

## MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DA AVALIAÇÃO DO RISCO DA DIABETES MELLITUS TIPO 2

### CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS RISK ASSESSMENT

Autores:

Ana Luísa Esteves<sup>1</sup>, Catarina Meireles<sup>1</sup>, Diogo Dias da Silva<sup>1</sup>, João Matias<sup>2</sup>, Mariana Santos<sup>1</sup>, Rosário Moura<sup>2</sup>, Rui Castro Coelho<sup>3</sup>

#### RESUMO

**Introdução:** Em Portugal, em 2015, a prevalência de diabetes *mellitus* era de 13,3%. Entre as estratégias de intervenção que contemplam o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, encontra-se o cálculo do risco de diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2). O presente estudo teve como principal objetivo avaliar e garantir a melhoria contínua da qualidade do registo da Ficha de Avaliação de Risco da Diabetes *Mellitus* tipo 2 (FARDM2).

**Materiais e Métodos:** Estudo observacional retrospectivo, de qualidade técnico-científica, com avaliação interna do preenchimento da FARDM2. Foi incluída a totalidade dos utentes com idade igual ou superior a 18 anos, sem o diagnóstico da Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC-2) de diabetes *mellitus* (T89 ou T90) e inscrição ativa em três Unidades de Saúde Familiar (USF) do Grande Porto. Foi avaliada a evolução da proporção de utentes com avaliação do risco de DM2 a três anos, antes e após intervenção dirigida.

**Resultados:** No final do ciclo de melhoria contínua, verificou-se que, após a intervenção do tipo educacional, se registou uma melhoria do cálculo de risco de DM2, transversal às três USF, sendo que duas atingiram o nível “suficiente” de acordo com os padrões de qualidade estabelecidos.

**Discussão:** A análise dos resultados obtidos permite objetivar uma melhoria constante e gradual, transversal a todas as USF em estudo, mercê da intervenção e da maior consciencialização dos profissionais. Os resultados obtidos traduzem a necessidade evidente de uma maior duração de estudo para obtenção de resultados adicionalmente satisfatórios.

**Conclusões:** Após intervenção educacional, com implementação de medidas corretoras dirigidas nas USF em estudo, os autores consideram ser possível continuar a melhorar a qualidade da atuação dos profissionais no registo da FARDM2 e do aconselhamento e encaminhamento dos mesmos de acordo com o score de risco obtido.

**Palavras-chave:** diabetes *mellitus* tipo 2; grupos de risco; ficha de avaliação de risco da diabetes tipo 2; score de risco; melhoria contínua da qualidade; cuidados de saúde primários

**Keywords:** type 2 diabetes mellitus; risk groups; type 2 diabetes mellitus risk assessment form; diabetes risk score; continuous quality improvement, primary care

#### INTRODUÇÃO

Em 2015, a prevalência estimada da diabetes *mellitus* (DM) na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,3%, isto é, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem DM. Deste total, 44% ainda não tinha sido diagnosticada.<sup>1</sup> Em todo o mundo, também em 2015, estimava-se a existência de 415 milhões de pessoas com DM. Em 2040, este valor subirá para 642 milhões. Verifica-se que o número de pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) está a aumentar em todos os países.<sup>1</sup>

Entre as estratégias de intervenção que contemplam o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, encontra-se a identificação dos grupos

de risco acrescido de desenvolvimento de DM2, através de inquérito, por questionário a ser aplicado pelos profissionais de saúde, do qual se obtém um score de risco.<sup>2</sup> É estratégia do Programa Nacional para a Diabetes (Plano Nacional de Saúde 2012-2016) identificar os grupos de risco acrescido, através da aplicação da ficha de avaliação de risco de diabetes tipo 2 (FARDM2) a todos os utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) a partir dos 18 anos.<sup>2</sup>

No estudo PREVADIAB, a prevalência encontrada do risco de desenvolver DM2 a 10 anos, em Portugal e em 2009, avaliada pelo *Finnish Diabetes Risk Score*, foi: risco baixo em 29,7%, risco ligeiro em 38,4%, risco moderado em 18,4%, risco alto em 12,6% e risco muito alto em 1,2%.<sup>3</sup>

Consideram-se como possuidoras de risco acrescido de desenvolvimento de DM2 as pessoas com: excesso de peso (índice de massa corporal [IMC]  $\geq 25$ ) e obesidade (IMC  $\geq 30$ ); obesidade central ou visceral (homens  $\geq 94$  cm e mulheres  $\geq 80$  cm); idade  $\geq 45$  anos se europeus e  $\geq 35$  anos se de outra origem/região do mundo; vida sedentária; história familiar de DM, em primeiro grau; diabetes gestacional

