



UNIVERSIDADE
FEDERAL DE
SERGIPE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS “PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO”
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO**

**RODRIGO BATISTA DIAS
UIARA DANTAS COSTA**

**PERFIL DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II ADMITIDOS NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO EM 2017**

**Lagarto – SE
2018**

**RODRIGO BATISTA DIAS
UIARA DANTAS COSTA**

**PERFIL DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II ADMITIDOS NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO EM 2017**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do Bacharelado em Medicina.

Orientador: Dra Evelyn de Oliveira Machado

Co-orientadora: Me. Enf. Deyse Mirelle Souza

Santos

**Lagarto – SE
2018**

**RODRIGO BATISTA DIAS
UIARA DANTAS COSTA**

**PERFIL DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II ADMITIDOS NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO EM 2017**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do Bacharelado em Medicina.

Orientador(a): Dra Evelyn de Oliveira Machado

**Co-orientador(a): Me. Enf. Deyse Mirelle S.
Santos**

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador(a): Dra Evelyn de Oliveira Machado

_____ 1°
Examinador:

_____ 2°
Examinador:

PARECER

RESUMO

Segundo a American Diabetes Association, o Diabetes Mellitus (DM) é uma desordem metabólica, caracterizada por hiperglicemia, com alterações do metabolismo e outras alterações, decorrentes da destruição das células beta do pâncreas, resistência à ação e/ou distúrbios da secreção da insulina, sendo causado por fatores genéticos e ambientais. Que somados ocasionam complicações irreversíveis. Constitui um dos principais problemas de saúde pública no mundo, principalmente nos países em desenvolvimento, com considerável representatividade nos gastos relacionados a saúde, além do impacto na morbimortalidade da população em geral. O objetivo desse trabalho foi traçar o perfil de pacientes diabéticos tipo II admitidos no Hospital Universitário de Lagarto, no período de janeiro a dezembro de 2017. **Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, quantitativo e retrospectivo. A partir de dados demográficos, clínicos e laboratoriais, obtidos mediante análise de prontuários de pacientes internados na Clínica Médica do Hospital Universitário de Lagarto, no período janeiro a dezembro de 2017. Os dados foram selecionados a partir de um questionário adaptado contendo dez variáveis. Os dados foram organizados com o auxílio do software Microsoft Excel 2016 e posteriormente foi utilizado o software R-project, versão 3.4.3 e o teste T-Studente. Foram analisados 197 prontuários, com média de idade de 61 anos, não houve predomínio de sexo, 56% dos pacientes eram pardos, 74,6% analfabetos, 72% oriundos do município de Lagarto. A maioria, 18 % dos pacientes deu entrada por AVC, complicações cardiovasculares foram as mais prevalentes dentre os pacientes internados. Destes 74% tiveram melhora do quadro agudo, sendo encaminhados a atenção básica para posterior acompanhamento. As internações decorrentes do diabetes mellitus podem ter ligação com o inadequado acompanhamento na atenção primária, visto que muitos motivos de internação encontrados nessa pesquisa, são condições sensíveis a atenção básica.

DESCRITORES: Diabetes mellitus; Internação; Complicação

ABSTRACT

According to the American Diabetes Association, Diabetes Mellitus (DM) is a metastatic disorder characterized by hyperglycemia, metabolic disorders and other changes resulting from the destruction of beta cells in the pancreas, resistance to action and / or insulin, being caused by genetic and environmental factors. Which sums cause irreversible complications. It is one of the major public health problems in the world, especially in developing countries, with considerable representation in health-related expenditures, as well as the impact on morbidity and mortality of the general population. Objective: describing the profile of type II diabetic patients admitted to the teaching Hospital in Lagarto city from January to December 2017. Materials and Methods: It was realized a cross-sectional, quantitative and retrospective study. This study was based on demographic, clinical and laboratorial data, obtained from the analysis of medical reports of patients hospitalized at the Clinical Medical of the teaching Hospital in Lagarto city, from January to December 2017. The data were selected from an adapted questionnaire containing ten variables and organized in the Microsoft Excel 2016, and then, after that, the software R-project, version 3.4.3 and the T-Studente test were used. A total of 197 medical reports were analyzed, with a mean age of 61 years, without gender predominance, 56% of the patients were brown, 74.6% were illiterate, and 72% were from the Lagarto city. Most of the patients were admitted for CVA, cardiovascular complications were the most prevalent among inpatients. 74% of the patients had an improvement in the acute condition, being referred to basic care for follow-up. The hospitalizations due to DM have a strong connexion with inadequate follow-up in primary care, since many reasons for hospitalization found in this study are sensitive conditions for basic care.

KEYWORDS: Diabetes mellitus; hospitalization; complication

SUMÁRIO

1 REVISÃO DA LITERATURA	7
2. ARTIGO	11
3 REFERÊNCIAS	18
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA	24
ANEXO B – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	28

1. REVISÃO DA LITERATURA

O diabetes mellitus (DM) é uma síndrome que compromete o metabolismo dos carboidratos, das gorduras e das proteínas, causada pela ausência de secreção de insulina ou por redução da sensibilidade dos tecidos a esse hormônio. A resposta secretora defeituosa ou deficiente da insulina, se manifesta na utilização inadequada dos carboidratos, proteínas e lipídios, com consequente hiperglicemia (COTRAN; KUMAR; ROBBINS, 2000)

A doença se subdivide em dois, principais, tipos: DMI e DMII. O DMI, também denominado juvenil, é o tipo mais prevalente na infância e adolescência. Decorre da destruição autoimune das células β das Ilhotas de Langerhans. Anteriormente conhecido como DM insulino dependente (DMID), diabetes juvenil ou DM com tendência à cetose. Este subtipo representa 10 a 20 % dos casos de diabetes na população em geral. Os 80 a 90 % dos pacientes restantes possuem a segunda forma, DM não insulino dependente (DMNID), denominada de DM tipo II (BERARDIS et al, 2012). Isoladamente, o paciente diabético é categorizado como equivalente de doença coronariana, sendo portanto um paciente de alto risco. Frequentemente pacientes com DMII agregam outras comorbidades e fatores de risco - obesidade central, hipertensão arterial, cardiopatias. Vários escores são utilizados com o objetivo de identificar pacientes com alto risco para morbimortalidade decorrentes de lesões causadas pela síndrome metabólica (OLIVEIRA; BERGER; SILVA, 2108; JASINOWODOLINSKI; SZARF, 2007).

O DMII é considerado uma das grandes epidemias mundiais do século XXI e um problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos, como em desenvolvimento. O número de pacientes com DM, especialmente o DMII vem aumentando progressivamente nas últimas décadas. Em termos mundiais, 135 milhões apresentavam a doença em 1995, em 2005 alcançou 240 milhões, para 2030 há projeções que 366 milhões de indivíduos terão a doença, sendo que dois terços habitarão países em desenvolvimento (SBD, 2014; BARCELO et al, 2013).

