

Diabetes em cuidados primários

MARIA ROSA GALLEGO

A diabetes mellitus é um grave e crescente problema de saúde pública, com onerosas complicações, quer individuais, quer comunitárias. Portugal tem um programa de saúde para este problema desde 1992, baseado na Declaração de St. Vincent. Num primeiro tempo as estratégias de intervenção, iniciadas nos cuidados primários de saúde, basearam-se na avaliação contínua da qualidade dos cuidados prestados (DiabCare). Mais tarde, no âmbito da «Estratégia de saúde (1998-2002)», o enfoque foi posto na promoção do papel activo do cidadão com diabetes (Guia do Diabético). O seu impacto, quer na organização dos cuidados, quer nos serviços de saúde, quer na comunidade, está dependente da adequada implementação e utilização pelos diabéticos, profissionais e responsáveis de saúde dos instrumentos agora postos à sua disposição.

Introdução

O sistema de saúde português, após décadas de organização assente nos cuidados hospitalares (doenças crónicas), em serviços de saúde providos pelas caixas de previdência das empresas ou associações (doença aguda) ou pelos centros de saúde (cuidados preven-

tivos) no início dos anos 80, passou a basear-se nos cuidados primários, definidos por quatro características coexistentes: primeiro contacto, provisão de cuidados continuados centrados na pessoa, compreensivos e coordenados. O clínico geral seria o responsável pelo paciente, como um todo, funcionando como coordenador dos cuidados, integrando-os e assegurando a sua continuação no tempo, perspectivando o indivíduo no seu meio social e familiar, enquanto os outros especialistas hospitalares seriam responsáveis por uma (ou mais) doença com necessidade de conhecimento mais profundo.

A diabetes é uma síndrome caracterizada por uma deficiente insulino-secreção, relativa ou absoluta, a que podem associar-se graus variáveis de insulinoresistência, resultando numa hiperglicemia crónica, com alterações do metabolismo dos lípidos e proteínas e um conjunto de complicações neurológicas, micro e macrovasculares relacionadas, cuja prevenção passa por um diagnóstico e tratamento precoces. A população que sofre deste problema tem vindo a crescer em número, facto que tem sido explicado em parte pelas alterações do estilo e aumento da expectativa de vida. As complicações desta situação são várias, passíveis de serem atrasadas e diminuídas em número.

Segundo informação fornecida pelos hospitais através dos grupos homogéneos de diagnóstico (GDHs), as complicações crónicas (*outcomes*) directamente relacionadas com a diabetes, como as amputações major e as cetoacidoses, não têm diminuído no nosso

□

Maria Rosa Gallego é chefe de serviço de clínica geral e coordenadora do programa de diabetes da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

país (Figura 1), pelo que importa definir estratégias de intervenção efectiva para a obtenção de ganhos em saúde pela sua redução.

O Programa Nacional de Controlo da Diabetes define uma estrutura de cuidados, baseada nos cuidados primários, que pretende assegurar a acessibilidade aos cuidados sempre que um diabético deles necessite. Nesta estrutura organizativa, o diabético deve ter direito ao acesso a cuidados secundários especializados, em especial crianças insulíndependentes e grávidas diabéticas, cujos cuidados estão sob coordenação dos serviços hospitalares por regulamentação normativa (Portugal. Direcção-Geral de Saúde, 1995).

Os cuidados ao diabético em clínica geral têm como objectivo, tal como em qualquer outro nível de cuidados, a manutenção da quasi-normoglicemia a fim de minimizar os riscos de complicações a longo prazo, assim como a sua identificação e tratamento precoces, adaptando o objectivo e as estratégias a cada momento da vida do doente.

Os cuidados prestados variam desde o seguimento total em cuidados hospitalares, passando por esquemas protocolares de consultoria, mais ou menos eficazes, até ao seguimento total em clínica geral.

