

A educação Permanente em saúde vem ao encontro de práticas humanas e integrativas, que fomentam ao profissional o desenvolvimento do senso crítico, e a capacidade destes em entender o cenário de cada paciente, se adequando a realidade de cada um, mediante as suas próprias particularidades, além de educar esse paciente e a sua rede de apoio de modo eficiente, claro, objetivo e os tornando autônomos, preparados e aptos para exercer o seu autocuidado (Falkenberg *et,al.*, 2014). Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, para obter um tratamento em diabetes integral é crucial que haja a implementação de intervenções estratégicas: como estratégias educacionais, estratégias de automonitorização e estratégias farmacológicas. De modo análogo, recomenda-se que o atendimento às pessoas com diabetes deve ter a participação de uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais de saúde de diferentes áreas e com a necessária qualificação e experiência prática em atividades de educação em saúde (SBD, 2019).

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Tipo de Pesquisa

O estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, com caráter descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido no contexto de uma equipe de estratégia de saúde da família do município de Lagarto (SE)

5.2 Local da Pesquisa

O estudo foi realizado na Clínica de Saúde José Antônio Maroto no município de Lagarto/SE. Lagarto é um município brasileiro localizado no estado de Sergipe, com uma população estimada, em 2021 de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 106 015 habitantes, localizada a 75 km da capital, Aracaju. A população da pesquisa será constituída por pacientes adscritos na área, sem o diagnóstico prévio de *Diabetes Mellitus* (DM). Tratando-se do local de estudo, essa clínica foi eleita mediante vínculo e experiência da pesquisadora com essa unidade do município, bem como interesse dos gestores locais.

5.3 Amostragem e Recrutamento

Pacientes elegíveis por uma amostra intencional, direcionada aos critérios fundamentais para a pesquisa, por meio do acolhimento na clínica de saúde da família no momento da educação em saúde.

5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Para os critérios de inclusão foram utilizados os dados demográficos, ou seja, ser morador do município de Lagarto e ser assistido pelas equipes de ESF em local que está sendo realizada a pesquisa, ser adulto ≥ 18 anos e não ter diagnóstico prévio para o *Diabetes Mellitus* (DM), apresentar HAS ou Obesidade, Sedentarismo ou ter histórico familiar de DM. Para os critérios de exclusão, não ser morador do município de Lagarto, ter o diagnóstico de diabetes e não ser ≥ 18 anos.

5.5 Instrumento de Coleta de Dados

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário baseado no instrumento Escore Finlandês de Risco de Diabetes (FINDRISC), que foi adaptado para incluir questões relacionadas a aspectos socioeconômicos. Esse ajuste visou ampliar a compreensão do perfil dos participantes, permitindo uma análise mais abrangente e detalhada sobre os fatores de risco associados ao diabetes e a influência das condições socioeconômicas no desenvolvimento da doença. O escore aborda as seguintes questões: Idade, índice de massa corporal, circunferência da cintura, atividade Física, consumo de vegetais e frutas, uso de medicamentos para hipertensão, histórico familiar de diabetes e histórico pessoal de glicemia elevada, segmentos cruciais para a consolidação de dados e rastreamento coerente e seguro.

5.6 Riscos

Os riscos foram descritos como possíveis desconfortos experimentados pelos participantes durante a ação, incluindo incômodo ao responder ao questionário, desconforto físico ou emocional durante a realização das medições antropométricas e ansiedade associada à obtenção dos resultados da aferição da glicemia capilar.

5.7 Benefícios

Os pacientes selecionados para participação na pesquisa foram acolhidos e orientados adequadamente, com a oportunidade de obter um reconhecimento precoce sobre suas condições de saúde relacionadas ao risco de desenvolvimento do *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2) nos próximos 10 anos. Além disso, foram informados sobre os fatores de risco associados e as medidas preventivas que podem ser adotadas para mitigar a probabilidade de progressão da doença.

5.8 Desfecho Primário e Secundário

Mediante as ações de educação em saúde realizadas na Atenção Primária por meio de uma atividade integradora e humana, visando trazer em pauta questões relacionadas ao rastreamento do DM2, sua importância e necessidade de discussão, houve a aplicação do questionário Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC), escolhido com a finalidade de estimar

a ocorrência do pré-diabetes ou diabetes, fomentando desse modo a adoção de orientações acolhedoras as quais se tornam cruciais para reversão desses riscos de ocorrência na população, além disso, em consonância com a aplicação do FINDRISC foi realizada a aferição da glicemia capilar do paciente, sendo essa, em jejum ou a pós-prandial, e todos os dados foram direcionados a estratégia de saúde da família responsável como uma forma do cuidado continuado ser estimulado. Sendo assim, objetivou-se que com essa pesquisa fosse propagada a importância do rastreamento e da prevenção precoce no cenário da APS, por meio da adesão dos profissionais ao processo de consulta direcionada e acolhedora aos pacientes, somente assim, será possível reverter esse panorama preocupante em que o DM2 se encontra no âmbito social (ADA, 2023).