Dados que se justificam devido a mudança de perfil epidemiológico relacionada as alterações nos hábitos de vida, à urbanização e ao envelhecimento da população. O maior número de internações hospitalares decorrentes das complicações associadas a esta doença é consequência desse processo de modernização e urbanização (ADAIR, 2010).

A síndrome hiperglicêmica está associada ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macro-vasculares (BATISTA et al, 2005). A doença cardiovascular é a primeira causa de mortalidade em indivíduos com DMII. A retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença cerebrovascular e vascular periférica são os acometimentos mais

representativos e responsáveis por expressiva morbidade e mortalidade (MS, 2006). A doença ocular representa a principal causa de cegueira adquirida e a nefropatia um dos maiores motivos pelo ingresso de pacientes a programas de diálise e transplante; o pé diabético se constitui em importante causa de amputações de membros inferiores (ADA, 2006). O paciente com síndrome metabólica hiperglicêmica tem risco aumentado de hospitalização, inclusive de hospitalizações repetidas, em comparação com aquelas sem diabetes, o que afeta negativamente a qualidade de vida do indivíduo além de aumentar o encargo para os serviços de saúde (RONKSLEY et al, 2013).

Apesar da disponibilidade de tratamentos eficazes para prevenir ou retardar complicações agudas e crônicas, o DM implica em um enorme fardo para pacientes e aos sistemas de saúde público ou privado, suscitando um aumento adicional na procura por serviços de assistência à saúde (ZHANG, 2010). Um estudo verificou que 23,9% dos indivíduos com diabetes mellitus já foram hospitalizados pelo menos uma vez devido à doença, aumentando de duas a seis vezes a probabilidade de hospitalização, devido suas complicações. Estima-se que o diabetes é responsável em média por mais de 12.000 internações por 100.000 pessoas/ano (BERARDIS et al, 2012). Em Sergipe, em 2016 foram registradas 1.191 internações por Diabetes Mellitus nos hospitais do estado (BRASIL, 2018).

Mundialmente, os custos diretos para o atendimento ao diabético variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local e da complexidade do tratamento disponível. Na Europa, os custos representam 55% do que é investido em saúde, nos Estados Unidos são 44% dos investimentos (MARK et al, 2013). Além dos custos financeiros, a doença acarreta outros custos associados à dor, à ansiedade, à incapacidade funcional e diminuição da qualidade de vida que afeta não só o paciente, mas o seio familiar. Acarretando também perde de produtividade, aposentadoria precoce e mortalidade prematura (BERTOLDI et al, 2013).

A rede de Atenção Primária a Saúde (APS), configura-se como agente primário para o diagnóstico precoce da doença, controle e acompanhamento de possíveis complicações e/ou hospitalizações (DUNKAR et al, 2014).

O panorama atual do DM na população brasileira reflete a necessidade de se instituir medidas de prevenção em todos os níveis, baseado em evidência científica, visando instrumentalizar o profissional de saúde na prática clínica, bem como os órgãos governamentais para estabelecimento de políticas públicas. Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde da

APS, otimizar a assistência prestada, por meio de educação em saúde, palestras, educação continuada aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Reforçando principalmente, o autocuidado e adesão as medidas para controle da doença (CARTENSEN et al, 2008).

2. REFERÊNCIAS

1. ADAIR T, RAO C. Changes in certificates of diabetes with cardiovascular diseases increased reported diabetes mortality in Australia and the United States. *J Clin Epidemiol*. 2010; 63(2):199-204.
2. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 2006; 29:43-48.
3. BATISTA M.C. R, PRIORE S.E, ROSADO L.E, FRANSEN P.L, TINÔCO A.L.A, FRANCESCHINI S.C.C. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. *Rev de Nutr*. 2005 v. 18 (2): 219-228.
4. BARCELÓ A, AEDO C, RAJPATHAK S, ROBLES S. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean: *Bull World Health Organ*, 2013; 81(1): 19-27.
5. BERTOLDI A.D, KANAVOS P, FRANÇA G.V, CARRARO A, TEJADA C.A, HALLAL P.C, et al. Epidemiology, management, complications and costs associated with type 2 diabetes in Brazil: a comprehensive literature review. *Globalization and Health*. 2013;9:62.
6. BERARDIS G, D'ETTORRE A, GRAZIANO G, LUCISANO G, PELLEGRINI F, CAMMAROTA S. The burden of hospitalization related to diabetes mellitus: A population-based study. *Nutr Metabol Cardiovasc Dis*. 2012;22(7): 605-12
7. BRASIL/MS/DATASUS (Brasil. Ministério da Saúde Datasus). Transferência de arquivos. Arquivos de Dados. Seleção de Arquivos do BBS. Disponível em: <http://datasus.gov.br>. (Acessado em 01 de junho de 2018)
8. CARSTENSEN, B., KRISTENSEN, J.K., OTTOSEN, P. The Danish National Diabetes Register: trends in incidence, prevalence and mortality. *Diabetologia* (2008) 51: 2187.
9. COTRAN, S.R; KRUMAR, V; ROBBINS, S.L. Pâncreas. *Patologia básica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000.
10. DUNBAR SB, BUTTS B, REILLY CM, GARY RA, HIGGINS MK, FERRANTI EP, ET AL. A pilot test of an integrated self-care intervention for persons with heart failure and concomitant diabetes. *Nurs Outlook*. 2014; 62(2):97-111

11. JASINOWODOLINSKI, D, SZARF G. Escore de Cálcio na avaliação Cardiovascular do Paciente com Diabetes. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2007;51(2).
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. *Cadernos de Atenção Básica* nº 16. 2006.
13. MARK A.E, JACK REJESKI WJ, DELIA S.W, GEORGE AB, JEANNE M.C, ANNE L.P et al Intensive Weight Loss Intervention in Older Individuals: Results from the Action for Health in Diabetes Type 2 Diabetes Mellitus Trial. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2013, vol 61, n 6, 912-922
14. OLIVEIRA, A.G, BERGER S.D, SILVA M.S. Internações por diabetes mellitus e a Estratégia Saúde da Família, Paraná, Brasil, 2000 a 2012. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018. 23(2): 543-552.
15. RONKSLEY P.E; RAVANI P; SANMARTIN C; QUAN H; MANN S B; TONELLI M; HEMMELGARN B.R. Patterns of engagement with the health care system and risk of subsequent hospitalization amongst patients with diabetes. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:399
16. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo. A.C. Farmacêutica, 2014.
17. ZHANG X, SAADDINE JB, CHOU C, ET AL. Prevalence of Diabetic Retinopathy in the United States, 2005-2008. *JAMA.* 2010;304(6):649–656.