Vários trabalhos comparativos entre cuidados primários e secundários comprovam a maior acessibilidade, com maior satisfação e responsabilização dos doentes, a um menor custo em cuidados primários, desde que assegurada uma boa organização de cuidados, com resultados idênticos aos dos cuidados hospitalares (Griffin, 1998; Greenhalgh, 1994):

- Registo próprio dos diabéticos que permita a sua convocação, controlo de revisão, rastreio e tratamento de complicações;

- Programa de educação estruturado e adaptado;
- Sistema de avaliação com componentes de estrutura, processo e resultados.

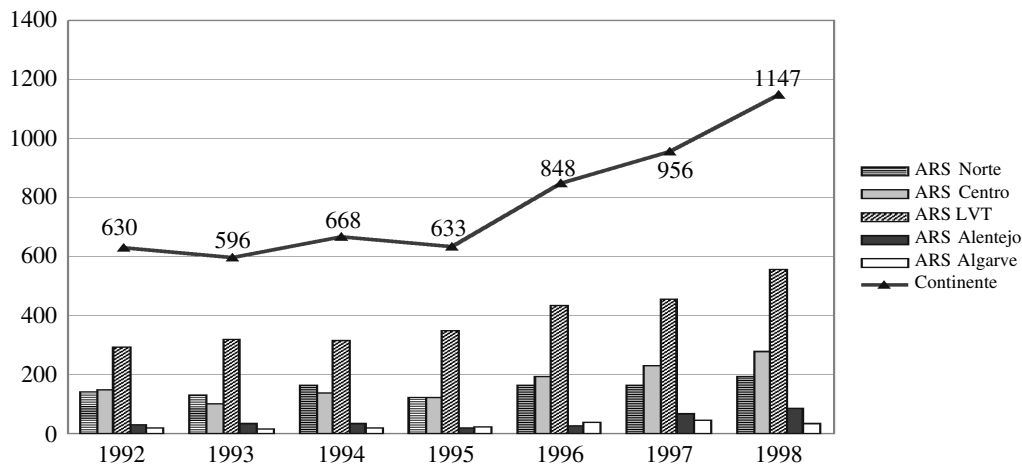
A definição das responsabilidades nos cuidados a prestar ao diabético e a sua referência entre os vários tipos de cuidados de saúde encontram-se também dependentes da estrutura, organização e articulação entre as estruturas locais.

A colaboração, num espírito de equipa multidisciplinar, entre os profissionais de cuidados primários e hospitalares, quer na investigação, quer no desenho e na organização de serviços para diabéticos e outras doenças crónicas, parece ser a base mais eficaz para a melhoria contínua de qualidade dos cuidados, quer para a diabetes, quer para outros problemas de saúde. O *ratio* de clínicos gerais/outras especialidades médicas em Portugal tem vindo a decrescer na década de 90, provavelmente, devido aos baixos incentivos profissionais (grandes deficiências em recursos materiais e estrutura organizativa pouco flexível) e ao menor número de novos médicos em formação.

O *ratio* de enfermeiras/médicos no SNS português é de 1,7/1, estando apenas 17% concentradas nos cuidados primários, concentrando-se aqui também o grupo mais idoso, talvez devido aos mesmos factores, o que tem dificultado a organização dos seus cuidados.

A inexistência da programação de quadros paramédicos (dietistas, psicólogos, quiropodistas, odontologistas, técnicos de ortóptica, etc.) nos centros de saúde e a inexistência de acesso directo a estes, quando existentes nos quadros hospitalares ou serviços convencionados, aumentam a dificuldade organizativa dos cuidados a prestar aos doentes cró-

Figura 1
Amputações em diabéticos



nicos em clínica geral, dos quais o diabético é paradigmático.

Material e métodos

A inexistência de estudos epidemiológicos representativos da prevalência da diabetes em Portugal fez basear a planificação necessária aos cuidados durante anos nos registos dos diabéticos identificados na população inscrita e seguida nos centros de saúde ou em estimativas de pequenos estudos em amostras não representativas.

Portugal tem uma prevalência estimada entre 3%-5% da população, apresentando 5,3% (Portugal. INS 1998) da prevalência auto-referida em amostra representativa da população portuguesa com telefone. A rede de Médicos Sentinela encontrou na amostra estudada uma prevalência de 2,3%, que alcançou os 14% no grupo etário acima dos 55 anos, sendo 12% do total diabéticos de tipo 1 (Portugal. Direcção-Geral de Saúde, 1993).