1. Médico Interno de Formação Específica em MGF, USF Serpa Pinto, ACeS Grande Porto V – Porto Ocidental

2. Médico Interno de Formação Específica em MGF, USF São João do Porto, ACeS Grande Porto V - Porto Ocidental

3. Médico Interno de Formação Específica em MGF, USF Valbom, ACeS Grande Porto II - Gondomar

prévia; história de doença cardiovascular prévia (doença cardíaca isquêmica, doença cerebrovascular e doença arterial periférica); hipertensão arterial; dislipidemia e anomalia da glicemia em jejum e tolerância diminuída à glicose prévias.<sup>3</sup>

Na avaliação do risco de desenvolver DM2 a 10 anos aplica-se o *Finnish Diabetes Risk Score*, sendo esta realizada pela equipa de saúde multidisciplinar. De acordo com este calculador de risco, em função da pontuação apurada, procede-se da seguinte forma, conforme "estratégia para a equipa multidisciplinar de saúde": se pontuação inferior a 11, reavaliação a três anos; se pontuação de 12 a 14, intervenção anual sobre estilos de vida e avaliação e correção de fatores de risco; se pontuação igual ou superior a 15, nos 60 dias imediatos, marcação de consultas de enfermagem (com intervenção dirigida à educação para a saúde, avaliação e monitorização dos fatores de risco identificados) e médica (avaliação clínica global e requisição de pedido de glicemia em jejum). No caso de se obter um valor inferior ao do diagnóstico de DM (isto é, inferior a 126 mg/dL), é requisitada a realização de prova de tolerância à glicose oral (PTGO), procedendo-se em conformidade, consoante o diagnóstico seja de DM ou de hiperglicemia intermédia.<sup>3</sup> O valor da pontuação obtida na avaliação de risco é registado nos processos clínicos do médico e enfermeiro, bem como o respetivo plano de monitorização.<sup>3</sup>

Partindo do problema do subdiagnóstico de diabetes na população geral e da insuficiente utilização do FARDM2 explícita em indicador que mede o seu preenchimento, os autores conduziram o presente estudo que teve como principal objetivo avaliar e garantir a melhoria contínua da qualidade do registo da FARDM2.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, de melhoria e garantia da qualidade técnico-científica, com avaliação interna do preenchimento da FARDM2.

A população do estudo corresponde à totalidade dos utentes, com idade superior a 18 anos e sem o diagnóstico da Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC-2) de DM insulínica dependente e não insulínica dependente (T89 ou T90, respetivamente) nos períodos do estudo e com inscrição ativa (inclui utentes com "primeira inscrição nos cuidados primários" e "transferido de inscrição primária"), pertencentes a três Unidades de Saúde Familiar (USF) do Grande Porto.<sup>4</sup> Foram excluídos os utentes com idade inferior a 18 anos, utentes com o diagnóstico ICPC-2 de DM (T89 ou T90), utentes esporádicos e utentes não frequentadores (não incluídos no conceito de inscrição ativa).<sup>4</sup>

Os dados foram obtidos através do módulo de informação e monitorização das Unidades Funcionais

(MIM@UF®) e o sistema de monitorização das administrações regionais de saúde (SIARS®), tendo sido a colheita dos dados realizada pelos autores, em dois momentos: antes e após intervenção na equipa médica e de enfermagem. A primeira avaliação ocorreu em maio de 2017 (com dados referentes a março de 2017) e a segunda avaliação em fevereiro de 2018 (com dados referentes a dezembro de 2017). A análise e sistematização dos dados foram feitas em Microsoft® Office Excel 2016.

As variáveis em estudo foram: a proporção de utentes com avaliação do risco de DM2 a três anos (através do indicador 2011.044.01),<sup>4</sup> mês do ano (março 2017, abril 2017, maio 2017, junho 2017, julho 2017, agosto 2017, setembro 2017, outubro 2017, novembro 2017, dezembro 2017); USF (A, B e C).

Os padrões de qualidade em relação à atuação correta de registo da FARDM2 foram definidos pelos autores após discussão com as equipas médica e de enfermagem de cada Unidade (padrões empíricos de qualidade):  $\geq 40\%$  "bom"; 25-40% "suficiente";  $< 25\%$  "insuficiente".