1. ARTIGO ORIGINAL

TENDÊNCIA DE HOSPITALIZAÇÃO POR DIABETES MELLITUS, TIPO II, NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO, SERGIPE, EM 2017

TREND OF HOSPITALIZATION FOR DIABETES MELLITUS, TYPE II, IN THE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO, SERGIPE, IN 2017

Uiara Dantas Costa ¹ Rodrigo Batista Dias ² Evelyn de Oliveira Machado ³ Deise Mirelle Souza Santos ⁴

¹ Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, Sergipe, Brasil

² Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, Sergipe, Brasil

³ Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, Sergipe, Brasil

⁴ Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil

Autor correspondente: Uiara Dantas Costa, Rua Josafá Vasconcelos, 115. Lezard, apto F 204. Pratas. CEP: 49400-000. Lagarto, SE, Brasil.

E-mail: uiaradantas@hotmail.com

Agradecimentos: Agradecemos a orientação da Enfermeira Mestre Deyse Mirelle Souza Santos e da Professora Dra Evelyn de Oliveira Machado, pois sem a orientação de ambas não teríamos concluído esse projeto. Agradecemos também ao pessoal setor de arquivos do HUL por nos ajudar na seleção dos prontuários da pesquisa

Conflito de interesse: Declaramos não ter nenhum conflito de interesse .

Fonte de financiamento: nenhuma

RESUMO: *Objetivo:* Traçar o perfil de pacientes diabéticos tipo II admitidos no Hospital Universitário de Lagarto, no período de janeiro a dezembro de 2017. *Materiais e Métodos:* Foi realizado um estudo transversal, quantitativo e retrospectivo. Realizado a partir de dados demográficos, clínicos e laboratoriais, obtidos a partir da análise de prontuários de pacientes internados na Clínica Médica do Hospital Universitário de Lagarto, no período janeiro a dezembro de 2017. Os dados foram selecionados a partir de um questionário adaptado contendo dez variáveis. Os dados foram organizados com o auxílio do software Microsoft Excel 2016 e posteriormente foi utilizado o software R-project, versão 3.4.3 e o teste T-Studente. *Resultados:* Foram analisados 197 prontuários, com média de idade de 61 anos, não houve predomínio de sexo, 56% dos pacientes eram pardos, 74,6% analfabetos, 72% oriundos do município de Lagarto. A maioria dos pacientes deu entrada por AVC, complicações cardiovasculares foram as mais prevalentes dentre os pacientes internados. 74% dos pacientes teve melhora do quadro agudo, sendo encaminhados a atenção básica para posterior acompanhamento. *Conclusão:* As internações decorrentes do diabetes mellitus têm forte ligação com o inadequado acompanhamento na atenção primária, visto que muitos motivos de internação encontrados nessa pesquisa, são condições sensíveis a atenção básica

DESCRITORES: Diabetes mellitus; Internação; Complicação

ABSTRACT: *Objective:* describing the profile of type II diabetic patients admitted to the teaching Hospital in Lagarto city from January to December 2017. *Materials and Methods:* It was realized a cross-sectional, quantitative and retrospective study. This study was based on demographic, clinical and laboratorial data, obtained from the analysis of medical reports of patients hospitalized at the Clinical Medical of the teaching Hospital in Lagarto city, from January to December 2017. The data were selected from an adapted questionnaire containing ten variables and organized in the Microsoft Excel 2016, and then, after that, the software Rproject, version 3.4.3 and the T-Studente test were used. *Results:* A total of 197 medical reports were analyzed, with a mean age of 61 years, without gender predominance, 56% of the patients were brown, 74.6% were illiterate, and 72% were from the Lagarto city. Most of the patients were admitted for CVA, cardiovascular complications were the most prevalent among inpatients. 74percentage of the patients had an improvement in the acute condition, being referred to basic care for follow-up. *Conclusion:* The hospitalizations due to DM have a strong connexion with inadequate follow-up in primary care, since many reasons for hospitalization found in this study are sensitive conditions for basic care

KEYWORDS: Diabetes mellitus; hospitalization; complication

1. INTRODUÇÃO

Segundo a American Diabetes Association, o Diabetes Mellitus (DM) é uma desordem metabólica, caracterizada por hiperglicemia, com alterações do metabolismo e outras alterações, decorrentes da destruição das células beta do pâncreas, e/ou distúrbios da secreção da insulina, sendo causado por fatores genéticos e ambientais. Que somados ocasionam complicações irreversíveis^{1,2}. Constitui um dos principais problemas de saúde pública no mundo, principalmente nos países em desenvolvimento, com considerável representatividade nos gastos relacionados a saúde, além do impacto na morbimortalidade da população em geral.

A prevalência mundial de DM em 2013, em indivíduos entre 20 e 79 anos foi 8,3% (382 milhões de pacientes) com expectativa de 592 milhões para o ano de 2035. Fato que coloca o Brasil entre os 10 países mais prevalentes para a doença. Segundo dados do DataSUS, em 2017, em Sergipe foram registradas 91.872 internações hospitalares por diversas causas, sendo 1.158 internações diabetes mellitus registradas pelo hospital Regional de Lagarto. Até março de 2018 foram registradas 330 internações por diabetes mellitus no estado, sendo 33 delas no município de Lagarto³.

Alguns fatores modificáveis contribuem para esse aumento, tais como mudanças no estilo de vida, aumento do consumo de alimentos ricos em carboidratos e gorduras, aumento da obesidade e envelhecimento da população. Estima-se que 6,3% dos brasileiros maiores de 18 anos sejam portadores de DM tipo II. E pelo menos 7% destes já tiveram uma ou mais complicações por ano, devido a doença. Todavia, metade dos casos estimados não tem conhecimento da doença, passando a saber quando apresentam alguma complicação do DM ou em internações por outras causas.² Dentre as complicações mais frequentes e graves do DM, tipo II, estão a retinopatia diabética, nefropatia diabética, neuropatia diabética e pé diabético. A retinopatia diabética é a principal causa de cegueira na faixa entre 20 e 74 anos e afeta cerca de 20 a 40% dos portadores de DM, principalmente aqueles com mais de 20 anos de doença. A doença cardiovascular e a nefropatia diabética, são as mais frequentes complicações, sendo as repercussões vasculares a com maior incidência⁴.

Apesar da disponibilidade de tratamentos eficazes, o DM ainda implica em altos índices de internações, principalmente por quadro de descompensação da doença.⁵ Apesar de programas de saúde voltados para o combate do DM, é possível que muitas complicações identificadas neste grupo de pacientes possam ser determinadas pelo insucesso na abordagem e seguimento do tratamento na atenção básica.⁸ Desta forma justifica-se a realização do presente estudo para traçar o perfil de pacientes diabéticos tipo II admitidos no Hospital Universitário de Lagarto, no período de janeiro a dezembro de 2017.

2. MATERIAS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e retrospectivo. Realizado a partir de dados demográficos, clínicos e laboratoriais, provenientes da análise de prontuários de pacientes internados na Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário de Lagarto no período janeiro a dezembro de 2017. O hospital é gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e atende pacientes, exclusivamente, via Sistema Único de Saúde (SUS). Funciona como hospital escola para os alunos da Universidade Federal de Sergipe, Campus Lagarto.