A criação de um registo nacional, sentida como indispensável, quer pelos profissionais, quer pela administração de saúde, comportava problemas de segurança e organização que importava acautelar, pelo que a introdução do guia do diabético em 1997 se aliou à requisição do cartão de utente do Serviço Nacional de Saúde (SNS) a título voluntário.

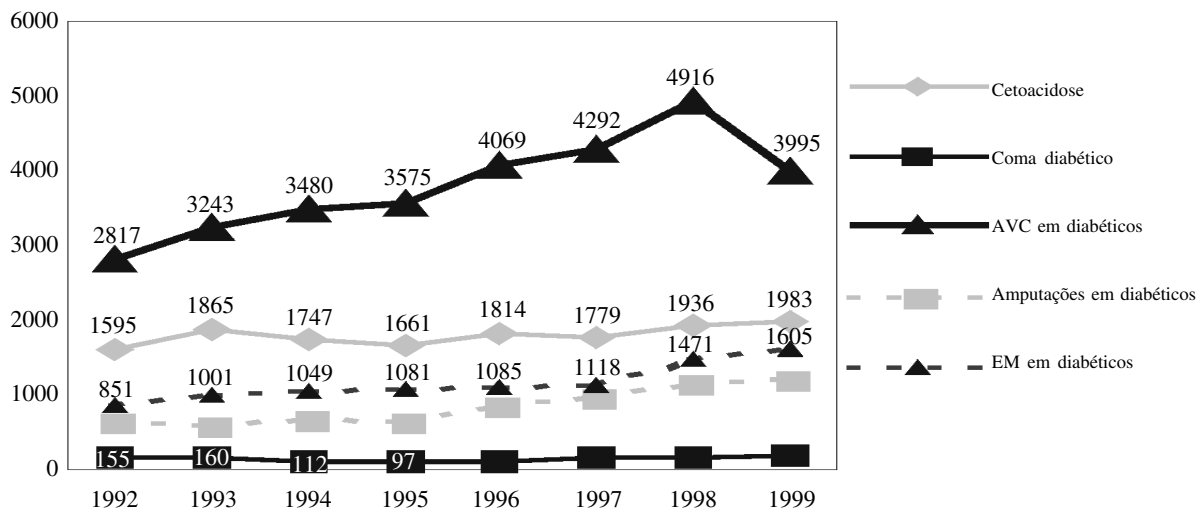
A associação do guia do diabético à obtenção de benefícios acrescidos (desconto directo nas farmácias dos produtos de autovigilância e auto-injecção) promoveu a sua dispensa aos diabéticos que, identificados pelos médico, os solicitassem no centro de saúde da área de residência. A dispensa do guia associada

à dos produtos pagos até então pelo diabético, com reembolso da comparticipação em intervalos variáveis de umas semanas a uns meses, veio a promover um movimento de solidariedade ímpar, com o estabelecimento de um protocolo entre os vários intervenientes na cadeia de distribuição dos produtos, baseado na identificação da população-alvo.

A estratégia da distribuição nos centros de saúde da área da residência, através de processo administrativo de identificação do utente por requisição médica do *guia* e sua conexão com o cartão de utente através de um código, permitiu a sua dispensa a todos os diabéticos, independentemente do sistema de saúde. O estabelecimento de um protocolo entre os elementos da cadeia de distribuição dos produtos de auto-injecção e autovigilância promoveu a integração de esforços e cooperação intersectorial entre elementos associativos habitualmente competidores num cenário de má comunicação e desentendimento, agora unidos numa comissão de trabalho.