5.9 Análise dos Dados

Os dados foram armazenados no software Microsoft Office Excel® versão 2010. Nessa pesquisa qualitativa, foi utilizada seguindo as fases: organização dos dados, categorização das informações, interpretação e inferência qualitativa das informações para identificar os caracteres comuns nas falas dos participantes e elaborar sínteses descritivas para discussão das categorias resultantes da aglutinação das informações (BARDIN, 2000).

5.10 Aspectos Éticos

O estudo em questão não precisou passar por apreciação do comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe por se tratar de um relato de experiência. No sentido de manter a confidencialidade dos sujeitos foi omitido o nomes ou documentos que possam identificar qualquer participante.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Análise do Perfil dos Participantes

Dos 37 participantes, 22 eram mulheres e 15 eram homens. A maior parte dos participantes estava na faixa etária superior a 45 anos ou apresentava fatores de risco para diabetes tipo 2, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade, sedentarismo e histórico familiar de diabetes. Isso reforça a necessidade de intervenções específicas para esse grupo, uma vez que a combinação desses fatores pode aumentar consideravelmente o risco de desenvolvimento da doença.

Com isso, a aplicação do Questionário FINDRISC evidenciou a importância de uma avaliação precoce para identificar aqueles com risco mais elevado, permitindo a adoção de medidas preventivas mais eficazes para evitar o desenvolvimento de diabetes tipo 2 (LINDSTRÖM; TUOMILEHTO, 2003).

Foram coletados dados e aplicado o instrumento de avaliação FINDRISC, constituindo um cenário de 37 participantes habilitados para a pesquisa, na sua integralidade pertencente a faixa etária ≥ 18 anos e não ter diagnóstico prévio para o *Diabetes Mellitus*, apresentar HAS ou Obesidade, Sedentarismo ou ter histórico familiar de DM, além de ser residentes do município de Lagarto/SE e ser adscrito na Clínica de Saúde da Família José Antônio Maroto. Além disso, medidas de educação em saúde foram disseminadas, com o objetivo de proporcionar conhecimento e orientação sobre a saúde e medidas que mitiguem o desenvolvimento de doenças e suas respectivas progressões.

Os resultados obtidos a partir da aplicação do Questionário FINDRISC para avaliar o risco de desenvolver diabetes tipo 2 em 10 anos revelam a distribuição do risco entre os participantes do estudo, com base em diferentes faixas de pontuação. O total de participantes foi de 37 pessoas, sendo 22 mulheres e 15 homens, com idades superiores ≥ 18 anos ou que apresentassem alguns critérios adicionais, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade, sedentarismo e histórico familiar de *Diabetes Mellitus* (DM).

Para o Risco Baixo, 17 pessoas (46%) têm risco baixo de desenvolver diabetes tipo 2. Isso sugere que, apesar da presença de fatores de risco como idade avançada, algumas pessoas dessa faixa ainda não apresentam fatores adicionais suficientemente fortes para aumentar significativamente o risco de desenvolver a doença em 10 anos. Em relação ao risco levemente elevado, 8 pessoas (22%) apresentam um risco moderado, sugerindo a presença de alguns

fatores de risco adicionais, mas que não são tão graves para serem classificados como de risco moderado ou alto. Já no Risco Moderado, 5 pessoas (14%) se encontram nessa categoria, o que indica que essas pessoas têm fatores de risco combinados mais significativos, como sobrepeso, histórico familiar ou até mesmo uma combinação de fatores como a hipertensão. E no Risco Alto, 6 pessoas (16%) estão em um risco alto, provavelmente devido à obesidade significativa, sedentarismo ou presença de hipertensão descontrolada. Esses fatores tornam mais provável o desenvolvimento de diabetes tipo 2 em 10 anos. E em relação ao risco muito alto (acima de 20), 1 pessoa (3%) apresenta risco muito alto, isso pode ser indicativo de uma combinação crítica de fatores de risco como obesidade severa, idade avançada, histórico familiar forte de diabetes e falta de controle sobre condições como a hipertensão.

O Gráfico 1 apresenta distribuição de risco para diabetes do tipo 2 em 10 anos.