Foram incluídos na pesquisa todos os prontuários de pacientes diabéticos, tipo II, admitidos na Unidade de Clínica Médica do hospital, do ano de 2017. Foram excluídos os prontuários de pacientes portadores de DMI, devidamente comprovado por diagnóstico anterior a internação, prontuários com evolução médica e de enfermagem ilegíveis, prontuários de pacientes menores de 18 anos, bem como aqueles que não continham as informações necessárias para o preenchimento do questionário.

Os dados foram selecionados a partir de um questionário, com dez variáveis, adaptados pelo instrumento da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP), em A, B, C, D. As variáveis estudadas incluíram descrição do perfil sociodemográfico (sexo, idade, cor da pele autorreferida, escolaridade, ocupação, origem), comorbidades associadas (hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias, doença renal crônica, doenças do sistema nervoso central e osteomusculares). Complicações diabéticas na internação como: infecções do trato urinário, trato respiratório. Complicações vasculares como: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e lesões do pé diabético. Além da evolução do quadro clínico do paciente: alta, óbito, evasão, encaminhamento a unidade básica de saúde e/ou ao especialista, encaminhamento ao centro de referência ou sem informação do desfecho do caso.

Os dados foram organizados com o auxílio do software Microsoft Excel 2016, para uma melhor manipulação das informações, que posteriormente foram utilizadas para análise com o auxílio do software R-project, versão 3.4.3 e o teste T-Studente, para comparações entre variáveis contínuas e de dois grupos. O presente estudo foi fundamentado em dados de acesso público, que não constrangerão grupos de populações e/ou indivíduos na apresentação dos resultados encontrados, sendo assegurada a confidencialidade e sigilo das informações levantadas. Atendendo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012, este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Do Hospital Universitário de Lagarto.

3. RESULTADOS

Foram selecionados 225 prontuários a partir de uma lista com os números de registros de cada atendimento, fornecidas pelo serviço de arquivo do hospital. Destes foram analisados 197 elementos da amostra, sendo que 28 não estavam disponíveis no momento da coleta.

A média da idade de todos os participantes é de 66 anos e 10 meses, tendo como idade mínima encontrada 21 anos e a idade máximo de 101 anos. Apresentando uma média de 67 anos e 5 meses de vida, para o sexo masculino e uma média um pouco mais baixa, 66 anos e 3 meses, para o sexo feminino. Com um p-valor de 0,3309, admitindo um nível de significância de 5%, pode-se informar que ambos os sexos apresentaram, estatisticamente, a mesma média de idade.

Na tabela 1, é possível perceber que a grande maioria dos participantes da pesquisa se enquadram nas últimas faixas etárias, entre 71 a 80 anos, com um percentual de 26,40%. Quanto ao sexo, nota-se um equilíbrio de distribuição, com a relação de 1:1 para masculino e feminino. Quanto a raça, 56,85% se declararam pardos, em uma parcela dos prontuários essa informação era ignorada, e o campo de preenchimento estava vazio. No “quesito” escolaridade, os participantes foram divididos entre analfabetos, ensino fundamental, ensino médio e ensino superior. Notou-se que aproximadamente 30% dos prontuários não continham essa informação, estando o espaço vazio, 74,62% dos pacientes admitidos eram analfabetos ou tinham o ensino fundamental. Em 99% dos prontuários faltava o preenchimento da informação referente a ocupação, sendo este dado não informado. No gráfico 1, observa-se a distribuição dos pacientes conforme sua origem, 72 % eram de Lagarto e povoados vizinhos.

Conforme mostra o gráfico 2, o acidente vascular encefálico, não específico, foi o principal motivo de internação dos pacientes em estudo, com prevalência de 9,14% (18 pacientes).

Considerando as comorbidades presentes na internação, descritas na tabela 2, observou-se que 84,26% dos pacientes apresentaram Hipertensão Arterial Sistêmica, 18,27% dos pacientes apresentam concomitantes três comorbidades, dentre elas dislipidemia (52,4%). A doença renal crônica foi a segunda comorbidade mais prevalente presente em 24,37% dos casos em questão. Aproximadamente 3 % dos prontuários não continham informações sobre comorbidades.

O gráfico 3, demonstra a distribuição de complicações que os pacientes apresentaram na internação. Nota-se que, aproximadamente, 23% dos participantes apresentaram mais de uma complicação, sendo a pneumonia, a patologia mais prevalente, cerca de 22%. Vale ressaltar que outras complicações também foram frequentes, tais como sepse e insuficiência renal aguda em aproximadamente 13% dos prontuários. O quadro agudo “diabetes descompensada” apareceu em 10,3% dos prontuários.

Para a evolução do quadro durante a internação, percebe-se que quase 27% dos pacientes tiveram boa evolução do quadro recebendo alta, após resolução do quadro agudo, e destes 17% foram encaminhados a Unidade Básica de Saúde para acompanhamento do diabetes. (Gráfico 4)

4. DISCUSSÃO

O estudo apresenta algumas limitações, pois foi feito a partir de dados secundários, passíveis de erros de interpretação, falta ou erros de diagnósticos, ausência de informações nos prontuários e por ter sido realizado em uma unidade de clínica médica, onde não há internações cirúrgicas. Ressalto que o hospital passou em 2015, por uma transição administrativa, com gestão compartilhada pela Fundação Estadual de Saúde de Sergipe e EBSEH, podendo ser esse um motivo para ausência de determinados dados na pesquisa. Contudo, o objetivo principal dessa pesquisa foi traçar o perfil de pacientes com DM internados no HU Lagarto por causas sensíveis a atenção básica, servindo de indicador para avaliar a efetividade da atenção primária à saúde. Levando em consideração que não foram encontrados nas bases de pesquisas trabalhos sobre esse tema no estado de Sergipe e no município de Lagarto, tornando-se este trabalho pioneiro no assunto.

Foi observado, pela amostra de 197 prontuários, que o Hospital Universitário de Lagarto atende em sua maioria idosos, masculinos, de baixa escolaridade, oriundos principalmente do município de Lagarto, Sergipe. Esses dados assemelham-se ao panorama de muitos hospitais de Sergipe e do Brasil⁵. Em uma pesquisa quantitativa, exploratória e descritiva, realizada por Menezes e Silva, cuja amostra foi de 40 pacientes, internados na unidade de clínica médica do HU de Lagarto, observou-se maior prevalência de internações para o sexo feminino, fato que pode relacionar-se a maior procura das mulheres pelos serviços de saúde e uma maior prevalência de programas na atenção básica voltadas para esse público^{5,6,7}. Contudo, 55% dos custos de saúde são destinados a internações hospitalares, gerando um grande impacto econômico a saúde pública⁸. No ano de 2000 foram gastos aproximadamente 3.952 milhões de dólares com internações de pacientes diabéticos. Fato que se agrava a cada nova hospitalização, pois aumenta ainda mais a debilidade desses pacientes. Estima-se que o diabetes seja responsável em média por um excesso de mais de 12.000 internações por 100.000 pessoas/ano⁹.