A criação de uma base de dados dos portadores de *guia* nacional e com vários níveis de segurança (um local, da responsabilidade do director do centro de saúde, e um nacional, da responsabilidade do coordenador médico do programa) irá permitir a constituição de uma base de dados nominal dos seus portadores nos centros de saúde, com o fim de promover acções de prevenção pró-activa (diagnóstico sistemático da retinopatia — *Figura 2*), e uma nacional, encriptada, para obtenção dos dados demográficos para planificação de recursos e definição de estratégias de apoio, permitindo o cruzamento e certificação apenas e quando justificado, a efectuar sob responsabilidade do coordenador nacional.

Figura 2
Complicação de diabetes



A prevalência nacional calculada através dos portadores de *guia do diabético* nos portadores de cartão de utente do Serviço Nacional de Saúde, até 31-12-2001, era de 2,9% — num total nacional de 330 011 identificações efectuadas nos centros de saúde. Na área de influência da ARS de Lisboa e Vale do Tejo encontraram-se variações de identificação entre 1,9% e 6,6%, que têm vindo a aproximar-se com a progressão da dispensa do *guia* aos diabéticos identificados, permitindo antever a importância deste meio de informação em termos de planeamento de acções de intervenção preventiva, já que, para além da indicação numérica e localização geográfica dos utentes, permite a sua caracterização por sexo e grupo etário e a possibilidade futura de cruzamento de dados com a base de dados do DiabCare, também apenas nominal a nível local, e passível de integração de sistemas que permitem a segurança dos dados e a sua análise estatística.

Se a importância do conhecimento da população-alvo e da sua caracterização futura, pelo perfil de risco, para intervenção preventiva e obtenção de ganhos de saúde, é reconhecida como vital por profissionais e utentes e considerada, desta forma, um resultado positivo na estratégia utilizada, a importância do *guia* não se esgota nesta informação. Desenhado como instrumento de informação mínima, para o cidadão com diabetes, dos seus direitos e deveres no sistema, para além do registo dos seus objectivos anuais de tratamento e, destes, os valores alcançados, promove o autocuidado esclarecido, através da informação coerente e integrada, desde que adequadamente utilizado por profissionais e pacientes.

Discussão

A sua divulgação a todos os profissionais através dos meios oficiais e de seminários revelou-se, apesar de intensa, insuficiente para ultrapassar os obstáculos naturais à implementação de um novo instrumento e à necessidade de tempo investido na sua adequada utilização para poder reconhecer-se o seu valor. Trabalhos de investigação realizados em amostras de diabéticos nos centros de saúde têm revelado ser irregular a sua dispensa e sobretudo a sua utilização: na ARSLVT, até Agosto de 2000, cerca de 34% dos diabéticos identificados que recorriam ao CS não tinham *guia* nem sabiam da sua existência e, dos possuidores daquele, menos de 40% o utilizavam, para além da dispensa na farmácia dos produtos de autovigilância, chegando alguns (2%) a admitir deixarem-no aí guardado para evitarem o seu extravio. Outro trabalho realizado na ARS do Alentejo (Trincão, 2001) revela que mais de 80% dos diabéticos com *guia* o levam

consigo à consulta, apesar de o médico ou outro profissional o não valorizarem, preenchendo os objectivos e/ou alguma informação de retorno.

Não existem ainda resultados de trabalhos realizados que relacionem a adequada utilização do *guia* como instrumento de valorização do papel activo do diabético no seu autocuidado com a qualidade dos cuidados prestados e que permitiriam analisar se o investimento em tempo e esforço educativo também virá a traduzir-se em obtenção de ganhos em saúde, para além da melhoria da satisfação com os cuidados de saúde pela promoção da adequada utilização em tempo dos serviços preventivos pelo próprio.

A implementação do programa nacional de diabetes tem vindo a basear-se em estratégias de integração dos esforços e da cooperação intersectorial, promovendo o papel de cada interveniente, com deveres, responsabilidades e direitos reconhecidos entre todos eles, gerando um movimento crescente das associações representativas, quer em número, quer na consciencialização dos seus associados perante o papel de cada qual no sistema.

O reconhecimento da necessidade de um papel mais activo do cidadão no seu autocuidado esclarecido, apoiado pelos profissionais, num espírito de equipa alargado, veio a promover o aumento do número de associações de diabéticos (3 em 1992 e 15 em 2000), a constituição de uma federação das associações de diabéticos e a representação desta nos grupos de trabalho relativos à definição das estratégias do programa da diabetes.