Foi realizada uma intervenção educacional em todas as USF envolvidas, através de uma apresentação teórica em formato Microsoft PowerPoint® com o intuito de sensibilizar para a importância do cálculo do risco de diabetes a 10 anos na população com idade igual ou superior a 18 anos, visando a melhoria nos registos. Nessa apresentação constaram os resultados da primeira fase do estudo, foram discutidas eventuais dificuldades e possíveis medidas a adotar de forma a melhorar a qualidade dos registos. Esta intervenção teve como alvo as equipas médica e de enfermagem, tendo decorrido em reunião de serviço de cada uma das USF envolvidas no estudo, em julho de 2017.

As medidas corretoras incluíram a criação e distribuição de um lembrete informativo sobre os grupos de risco acrescido de diabetes e procedimento de acordo com o *score* de risco obtido (figura 1), por todos os profissionais médicos e enfermeiros das USF em estudo, bem como a colocação de um alerta físico nos monitores dos consultórios de ambos os grupos profissionais no sentido de relembrar a importância do cálculo deste *score* (figura 2).

## RESULTADOS

### Primeira Avaliação

Os dados de março de 2017 revelam o ponto de situação no início do presente estudo. Assim, e de acordo com os padrões de qualidade adotados pelos investigadores, a atuação dos profissionais relativamente ao cálculo do risco de DM2 foi considerada "insuficiente" em todas as USF estudadas (figura 3): 11,8% na USF A, 9,5% na USF B e 19,9% na USF C.

### Segunda Avaliação

Na segunda avaliação do ciclo de melhoria contínua, com dados relativos a dezembro de 2017,

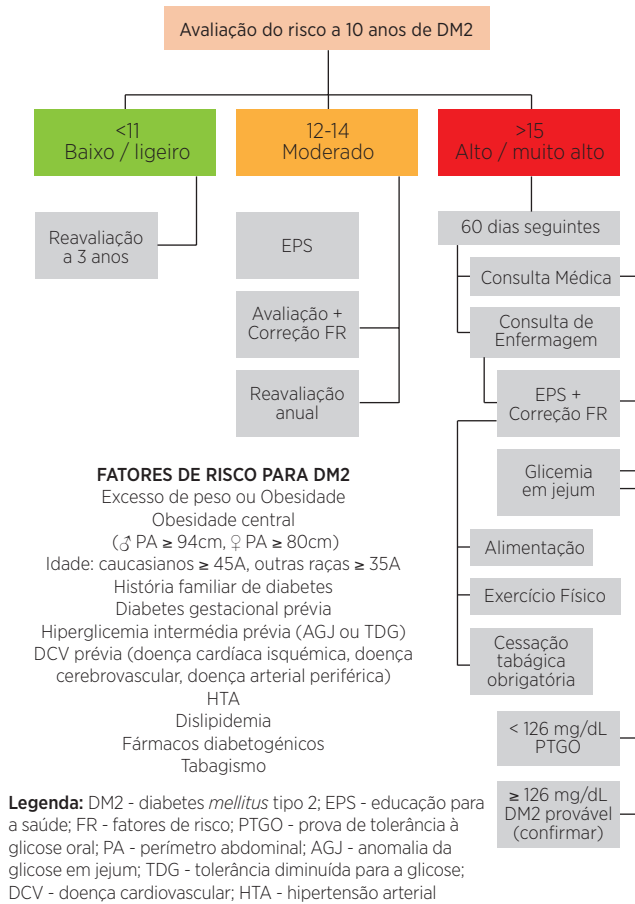


Figura 1. Lembrete informativo sobre os grupos de risco acrescido de diabetes e procedimento de acordo com o score de risco obtido



Figura 2. Alerta físico nos monitores dos consultórios

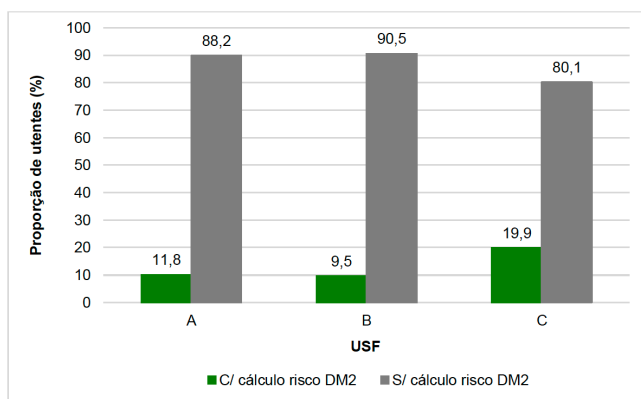


Figura 3. Comparação da proporção de utentes com e sem avaliação do risco de DM2 a 3 anos, em cada USF, em março de 2017

verificou-se que, no período após a intervenção do tipo educacional, se registou uma melhoria do cálculo de risco de DM2 transversal às três USF (figuras 4, 5 e 6).