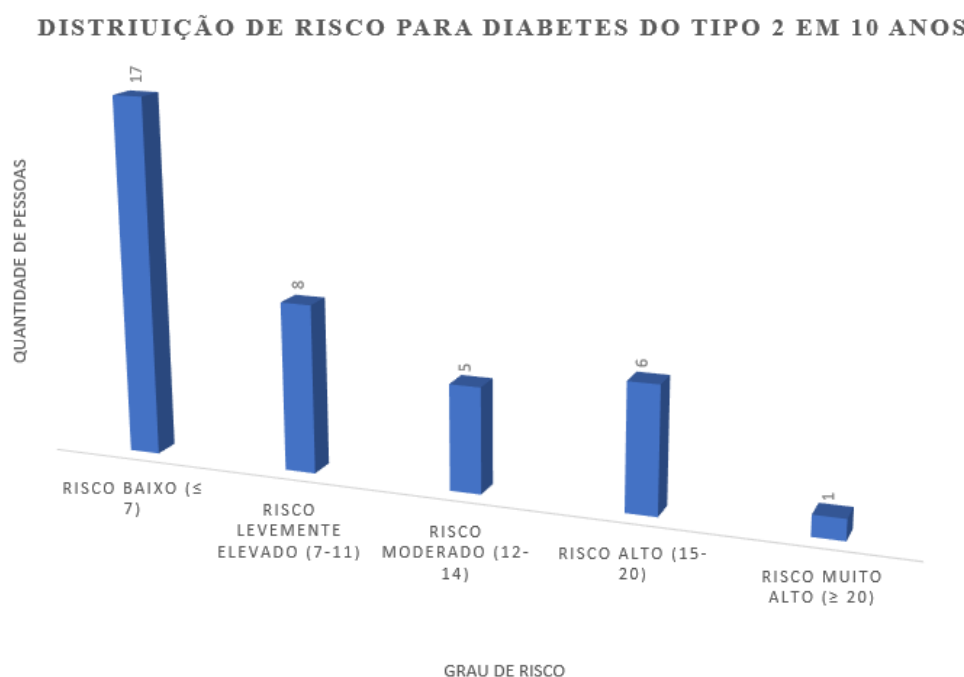


Gráfico 1: Distribuição do desenvolvimento de DM2 nos próximos 10 anos dos pacientes da clínica de saúde da família José Antônio Maroto, a qual 17 pessoas se classificavam em risco baixo, 8 risco levemente elevado, 5 para risco moderado, 6 para risco alto e 1 para risco muito alto.

Fonte: Autoria própria.

Sendo assim, os resultados apontam que a maioria dos participantes tem risco baixo a moderado de desenvolver diabetes tipo 2, mas uma parcela significativa está em risco elevado a muito alto. Esses achados sugerem que, além de campanhas preventivas de conscientização sobre os fatores de risco, é crucial implementar estratégias de intervenção focadas no controle

da obesidade, promoção de atividades físicas e acompanhamento de condições como hipertensão para reduzir o risco de diabetes na população estudada.

A Tabela 1 apresenta a distribuição etária dos indivíduos participantes do rastreamento de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) realizado na Clínica de Saúde da Família José Antônio Maroto, no município de Lagarto/SE. Observa-se que a maioria dos participantes encontra-se na faixa etária inferior a 45 anos, representando 59,45% da amostra total (n = 22).

À medida que a idade avança, verifica-se uma redução gradual na proporção de participantes. A faixa etária de 45 a 54 anos compreende 21,62% (n = 8), seguida pela faixa de 55 a 64 anos, que representa 5,40% (n = 2). Já os indivíduos com idade superior a 64 anos correspondem a 13,52% (n = 5).

Esses dados sugerem uma predominância de participantes mais jovens no rastreamento, o que pode refletir maior adesão ou preocupação preventiva nessa faixa etária. Contudo, a presença de 40,55% dos indivíduos com idade igual ou superior a 45 anos destaca a relevância do rastreamento também para grupos etários de maior risco, considerando que o avanço da idade é um dos principais fatores associados ao desenvolvimento do DM2.

Entre os demais resultados obtidos pela aplicação do questionário, apresenta-se o índice de massa corporal (IMC) dos mesmos participantes. Nota-se que 43,24% dos indivíduos possuem IMC entre 25-30 kg/m², indicativo de sobrepeso, enquanto 16,21% apresentam obesidade IMC > 30 kg/m² (Tabela 2).

Por conseguinte, a circunferência da cintura (CC) é um indicador importante de obesidade abdominal, que está diretamente relacionada ao risco de desenvolvimento de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2). Como apresentado pela tabela 3: 24,32% dos participantes têm CC inferior a 80 cm, considerada dentro do normal. 18,91% apresentam CC entre 80 e 88 cm, indicando risco moderado. 13,51% apresentam CC superior a 88 cm, o que já representa um risco elevado para o desenvolvimento de DM2. 43,23% possuem CC superior a 94 cm, incluindo 10,8% com CC entre 94 e 102 cm ou superior, o que é altamente preocupante.

Logo, percebe-se que a obesidade central está associada à resistência à insulina, um fator fisiopatológico essencial no DM2. Uma circunferência abdominal acima de 88cm para mulheres e 102cm para homens é classificada como obesidade abdominal, aumentando o risco de doenças metabólicas (DEFRONZO *et al.*, 2015). Esses dados reforçam a importância de intervenções precoces em populações com essas características.