A relação interassociações profissionais tem vindo a promover o conhecimento das responsabilidades de cada profissional na equipa, quer restrita ao local de trabalho, quer alargada na comunidade, com impacto positivo numa maior e melhor comunicação, que se deseja adequada e coerente entre todos os envolvidos, num esforço de aprendizagem do papel de cada actor no sistema.

Desde 1995 que o programa DiabCare de avaliação contínua da qualidade dos cuidados prestados ao diabético monitoriza, em amostras de diabéticos das listas de médicos voluntários, dados de estrutura, processo e resultados, permitindo a identificação de problemas pelas equipas de cuidados e pela administração (Figura 3). Em 2000, ao ser emitida circular normativa da Direcção-Geral de Saúde sobre este programa, esta avaliação tornou-se parte integrante do trabalho a realizar na rotina anual, permitindo também que o *benchmarking* de indicadores entre instituições promova o intercâmbio de soluções encontradas e adaptadas à realidade entre as equipas das mesmas (Figura 4).

A sua conexão futura aos registos clínicos informatizados e à base de dados do *guia* permitirá não só a

Figura 3
Avaliação contínua dos ganhos de saúde pretendidos

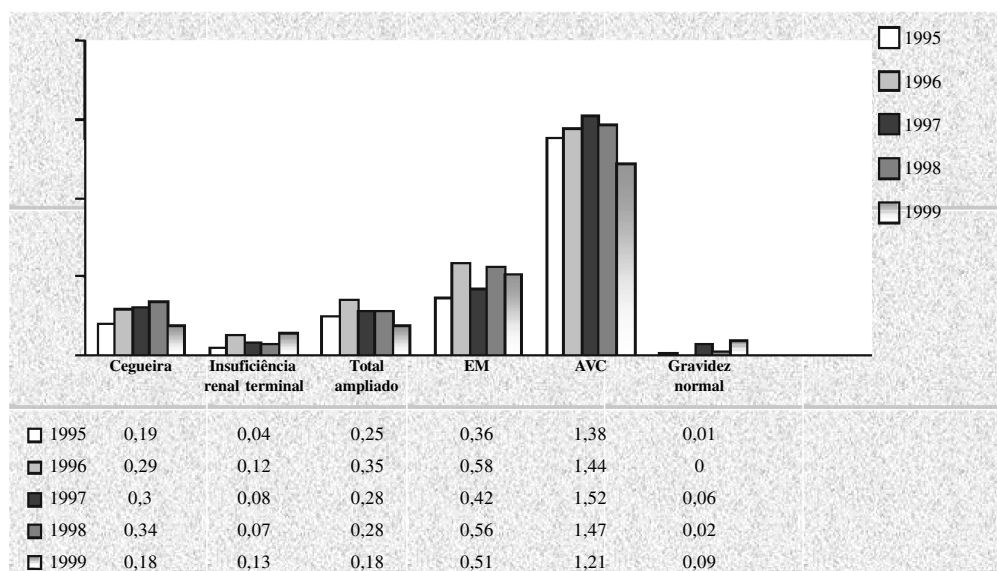
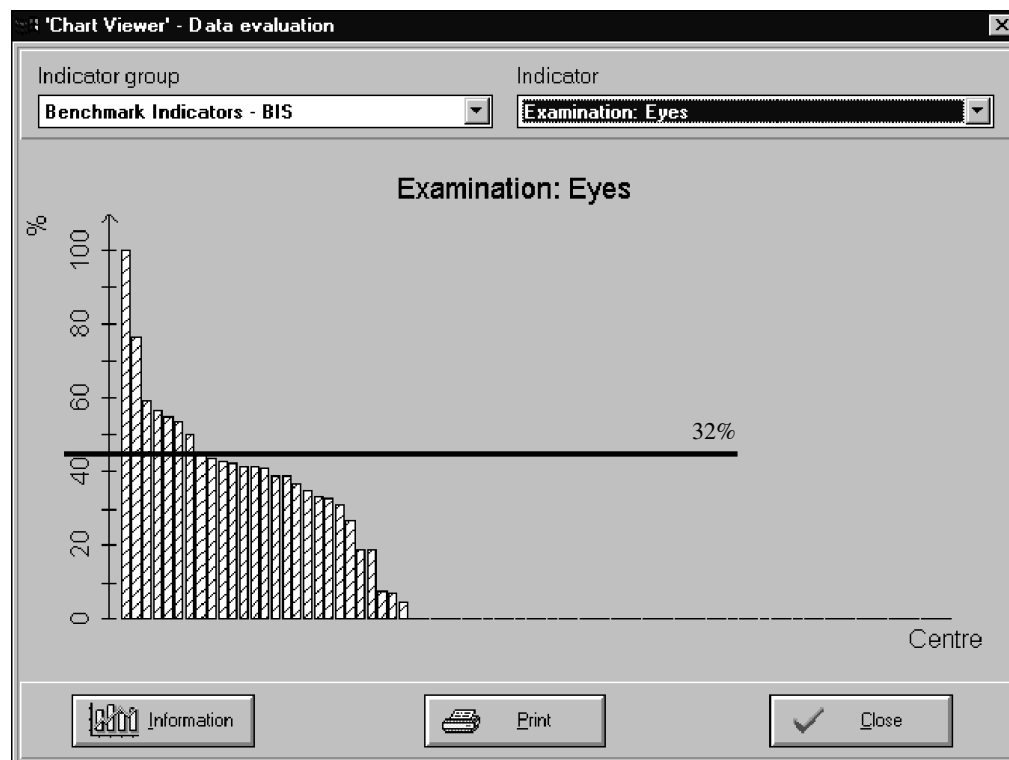