Pelos dados obtidos podemos observar que os motivos de internação, são em grande parte consequências de uma atenção primária ineficaz, pois perpassa pelo controle glicêmico inadequado, falta de adesão ao tratamento farmacológico e presença de fatores de risco para eventos cardioembólicos. Embora a cobertura populacional do serviço seja um componente essencial da resolutividade do sistema de saúde, as altas taxas de internações por condições sensíveis a atenção primária podem sinalizar baixo acesso aos serviços oferecidos pela atenção primária a saúde ou ainda, a oferta de serviços de baixa qualidade^{10,13}. Das comorbidades associadas, a cardiopatia é a complicação mais prevalente, justificada pelo envelhecimento dos capilares com aterosclerose e/ou arteriosclerose, pela maior resistência periférica do sistema arterial, ocasionando maior sobrecarga cardíaca. Isoladamente, o paciente diabético é categorizado como equivalente de doença coronariana, sendo portanto um paciente de alto risco¹⁴. Os dados da pesquisa corroboram com diversos estudos que apontam as alterações cardiovasculares como as comorbidades mais comuns em pacientes diabéticos^{5,7,11}.

O processo de senilidade traz consigo algumas modificações, doenças e complicações. No ano de 2014, um estudo para verificar o perfil epidemiológico na cidade de Lagarto, foram entrevistados 40 pacientes diabéticos e hipertensos, destes 72,5% desconheciam as complicações da doença. Fato que assemelha-se ao presente estudo onde cerca de 80% dos pacientes analisados possuíam alguma complicação, destes 35% tinham complicações relacionadas ao diabetes⁷. Pode-se inferir ainda que as complicações foram mais prevalentes em idosos, maiores de 70 anos, onde o processo de adoecimento e senilidade é mais marcante.

Dos 197 pacientes estudados, foi observada uma taxa de mortalidade de 14,72% (29 óbitos). Quando comparados a outros estudos percebemos que houve redução em relação ao panorama nacional e de Sergipe. Pois segundo, o relatório de saúde do estado de Sergipe em 2016 as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças endócrinas e as causas externas representaram 54,5% do total de óbitos por causas conhecidas em Aracaju, 66% em Sergipe, 66,4% no Nordeste e 67,6% no Brasil 15. A redução observada no estudo pode estar relacionada ao fato de ser um hospital regional de médio porte, onde pacientes que exigem alta complexidade são encaminhados para centros de especialidade, na capital. Em contrapartida a taxa de mortalidade, destacamos que 74% dos pacientes teve melhora do quadro agudo, sendo encaminhados a atenção básica para acompanhamento e/ou ao especialista para controle e acompanhamento da doença.

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que o DM é um problema de saúde relevante, o qual está associado a fatores socioeconômicos e demográficos e a outras condições de saúde. E as internações decorrentes da doença tem ligação forte com o inadequado acompanhamento na atenção primária, visto que muitos motivos de internação encontrados nessa pesquisa, são condições sensíveis a atenção básica. As doenças cardiovasculares ainda constituem importantes comorbidades dessa população. O controle de fatores de risco, medidas para promoção de saúde, capacitação e melhor adesão ao tratamento pelos pacientes são medidas que podem contribuir para reduzir a incidência de internações por complicações diabéticas.

6. REFERÊNCIAS

1. Laisa D. Perfil epidemiológico de pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 residentes do município de agudo. *Cinergis*; Outubro/Dezembro, 2015; vol 16, n.4.
2. Cláudia DLO, Karine SCR, Eduarda MC, Rony CA, Mateus LF, Jessica AA, et al Perfil clínico do paciente diabético após internação devido a complicação por condição sensível à atenção primária. *Rev. Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2017; vol 19, n 3. 139-45.
3. Brasil/MS/DATASUS (Brasil. Ministério da Saúde Datasus). Transferência de arquivos. Arquivos de Dados. Seleção de Arquivos do BBS. Disponível em: <http://datasus.gov.br>. (Acessado em 15 de maio de 2018)
4. Almeida-Pititto B, Dias ML, Moraes AC, Ferreira SR, Franco DR, Eliaschewitz FG. Type 2 diabetes in Brazil: Epidemiology and management. *Diabetes Metab Syndr. Obes*. 2015;8:17-28.

5. Santos AL, Teston EF, Maria do Rosário DOL, Thais Aidar de FM, Sonia SMilva. Tendência de hospitalizações por diabetes mellitus: implicações para o cuidado em saúde. *Acta paul. enferm.* 2015; 28(5): 401-407.
6. Paula CG, Ana Carla B, Carlos AMF, Thais Aidar FM, Lígia C. Tendência das internações por diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica em idosos. *Cogitare Enferm.* 2016 Out/dez; 21(4): 01-10
7. Silva, GM., Menezes GGS. Avaliação do perfil sócio demográfico e hábitos de vida dos pacientes hospitalizados no município de Lagarto, Sergipe. *Scientia Plena* 2014; 10.
8. Ronksley PE; Ravani P; Sanmartin C; Quan H; Manns B; Tonelli M; Hemmelgarn BR. Patterns of engagement with the health care system and risk of subsequent hospitalization amongst patients with diabetes. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:399
9. José MDV. Boletim eletrônico do grupo técnico de avaliação e informações de saúde. GAIS Informa. Boletim maio, ano 8, nº 52, ano 2016.
10. Guilherme AO, Débora BS, Sonia SM. Internações por diabetes mellitus e a Estratégia Saúde da Família, Paraná, Brasil, 2000 a 2012. *Ciênc. saúde coletiva.* fev. 2018; v. 23, n. 2, 543-552.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: **Vigitel** 2011. Brasília: MS; 2011
12. Oliveira ME, Fenili RM, Zampieri MF, Martins CR. Un ensayo sobre la comunicación em los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. *Enferm Global.* [Internet]. 2006; 8(8):1-7.
13. Barbosa BM, Monteiro RA, Sparano LF, Bareiro RFN, Passos ADC, Engel EE. Incidence and causes of lower-limb amputations in the city of Ribeirão Preto from 1985 to 2008: evaluation of the medical records from 3,274 cases. *Rev. bras. epidemiol.* abr./jun. 2016. vol.19 no.2
14. Jasinowodolinski, D, Szarf G. Escore de Cálcio na avaliação Cardiovascular do Paciente com Diabetes. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2007;51(2).
15. BRASIL, Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação : Sergipe / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.–2. Ed, 2016.

TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1. Análise descritiva do perfil sociodemográfico de pacientes diabéticos internados no HUL em 2017.

Table 1. Descriptive analysis of the sociodemographic profile of diabetic patients admitted to HUL in 2017.