Já de acordo com a Tabela 4, os dados mostram que 56,75% dos participantes relatam a prática de atividade física, enquanto 43,24% não a realizam regularmente. Esse resultado,

embora positivo para a maioria, ainda reflete uma lacuna significativa no engajamento da população em atividades físicas regulares, que são um pilar na prevenção e manejo do DM2.

A prática regular de atividade física está associada à melhoria da sensibilidade à insulina, ao controle glicêmico e à redução do risco cardiovascular em pacientes com DM2 (WANDERLEY *et al.*, 2019). Recomenda-se um mínimo de 150 minutos de atividade aeróbica moderada por semana para reduzir os fatores de risco metabólicos (ADA, 2021). O percentual de participantes que não praticam atividades físicas reforça a necessidade de programas educacionais e de incentivo no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF).

De modo seguinte, o consumo diário de frutas e vegetais está associado à redução do risco de doenças crônicas, incluindo diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e hipertensão arterial sistêmica. Esses alimentos são ricos em fibras, antioxidantes e micronutrientes que melhoram a resposta à insulina e reduzem a inflamação sistêmica (HU *et al.*, 2022). No entanto, uma parcela significativa (40,54%) ainda não possui um padrão alimentar adequado, indicando a necessidade de intervenções educativas e de políticas públicas que promovam o acesso a alimentos saudáveis.

Logo, a educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde (APS) torna-se necessário enfatizar os benefícios do consumo regular de frutas e legumes. Iniciativas locais, como feiras comunitárias, que garantam o acesso a alimentos frescos e acessíveis e campanhas de incentivo ao cultivo de hortas caseiras, principalmente em áreas urbanas (Tabela 5).

Por conseguinte, a hipertensão arterial é uma comorbidade comum em indivíduos com DM2, sendo frequentemente subdiagnosticada e subtratada em populações com menor acesso aos serviços de saúde (World Health Organization, 2022). O baixo percentual de uso de medicamentos anti-hipertensivos pode refletir: Falta de diagnóstico precoce; Dificuldades no acesso aos medicamentos pela população; Adesão inadequada ao tratamento.

Estudos indicam que o controle da hipertensão em pacientes diabéticos reduz significativamente o risco de complicações micro e macrovasculares, como nefropatia e doença arterial coronariana (Sociedade Brasileira De Diabetes, 2022).

Ampliar o rastreamento de hipertensão em usuários da APS, especialmente em pacientes com fatores de risco como obesidade e sedentarismo. Promover o acesso gratuito e regular aos medicamentos essenciais, conforme garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Oferecer suporte ao autocuidado, incluindo monitoramento domiciliar da pressão arterial e orientação continuada pela equipe de saúde (Tabela 6).

De acordo com os dados expostos na tabela 7, entre os 37 participantes do rastreamento de DM2 na Clínica de Saúde da Família José Antônio Maroto: Apenas n = 3 (8,1%) relataram

histórico de exames com glicemia elevada; A maioria, $n = 34$ (91,9%), não apresentou histórico de alterações nos exames laboratoriais relacionados à glicemia.

Sendo assim, o rastreamento da glicemia elevada é um método eficaz para identificar indivíduos com risco de progressão para DM2 ou aqueles já em estados pré-diabéticos. Estudos recentes, como o de ADA., (2023), indicam que até 50% dos casos de diabetes podem permanecer não diagnosticados por anos devido à ausência de triagem sistemática e sintomas iniciais insidiosos. Esses dados ressaltam a relevância de incluir o rastreamento glicêmico como rotina na Atenção Primária à Saúde (APS) para prevenir complicações micro e macrovasculares associadas ao diagnóstico tardio (World Health Organization, 2022).

Já em relação a tabela 8, os dados revelam a distribuição do histórico familiar entre os participantes, sendo: $n = 15$ (40,54%) apresentaram casos de diabetes em parentes de segundo grau (avós, tios ou primos); $n = 14$ (37,83%) reportaram familiares de primeiro grau (pais, irmãos ou filhos) com diabetes e $n = 8$ (21,62%) não relataram histórico familiar da doença.

‘ A presença de histórico familiar é amplamente reconhecida como um fator de risco significativo para o desenvolvimento de DM2, como descrito por *Gregg et al.*, (2022). A predisposição genética influencia a suscetibilidade à resistência à insulina e à disfunção das células beta pancreáticas. Estudos também sugerem que a presença de histórico em familiares de primeiro grau pode aumentar em até três vezes a probabilidade de desenvolver diabetes, especialmente em combinação com fatores ambientais e comportamentais, como sedentarismo e alimentação inadequada (SBD, 2023; *Gregg et al.*, 2022).