Figura 4
Indicador de exame aos olhos



monitorização necessária à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados através da detecção e resolução dos problemas, como também a melhoria da prática pelo apoio à decisão clínica e a intervenções de custo-benefício comprovado em grupos de maior perfil de risco.

Conclusões

A implementação do programa nacional da diabetes tem vindo a demonstrar que, apesar da morosidade, a estrutura, pouco flexível, do sistema impõe ser possível o desenvolvimento de estratégias de fundo que, a médio e longo prazo, permitam vir a obter ganhos em saúde, com uma melhor gestão dos recursos disponíveis e necessários, desde que todos os intervenientes reconheçam a importância básica da sua acção e da do outro, respeitando direitos e cumprindo deveres.

□ Referências bibliográficas

GREENHALGH, P. M. — Shared care for diabetes : a systematic review. London : Royal College of General Practitioners, 1994 (RCGP Occasional Paper; 67).

GRIFFIN, S. — Diabetes care in general practice : meta-analysis of randomised control trials. *British Medical Journal*. 317 (1998) 390-396.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde — Médicos sentinela : epidemiologia da diabetes. Fase I — Estudo transversal, 1993. Lisboa : Divisão de Epidemiologia e Bioestatística, 1993.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde — Programa Nacional de Controlo da Diabetes Mellitus. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 1995.

PORTUGAL. Ministério da Saúde — Inquérito Nacional de Saúde. Lisboa : Ministério da Saúde, 1998.

TRINCÃO, V. — Adesão ao guia do diabético : médicos e doentes. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 17 (2001) 279-284.

□ Summary

DIABETES IN PRIMARY HEALTH CARE

Diabetes mellitus is a serious public health problem with considerable impact on individual and community well being. Portugal has a disease management programme on diabetes since 1992, based on the St Vincent Declaration. In the early stages of this programme, the emphasis was mainly placed on monitoring quality development through the DiabCare information system. More recently, in the context of the «1998-2002 Portuguese health strategy» a stronger focus was placed on providing the necessary support to individual disease management resources and capacities. This was centred on an individualised «diabetes guide booklet/passport». The health impact of this approach depends on the appropriate use of these resources and tools by diabetics themselves, health care professionals and health managers.