Procedendo-se à análise individual dos dados entre junho e dezembro de 2017, a USF B registou a maior subida (de 10,6% para 39,3%), seguida da USF C (de 20,0% para 36,6%) e, por fim, da USF A (de 12,6% para 20,1%). Na segunda avaliação, relativa a dados de dezembro de 2017, o padrão de qualidade alterou-se para um nível “suficiente” nas USF B e C. A comparação dos dados de junho com os de dezembro de 2017 (figuras 4, 5 e 6) deve-se ao facto de a intervenção ter ocorrido em reunião de serviço em julho de 2017, comparação que pretende revelar de forma mais fidedigna o impacto da intervenção realizada.

### DISCUSSÃO

O presente estudo focou-se na avaliação e garantia da melhoria contínua da qualidade do registo da FARDM2. Tanto quanto os autores puderam apurar através da literatura disponível, este foi o primeiro estudo a abordar a melhoria contínua da qualidade dos registos da *Finnish Diabetes Risk Score* no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

A avaliação inicial, tal como esperado, revelou um insuficiente preenchimento da FARDM2 nas três USF em estudo. Entre as possíveis causas identificadas que contribuíram para este resultado, encontram-se o não reconhecimento da importância da FARDM2, seus critérios de inclusão ou mesmo o esquecimento do seu preenchimento. Por outro lado, o desconhecimento de como orientar o doente mediante o resultado do cálculo deste risco e a deficiente definição da população a aplicar podem também explicar os resultados insuficientes desta avaliação inicial. Também a recente inclusão do indicador de “proporção de utentes com avaliação de risco DM” no índice do desempenho

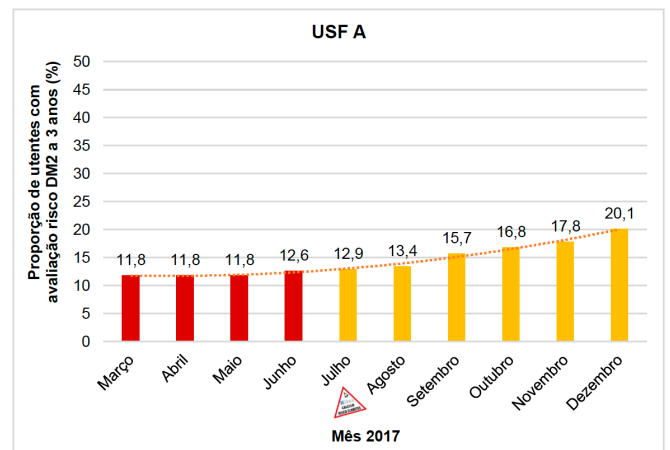
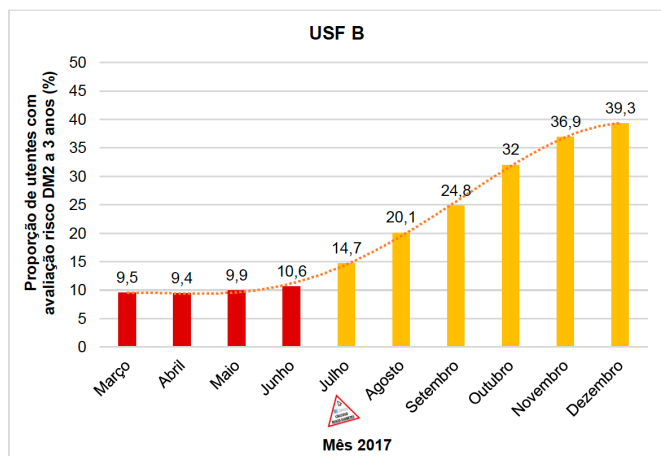
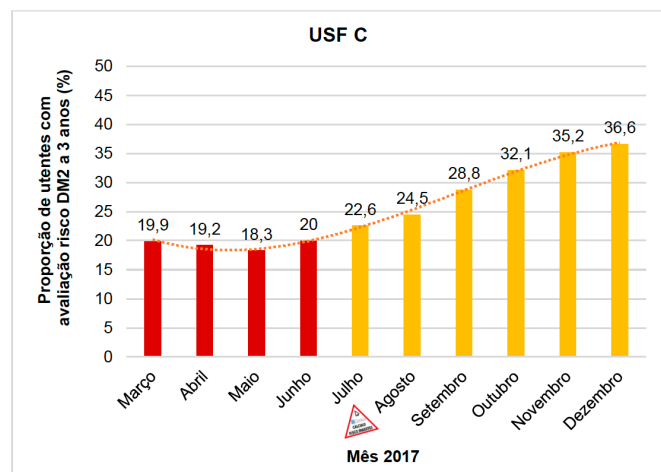


Figura 4. Evolução da proporção de utentes com avaliação do risco de DM2 a 3 anos, entre março e dezembro de 2017, na USF A



**Figura 5.** Evolução da proporção de utentes com avaliação do risco de DM2 a 3 anos, entre março e dezembro de 2017, na USF B



**Figura 6.** Evolução da proporção de utentes com avaliação do risco de DM2 a 3 anos, entre março e dezembro de 2017, na USF C

global da contratualização dos CSP de 2017, na subárea de gestão da saúde e dimensão de saúde do adulto, pode ter justificado estes resultados.