Além disso, pesquisas apontam que indivíduos com histórico familiar tendem a subestimar sua suscetibilidade, dificultando a adoção de medidas preventivas. Assim, intervenções na APS devem incluir educação em saúde direcionada a grupos familiares de maior risco, promovendo hábitos saudáveis e adesão ao rastreamento periódico.

Tabela 1. Idade dos participantes do rastreamento de DM 2, na clínica de saúde da família José Antônio Maroto no município de Lagarto/Se.

	C.S.F	%
< 45 Anos	22	59,45
45-54	8	21,62
55-64	2	5,40

64	5	13,52
Total	37	

Fonte: Autoria própria

Tabela 2. Índice de Massa Corporal (IMC) dos participantes do rastreamento de DM 2, na clínica de saúde da família José Antônio Maroto no município de Lagarto/Se.

	C.S.F	%
< 25%	15	40,54
25-30 Kg	16	43,24
> 30Kg	6	16,21
Total	37	

Fonte: Autoria própria

Tabela 3. Circunferência da cintura dos participantes do rastreamento de DM 2, na clínica de saúde da família José Antônio Maroto no município de Lagarto/Se.

	C.S.F	%
< 80 cm	9	24,32
80-88 cm	7	18,91
> 88 cm	5	13,51
< 94 cm	12	32,43
94 A 102 cm	2	5,40
> 102 cm	2	5,40
Total	37	

Fonte: Autoria própria

Tabela 4. Prática de atividade física dos participantes do rastreamento de DM 2, na clínica de saúde da família José Antônio Maroto no município de Lagarto/Se.

	C.S.F	%
Sim	21	56,75
Não	16	43,24
Total	37	

Fonte: Autoria própria

Tabela 5. Frequência de ingestão de frutas e legumes dos participantes do rastreamento de DM 2, na clínica de saúde da família José Antônio Maroto no município de Lagarto/Se.

	C.S.F	%
Todo dia	22	59,45
Não todo dia	15	40,54
Total	37	

Fonte: Autoria própria

Tabela 6. Utilização passada ou presente de medicamentos anti-hipertensivos dos participantes do rastreamento de DM 2, na clínica de saúde da família José Antônio Maroto no município de Lagarto/Se.

	C.S.F	%
Sim	10	27
Não	27	73
Total	37	

Fonte: Autoria própria

Tabela 7. Histórico de exames com glicemia elevada dos participantes do rastreamento de DM 2, na Clínica de Saúde da Família José Antônio Maroto no município de Lagarto/Se.

	C.S.F	%
Sim	3	8,1
Não	34	91,9
Total	37	

Fonte: Autoria própria

Tabela 8. Presença de familiar com Diabetes tipo 1 ou 2 dos participantes do rastreamento de DM 2, na clínica de saúde da família José Antônio Maroto no município de Lagarto/Se.

	C.S.F	%
Não	8	21,62
Sim, avós, tios, primos	15	40,54
Sim, pais, irmãos, filhos	14	37,83
Total	37	

Fonte: Autoria própria

O rastreamento de doenças crônicas são imprescindíveis para condicionar a melhor adequação dos serviços assistenciais aos pacientes, prevenindo a ocorrência de desfechos graves, se identificados precocemente. Nesse contexto, insere-se a Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) como precursora de uma série de complicações incapacitantes e, conseqüentemente, afetando a qualidade de vida desses enfermos para realização dos afazeres diários. Sendo, então, cruciais as medidas interventivas por parte da APS como forma de diagnosticar de modo precoce e direcionado os casos de DM2, levando esses pacientes a um cuidado humano, integral e direcionado (COSTA *et al.*, 2017).

De acordo com cada classificação foi adotado um planejamento de cuidado direcionado às participantes. As que se encaixavam no risco baixo foram orientadas a adotarem um estilo de vida saudável e a realizarem avaliação médica anual. Quanto às que estavam enquadradas na classificação de risco moderado, foi orientado, também, sobre a adesão de um estilo de vida saudável e a realização de avaliação médica semestral. Já os participantes identificados na

categoria risco alto, foi executada a orientação acerca de um estilo de vida saudável, adjunto a isso houve o encaminhamento para a ESF responsável pelo paciente, no ímpeto de efetivar a avaliação pela equipe da Unidade. Essa abordagem é coerente com os princípios do cuidado integrado e contínuo recomendados pelo Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), que enfatiza a necessidade de ações interdisciplinares e a articulação entre diferentes níveis de atenção à saúde (MENDES, 2012).

Tendo em vista a cronicidade, o DM2 tem como principal meio de controle a mudança de hábitos de vida. Isso implica em cuidados no manejo da doença de forma sistemática fornecidos por uma equipe capacitada e multiprofissional (BRASIL, 2013).