Variável		Frequência Percentual (%)	
Faixa Etária	21 a 30 anos	8	4,06
	31 a 40 anos	7	3,55
	41 a 50 anos	19	9,64
	51 a 60 anos	34	17,26
	61 a 70 anos	35	17,77
	71 a 80 anos	52	26,40
	Maior de 81 anos	42	21,32
Sexo	Feminino	98	49,75
	Masculino	99	50,25
Raça	Branco	39	19,80
	Pardo	112	56,85
	Negro	6	3,05
	Sem registro	40	20,30
Escolaridade	Analfabeto	72	38,07
	Ensino fundamental	72	36,55
	Ensino médio	18	9,14
	Ensino superior	0	0,00
	Ignorado	32	16,24
Ocupação	Sem registro	195	98,98
	Do lar	1	0,51
	Lavradora	1	0,51

Gráfico 1: Distribuição da origem dos pacientes admitidos no HUL em 2017.
Graph 1: Distribution of the origin of patients admitted to HUL in 2017.

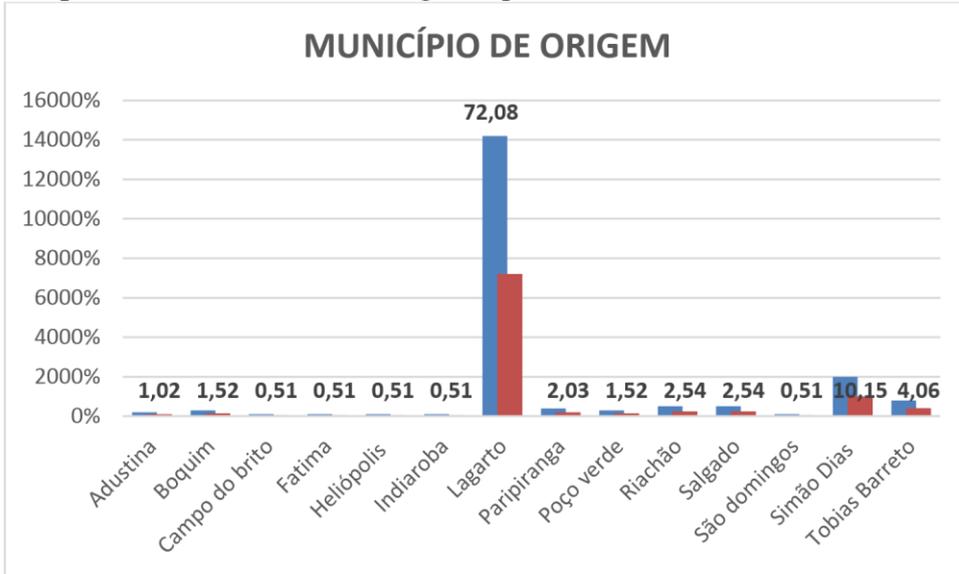


Gráfico 2: Distribuição dos motivos de internação dos pacientes diabéticos admitidos no HUL em 2017.

Graph 2: Distribution of reasons for hospitalization of diabetic patients admitted to HUL in 2017.

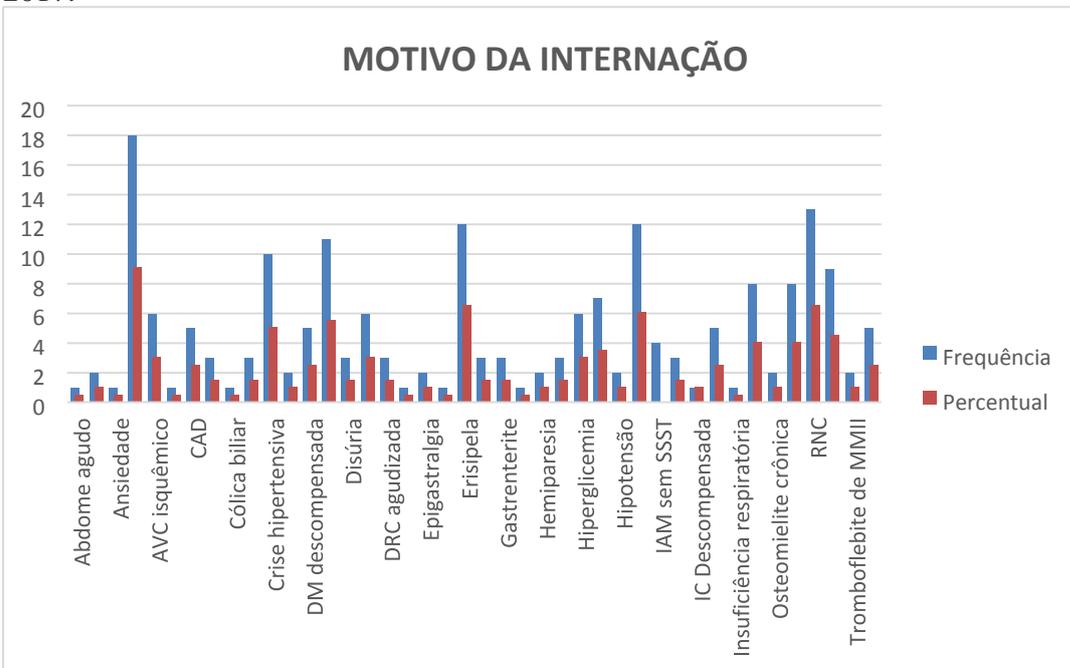


Tabela 2. Distribuição das comorbidades associadas aos pacientes diabéticos admitidos no HU, Lagarto, 2017.

Table 2. Distribution of comorbidities associated with diabetic patients admitted to the HU, Lagarto, 2017

Variável		Frequência	Percentual (%)
Comorbidades	Cardiopatias	2	1,02
	Doença do Sistema Nervoso Central	2	1,02
	Doença do Sistema Nervoso Central e Outras	2	1,02
	Doença Renal Crônica	6	3,05
	Doença Renal Crônica e Doença do Sistema Nervoso Central	1	0,51
	Doença Renal Crônica e Outras	2	1,02
	Hipertensão Arterial Sistêmica	44	22,34
	Hipertensão Arterial Sistêmica e Cardiopatias	34	17,26
	Hipertensão Arterial Sistêmica e Doença do Sistema Nervoso Central	19	9,64
	Hipertensão Arterial Sistêmica e Doença Renal Crônica	17	8,63
	Hipertensão Arterial Sistêmica e Osteomusculares	6	3,05
	Hipertensão Arterial Sistêmica e Outras	10	5,08
	Hipertensão Arterial Sistêmica, Cardiopatias e Doença do Sistema Nervoso Central	7	3,55
	Hipertensão Arterial Sistêmica, Cardiopatias e Doença Renal Crônica	12	6,09
	Hipertensão Arterial Sistêmica, Cardiopatias e Osteomusculares	2	1,02
	Hipertensão Arterial Sistêmica, Cardiopatias e Outras	1	0,51
	Hipertensão Arterial Sistêmica, Doença do Sistema Nervoso Central e Doença Renal Crônica	5	2,54
	Hipertensão Arterial Sistêmica, Doença do Sistema Nervoso Central e Osteomusculares	3	1,52
	Hipertensão Arterial Sistêmica, Doença do Sistema Nervoso Central e Outras	1	0,51
	Hipertensão Arterial Sistêmica, Doença Renal Crônica e Osteomusculares	1	0,51
	Hipertensão Arterial Sistêmica, Doença Renal Crônica e Outras	4	2,03
	Osteomusculares	1	0,51
	Outras	2	1,02
	Sem comorbidades	8	4,06
	Sem informações no prontuário	5	2,54

Gráfico 3: Distribuição das complicações na internação dos pacientes diabéticos admitidos no HUL em 2017.