A Atenção Primária em Saúde (APS), também conhecida como atenção básica, constitui-se na primeira porta de entrada a esse sistema. Tem papel central na coordenação do cuidado das pessoas com patologias crônicas tendo como um de seus objetivos, um alcance de alto grau de resolução de problemas, que possa, além de prevenir, evitar a evolução de agravos, com vistas à redução de morbidades que demandem ações de maior complexidade (GONDIM, 2011).

Logo, entende-se a importância da APS no rastreamento do DM2 e a sua necessidade para que métodos de intervenção e educação em saúde aconteçam diariamente. Dessa forma, foi notório o entusiasmo, a curiosidade e ansiedade pelos resultados da estratificação de risco, bem como o olhar atento para as informações e orientações proporcionadas, por conseguinte, foi possível detectar como a clínica estava necessitando dessa intervenção, notoriedade expressa pelos relatos expostos no decorrer das atividades.

Desse modo, torna-se imprescindível avaliar os aspectos visualizados na aplicação do formulário, com a necessidade de entender como os dados podem ser fundamentais para a compreensão do cenário dos pacientes e as suas medidas ideais para prevenir e reverter o desenvolvimento do DM2 no âmbito social. A predominância de indivíduos com menos de 45 anos (59,45%) no rastreamento de DM2 pode refletir uma estratégia de identificação precoce de riscos em grupos mais jovens, o que é essencial para prevenir o avanço da doença. Embora o DM2 seja historicamente associado a faixas etárias mais avançadas, evidências sugerem um aumento da incidência em indivíduos jovens devido ao crescimento de fatores de risco como obesidade, sedentarismo e maus hábitos alimentares (FERRANNINI *et al.*, 2020).

Outro aspecto relevante é o impacto da transição epidemiológica no Brasil, com mudanças no perfil demográfico e de saúde da população. Dados do Ministério da Saúde mostram que o DM2 pode se manifestar precocemente em populações expostas a determinantes sociais de saúde desfavoráveis, como baixos níveis de escolaridade e desigualdade de acesso a

serviços de saúde (BRASIL, 2017). Isso reforça a necessidade de estratégias focadas em populações mais jovens, especialmente em locais de vulnerabilidade social.

Já na análise do IMC dos participantes revela que 43,24% apresentam sobrepeso (IMC entre 25-30 kg/m²), enquanto 16,21% possuem obesidade (IMC > 30 kg/m²). Esse cenário é preocupante, dado que a obesidade e o sobrepeso são fatores de risco estabelecidos para o desenvolvimento do DM2. O excesso de gordura corporal, particularmente a gordura visceral, está associado à resistência à insulina, principal mecanismo fisiopatológico do DM2 (DEFRONZO *et al.*, 2015).

Por conseguinte, a obesidade também está correlacionada a um aumento na prevalência de comorbidades como hipertensão arterial, dislipidemias e síndrome metabólica, que complicam o manejo do diabetes e ampliam o risco de complicações micro e macrovasculares (WANDERLEY *et al.*, 2019). Nesse contexto, a literatura aponta que o controle do peso corporal, por meio de intervenções combinadas (educação alimentar, atividade física regular e, em casos necessários, terapia medicamentosa), pode reduzir significativamente a progressão do DM2 e suas complicações (ADA, 2021).

Tratando-se da circunferência da cintura (CC) a qual é amplamente utilizada como um marcador de obesidade abdominal, estando associada a um risco aumentado para Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) e doenças cardiovasculares (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022). Conforme os dados: 24,32% possuem CC < 80 cm: Estes indivíduos estão em menor risco metabólico, sendo este grupo o alvo ideal para a promoção de práticas preventivas. 56,75% dos participantes possuem CC acima de 88 cm (em mulheres) e 94 cm (em homens): Este grupo é categorizado como de alto risco, sugerindo uma necessidade de intervenções imediatas.

Já na perspectiva da obesidade abdominal, medida pela CC, reflete diretamente a deposição de gordura visceral, que promove um estado inflamatório crônico e resistência à insulina (Engin, 2017). Este mecanismo é fundamental no desenvolvimento do DM2. Assim, a elevada prevalência de obesidade abdominal encontrada reforça a necessidade de estratégias educativas e preventivas em saúde.

Sendo assim, é perceptível a necessidade em intensificar campanhas de rastreamento de obesidade e síndrome metabólica, além de implementar intervenções na Atenção Primária à Saúde (APS) para reduzir a gordura visceral, incluindo planos de exercícios personalizados e apoio nutricional.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que nesse estudo que o rastreio para o desenvolvimento de DM2 nos próximos 10 anos foi de 45,9 % para risco baixo, 21,62 risco levemente elevado, 13,5% para risco moderado, 16,2% para risco alto e 2,7 para risco muito alto.