Graph 3: Distribution of complications in the hospitalization of diabetic patients admitted to HUL in 2017.

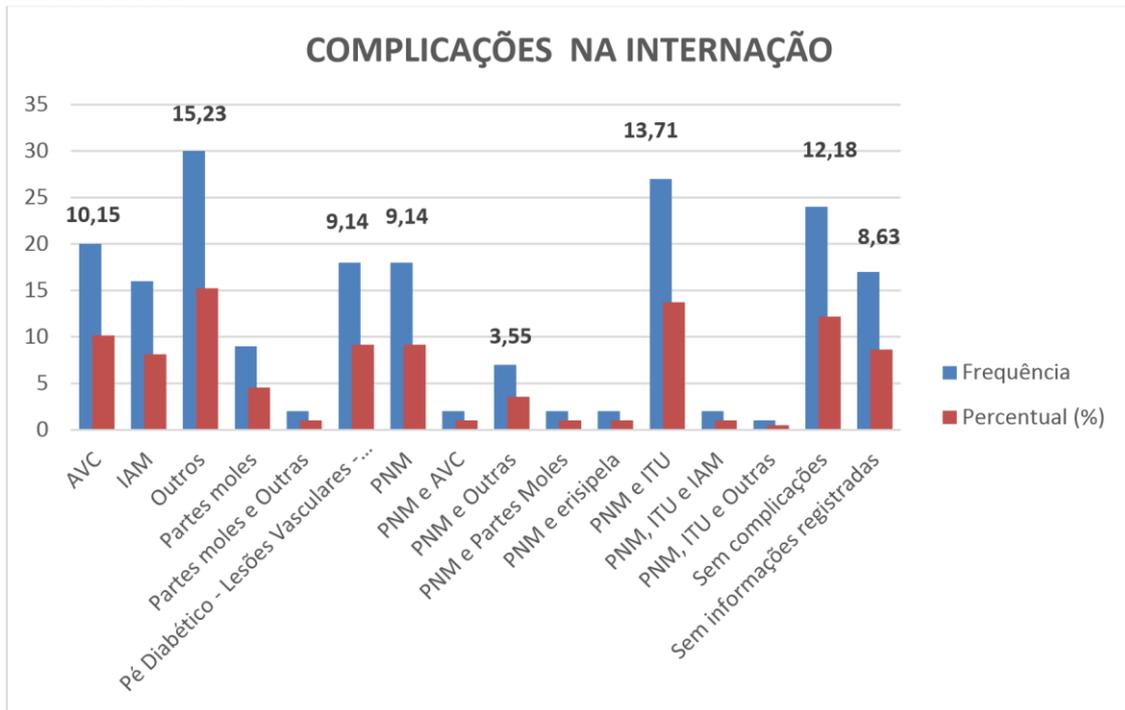
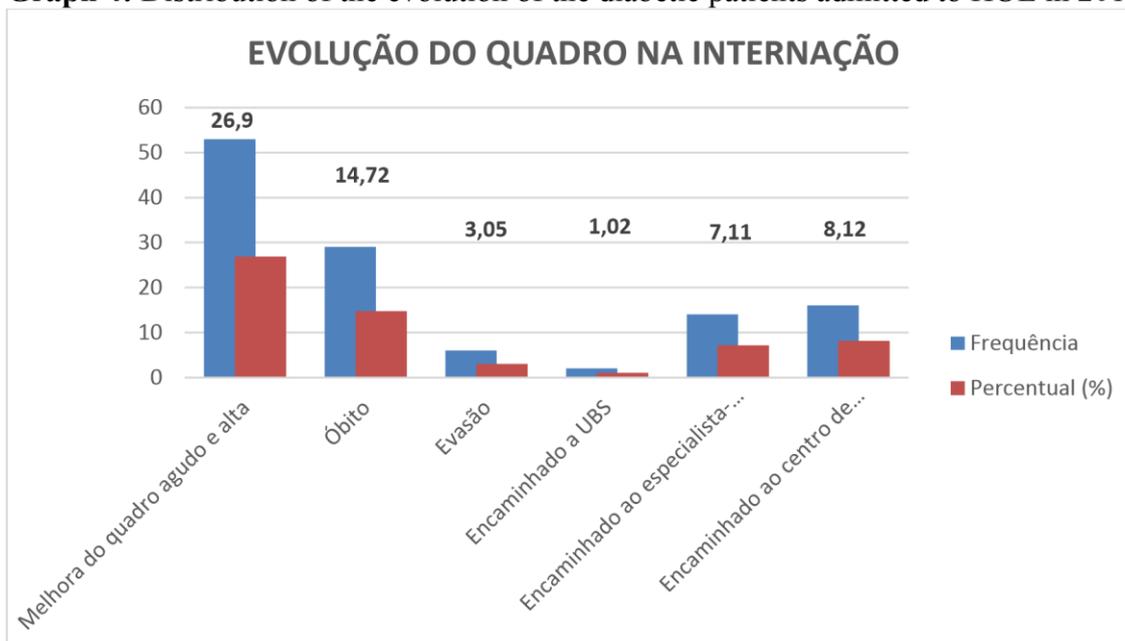


Gráfico 4: Distribuição da evolução do quadro dos pacientes diabéticos admitidos no HUL em 2017.

Graph 4: Distribution of the evolution of the diabetic patients admitted to HUL in 2017.



ANEXO A – NORMAS DA REVISTA

REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA

Os manuscritos são aceitos em português, espanhol ou inglês. Os artigos em português e espanhol devem ser acompanhados do resumo no idioma original do artigo, além de *abstract* em inglês. Os artigos em inglês devem ser acompanhados do *abstract* no idioma original do artigo, além de resumo em português. O manuscrito deve ser acompanhado de documento a parte com carta ao editor, justificando a possível publicação.