Ou seja, esses dados apontam que quase metade dos participantes (45,9%) apresenta risco baixo, sugerindo a predominância de um perfil populacional com menor probabilidade de progressão para DM2 no horizonte avaliado. No entanto, o percentual combinado de participantes nos grupos de risco moderado a muito alto (32,4%) reforça a necessidade de intervenções preventivas e educativas na Atenção Primária à Saúde (APS).

O FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score) é amplamente reconhecido como um instrumento válido para triagem de risco de DM2 em diferentes contextos populacionais. Segundo *Lindström e Tuomilehto (2003)*, o escore oferece alta sensibilidade para identificar indivíduos em risco de diabetes, mesmo antes da manifestação de sintomas ou alterações laboratoriais. Estudos recentes, como o de *Simmons et al. (2021)*, destacam que a aplicação sistemática do FINDRISC pode reduzir os custos relacionados ao diagnóstico tardio e ao tratamento das complicações do diabetes.

No presente estudo, a distribuição percentual dos riscos reforça os padrões observados em populações brasileiras. De acordo com *Malta et al. (2022)*, fatores como sedentarismo, obesidade e envelhecimento populacional são determinantes para o aumento do risco moderado a muito alto. Por outro lado, o grupo com risco baixo reflete a parcela da população que adota hábitos preventivos, como alimentação balanceada e prática regular de exercícios físicos. Sendo assim, denota-se que os profissionais da Clínica de Saúde da Família José Antônio Maroto estavam preparados para atender as demandas atreladas aos resultados do rastreamento, dando segmento ao cuidado integral e humanizado, de acordo com as particularidades de cada paciente.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes—2021. *Diabetes Care*, v. 44, n. 1, p. S1-S232, 2021.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes – 2023. *Diabetes Care*, v. 46, n. 1, 2023.

BENEDET, A. S.; BUB, M. Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2. ed. rev. ampl. Florianópolis: Bernúncia Editora, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 7, de 28 de fevereiro de 2024. Estabelece as diretrizes para a implementação de políticas de saúde pública voltadas ao combate e controle de doenças crônicas não transmissíveis. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 fev. 2024. Seção 1, p. 12.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, Supl. 1, p. s7-s16, 2008.

DEFRONZO, R. A.; FERRANNINI, E.; ZIMMET, P.; ALBERTI, K. International Textbook of Diabetes Mellitus. 4. ed. John Wiley & Sons, 2015.

ERIKSSON, K. F.; LINDGÄRDE, R. Prevention of type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus by diet and physical exercise. The 6-year Malmö feasibility study. *Diabetologia*, v. 34, n. 12, p. 891-898, 1991.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

GREGG, E. W.; SELVIN, E.; GU, Q. et al. Epidemiology of type 2 diabetes and its complications. *Current Diabetes Reports*, v. 22, n. 3, p. 12-25, 2022.

HU, F. B.; SATIJA, A.; ROSNER, B. The Role of Diet Quality in Preventing and Managing Type 2 Diabetes Mellitus. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, v. 10, n. 1, p. 66-77, 2022.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Atlas. 8. ed. Bruxelas: International Diabetes Federation, 2017. Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org/>. Acesso em: 21 mar. 2022.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Atlas. 9. ed. Bruxelas: International Diabetes Federation, 2019.

LESLIE, R. D. et al. Adult-onset type 1 diabetes: Current understanding and challenges. *Diabetes Care*, v. 44, n. 11, p. 2449-2456, 2021.

LINDSTRÖM, J.; TUOMILEHTO, J. The Diabetes Risk Score: A practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care*, v. 26, n. 3, p. 725-731, 2003.

MALTA, D. C.; AZEVEDO, E. S. G.; MOURA, L. et al. Fatores de risco para diabetes e hipertensão no Brasil: estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, v. 56, 2022.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. Entrevista: a abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 431-436, 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/docman/atencao-a-saude/7980-redes-de-atencao-mendes/file.html>. Acesso em: 20 out. 2015.

RODRIGUES, F. F. L. et al. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 25, n. 2, p. 284-290, 2012.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. Health education to prevent chronic diabetes mellitus complications in primary care. *Escola Anna Nery*, v. 22, n. 1, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: Editora Clannad, 2019. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/diretrizes-e-posicionamentos>. Acesso em: 30 jun. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2022-2023. São Paulo: Clannad, 2022. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br>. Acesso em: 27 dez. 2024.

SOUZA, A. L. V. et al. Consulta de enfermagem no acompanhamento das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária em saúde. Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo, 2022.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 6, p. 2213-2222, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Hypertension Care in the Era of Universal Health Coverage. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 27 dez. 2024.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE CAMPUS PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO

Questionário de entrevista

(Adaptado com o instrumento FINDRISC)

DATA DA COLETA: ____/____/____	Iniciais do entrevistado:	P1. SEXO 1. ☐ Masculino 2. ☐ Feminino	Responsável pela entrevista:
LOCAL (ENDEREÇO e NÚMERO DA CASA, OU OUTRA IDENTIFICAÇÃO) 			
P2. Data de Nascimento: ____/____/____			
P3. IDADE Abaixo de 45 anos () 0 pts 45 a 54 anos () 2 pts 55 a 64 anos () 3 pts Acima de 64 anos () 4 pt			

P4. Como você classifica a sua residência?	P5. Você possui água encanada em sua residência? Sim () Não ()	P6. Onde você mora possui rede de esgoto? Sim () Não ()	P7. Qual é a sua renda?
---	---	--	--------------------------------

P8. Considerando a classificação da cor da pele do IBGE, preta, parda, branca, amarela ou indígena, como você classifica a cor da sua pele (LER OPÇÕES) 1. Preta () 2. Parda, Morena ou Mulata () 3. Branca () 4. Amarela/oriental () 5. Indígena ()	P9. Tem visita do ACS? 1 () Sim 2 () Não	P10. Qual a frequência da visita da ACS? 1 Sempre () 2. Quase nunca () 3. Nunca ()	P11. Qual a sua escolaridade? EM completo () EM incompleto () Nunca estudou ()
P12. Valor da glicemia Capilar em jejum:	P13. Valor da Glicemia capilar pós-prandial:	P14. Atualmente, como você avalia sua saúde? (LER OPÇÕES) 1. Muito boa () 2. Boa () 3. Regular () 4. Ruim () 5. Muito ruim ()	

P15. Você se considera uma pessoa saudável? Sim () Não ()	Kg: Alt: PA:	P16. Índice de massa corporal Abaixo de 25 kg/m ² () 0pts 25 a 30 kg/m ² () 1pts Maior que 30Kg/m ² () 3pts	P17. Circunferência da cintura medida na altura do umbigo HOMEM 1. Menos de 94 cm () 0pts 2. 94 a 102 cm () 3pts 3. Mais de 102 cm () 4pts	P18. Circunferência da cintura medida na altura do umbigo MULHER 1. Menos de 80 cm () 0pts 2. 80 a 88cm () 3pts 3. Mais de 88cm () 4pts
P19. Pratica atividade física diariamente durante pelo menos, 30 minutos, no trabalho e/ou durante o tempo livre (incluindo as atividades da vida diária)? 1. Sim () 0p 2. Não () 2p	P20. Com que frequência come frutas e verduras? Não como todos os dias () 1p	P21. Você toma regularmente ou já tomou medicação para pressão alta? 1. Sim () 2pts 2. Não () 0 pts	P22. Você já apresentou glicemia (açúcar no sangue) elevada (ex. num exame de rotina, durante um problema de saúde ou durante a gravidez)? 1. Sim () 5pts 2. Não () 0pts	

P23. Você tem alguém na família que foi diagnosticado com diabetes (do tipo 1 ou tipo 2)?

1. Não () 0pts
2. Sim (avós, tia, tia, primos de primeiro grau) () 3pts
3. Sim (pais, irmãos ou filhos) () 5pts

Pontuação de risco total:

O risco de desenvolver diabetes tipo 2 em 10 anos é:

- Menor que 7 - Baixo:** Cerca de 1 em cada 100 pessoas irá desenvolver a doença;
7-11 - Levemente elevado: Cerca de 1 em cada 25 pessoas irá desenvolver a doença;
12-14 - Moderado: Cerca de 1 em cada 6 pessoas irá desenvolver a doença;
15-20 - Alto: Cerca de 1 em cada 3 pessoas irá desenvolver a doença;
Maior que 20 - Muito alto: Cerca de 1 em cada 2 pessoas irá desenvolver a doença.

Sugere-se a utilização do Questionário Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) para estratificação de risco de desenvolvimento de diabetes.

O FINDRISC permite uma pontuação máxima de 26 pontos e classifica os indivíduos em níveis de risco: baixo (< 7 pontos); levemente moderado (entre 7 e 11 pontos); moderado (12-14 pontos); alto (15-20 pontos) e muito alto (mais de 20 pontos)

1. Lindström J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care* 2003;26:725-31.
2. Barim EM, McLellan KCP, Ribeiro RS, Carvalho JAM, Lindstrom J, Tuomilehto J, Corrente JE, Murta-Nascimento C. Tradução e adaptação transcultural para o português brasileiro do Escore Finlandês de Risco de Diabetes (FINDRISC) e avaliação da confiabilidade. *Rev Bras Epidemiol* 2020; 23: E200060. DOI: 10.1590/1980-549720200060.
3. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Hanne-Parikka P, Keinanen-Kiukaanniemi S for the Finnish Diabetes Prevention Program. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in life style among subjects with impaired glucose tolerance: *N Engl J Med* 344: 1343-50, 2001.
4. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction of the incidence of type 2 diabetes with life style intervention or metformin: *N.Engl J Med* 346: 393-403, 2002.