Os manuscritos devem ter o máximo de 21.600 caracteres com espaço e 6 ilustrações, compreendendo Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão (Folha de rosto, Referências Bibliográficas e Ilustrações não estão incluídas nesta contagem). O arquivo deve apresentar a seguinte ordem: Folha de rosto, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências Bibliográficas e Ilustrações. O manuscrito deve ser estruturado, apresentando as seções: Folha de rosto, Resumo, Abstract, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências e Ilustrações. O arquivo final completo (folha de rosto, seções, referências e ilustrações) deve ser submetido somente no formato DOC (Microsoft Word), e as tabelas devem ser enviadas em formato editável (Microsoft Word ou Excel), devendo respeitar a seguinte formatação:

- Margens com configuração “Normal” em todo o texto (superior e inferior = 2,5 cm; esquerda e direita = 3 cm);
- Espaçamento duplo em todo o texto;
- Fonte Times New Roman, tamanho 12, em todo o texto;
- Não utilizar quebras de linha;
- Não utilizar hifenizações manuais forçadas.

Folha de Rosto

Os autores devem fornecer os títulos do manuscrito em português e inglês (máximo de 140 caracteres com espaço), título resumido (máximo de 60 caracteres com espaço), dados dos autores*, dados do autor de correspondência (nome completo, endereço e e-mail),

agradecimentos, existência ou ausência de conflitos de interesses, financiamento e número de identificação/aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Deve ser especificada, também, a colaboração individual de cada autor na elaboração do manuscrito.

*A indexação no SciELO exige a identificação precisa da afiliação dos autores, que é essencial para a obtenção de diferentes indicadores bibliométricos. A identificação da afiliação de cada autor deve restringir-se a nomes de entidades institucionais, Cidade, Estado e País (sem titulações dos autores).

O financiamento deve ser informado obrigatoriamente na Folha de rosto. Caso o estudo não tenha contato com recursos institucionais e/ou privados, os autores devem informar que o estudo não contou com financiamento.

Os Agradecimentos devem ter 460 caracteres com espaço no máximo.

Resumo e Abstract

Os resumos devem ter 1600 caracteres com espaço no máximo, e devem ser apresentados na a forma estruturada, contemplando as seções: Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão. As mesmas regras aplicam-se ao *abstract*.

Os autores deverão apresentar no mínimo 3 e no máximo 6 palavras-chave, bem como as respectivas *Keywords*, que considerem como descritores do conteúdo de seus trabalhos, no idioma em que o artigo foi apresentado e em inglês. Esses descritores devem estar padronizados conforme os DeCS (<http://decs.bvs.br/>).

Ilustrações

As tabelas e figuras (gráficos e desenhos) deverão ser inseridas no final do manuscrito, não sendo permitido o envio em páginas separadas. Devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução de forma reduzida, quando necessário. Fornecer títulos em português e inglês, inseridos fora das ilustrações (não é necessário o corpo da tabela e gráficos em inglês). Deve haver quebra de página entre cada uma delas, respeitando o número máximo de 5 páginas dedicadas a Tabelas, Gráficos e Figuras. Apresentá-las após as Referências, no final do manuscrito (em arquivo único).

As ilustrações podem no máximo ter 15 cm de largura e devem ser apresentadas dentro da margem solicitada (configuração nomeada pelo Word como “Normal”). Não serão aceitas ilustrações com recuo fora da margem estabelecida.

Imagens

- Fornecer as fotos em alta resolução;
- Fornecer os gráficos em formato editável (preferencialmente PDF).

Tabelas, Equações, Quadros e Fluxogramas

- Sempre enviar em arquivo editável (Word ou Excel), nunca em imagem;
- Não formatar tabelas usando o TAB; utilizar a ferramenta de tabelas do programa;
- Nas tabelas, separar as colunas em outras células (da nova coluna); não usar espaços para as divisões.

Abreviaturas

Quando citadas pela primeira vez, devem acompanhar o termo por extenso. Não devem ser utilizadas abreviaturas no título e no resumo.

Referências

Devem ser numeradas de consecutiva, de acordo com a primeira menção no texto, utilizando algarismos arábicos. A listagem final deve seguir a ordem numérica do texto, ignorando a ordem alfabética de autores. Não devem ser abreviados títulos de livros, editoras ou outros. Os títulos de periódicos seguirão as abreviaturas do Index Medicus/Medline. Devem constar os nomes dos 6 primeiros autores, seguidos da expressão et al. quando ultrapassarem esse número. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências, sendo apresentados somente no corpo do texto ou em nota de rodapé. Quando um artigo estiver em vias de publicação, deverá ser indicado: título do periódico, ano e outros dados disponíveis, seguidos da expressão, entre parênteses “no prelo”. As publicações não convencionais, de difícil acesso, podem ser citadas desde que os autores indiquem ao leitor onde localizá-las. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Artigo de periódico

Szklo M. Estrogen replacement therapy and cognitive functioning in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Am J Epidemiol* 1996; 144: 1048-57.

Livros e outras monografias

Lilienfeld DE, Stolley PD. *Foundations of epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1994.

Capítulo de livro

Laurenti R. Medida das doenças. In: Forattini OP. *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 369-98.

Tese e Dissertação

Bertolozzi MR. Pacientes com tuberculose pulmonar no Município de Taboão da Serra: perfil e representações sobre a assistência prestada nas unidades básicas de saúde [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1991.

Trabalho de congresso ou similar (publicado)

Mendes Gonçalves RB. Contribuição à discussão sobre as relações entre teoria, objeto e método em epidemiologia. In: *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*; 1990 set 2-6; Campinas (Br). Rio de Janeiro: ABRASCO; 1990. p. 347-61.

Relatório da OMS

World Health Organization. Expert Committee on Drug Dependence. 29th Report. Geneva; 1995. (WHO - Technical Report Series, 856).

Documentos eletrônicos

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics. [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Systems; 1993.

OBSERVAÇÃO

A Revista Brasileira de Epidemiologia adota as normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no *New England Journal of Medicine*, 1997; 336: 309, e na *Revista Panamericana de Salud Publica*, 1998; 3: 188-96 (http://www.icmje.org/urm_main.html)

ANEXO B: DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM

PESQUISA COM SERES HUMANOS DO HOSPITAL REGIONAL DE LAGARTO SERGIPE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO

Carta de anuência para autorização de pesquisa

Eu, Fernando Every Belo Xavier, gerente de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Lagarto, venho por meio desta informar a V. Sa. que autorizo os pesquisadores Rodrigo Batista Dias e Uiara Dantas Costa, alunos do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe Campus Prof. Antonio Garcia Filho – UFS, a realizar/desenvolver a pesquisa, sendo esta parte do Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Medicina, intitulada “Perfil de pacientes diabéticos tipo II admitidos no Hospital Universitário de Lagarto em 2017” sob orientação da Prof. Dr^a Evelyn de Oliveira Machado e Me Deyse Mirelle Santos Souza. O desenvolvimento da pesquisa está condicionado à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Os pesquisadores acima citados declaram conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 MS, reiterando a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos pacientes envolvidos nesta pesquisa.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Prof. Dr. Fernando Every B. Xavier
Gerente de Ensino e Pesquisa
SIAPE 1238841
H.U. - UFS - Lagarto

21 de março de 2017

Assinatura e carimbo do responsável institucional