Tendo estas premissas como ponto de partida e tendo por base a importância da identificação de grupos de risco para o diagnóstico precoce da DM2, o grupo de trabalho implementou medidas concretas de melhoria contínua da qualidade do preenchimento da FARDM2. Através de uma intervenção educacional dirigida aos médicos e enfermeiros das USF, os autores propuseram-se a sensibilizar os profissionais de saúde para a importância do cálculo do risco de DM2 na população adulta não diabética, a apresentar e discutir os resultados da primeira fase do estudo, a definir empiricamente os padrões de qualidade relativos à atuação correta de registo da FARDM2 e a debater eventuais dificuldades e possíveis medidas a adotar. Foi conduzida e divulgada a criação de um lembrete físico para cálculo do risco de diabetes, bem como do procedimento a adotar de acordo com o *score* de risco obtido, através de um documento prontamente disponibilizado a toda a equipa.

Em termos globais, comparados os dados iniciais com aqueles obtidos numa segunda avaliação, os autores constataram o sucesso da intervenção conduzida. Objetivamente, verificou-se uma melhoria constante e gradual nos resultados obtidos, transversal a todas as USF em estudo, mercê da intervenção e da reconhecida maior consciencialização dos profissionais relativamente a esta temática, especificamente a este calculador de risco. Ao longo do período do presente estudo, duas USF atingiram o padrão de qualidade “suficiente”, com valores próximos dos que constam no nível “bom”, valores esses que expectavelmente seriam atingidos com uma duração mais alargada do período de estudo. Dada a tendência constantemente crescente dos resultados relativos às três unidades, os autores acreditam que, mantidas e estimuladas as práticas de melhoria contínua da qualidade acima mencionadas, um bom preenchimento ( $\geq 40\%$ ) da FARDM2 acabará por ser atingido. Os resultados obtidos traduzem a necessidade evidente de uma maior duração de estudo para obtenção de resultados ainda mais satisfatórios, limitação do presente estudo que os autores assumem.

Adicionalmente, os autores consideram que os resultados alcançados podem ter sido positivamente influenciados pela introdução recente dos alertas de vigilância no SClínico® (versão 2.5 ou posterior), nos quais o preenchimento da FARDM2 é lembrado em utentes não diabéticos em idade adulta sem o risco calculado há menos de três anos. Este alerta eletrónico veio assim complementar o alerta físico criado pelos autores.

Após a intervenção realizada nas USF em estudo e, acima de tudo, da maior consciencialização relativa a este calculador de risco, os autores reconhecem a importância de dar continuidade ao ciclo de melhoria contínua da qualidade da atuação dos profissionais no registo da FARDM2 e no aconselhamento e encaminhamento dos mesmos, de acordo com o *score* de risco obtido. Assim, o grupo de trabalho considera fulcral uma reavaliação futura dos resultados, não só tendo em conta a variável principal considerada neste estudo, mas também abordando aspetos adicionais. Entre estes, poderá ser relevante avaliar se a conduta clínica após o cálculo de risco ocorreu de acordo com o procedimento uniformizado, podendo também ter interesse verificar o número de diagnósticos de novo de DM2 decorrentes do procedimento conduzido após o preenchimento da FARDM2. Adicionalmente, os autores acreditam que a replicação da intervenção demonstrada neste estudo noutras unidades de CSP poderá ter utilidade.

Apesar dos promissores resultados obtidos e do sucesso da intervenção realizada num relativamente curto espaço de tempo, deverá ser ponderada a repetição de intervenções de sensibilização às equipas de saúde e a manutenção do acesso aos alertas e

procedimentos criados, para que se continue a verificar a crescente melhoria da qualidade dos registos e, conseqüentemente, dos cuidados preventivos endereçados aos utentes.

## CONCLUSÃO

A DM2 é uma doença com elevada e crescente prevalência a nível mundial, pelo que a identificação dos grupos de risco acrescido de desenvolvimento da doença assume uma importância capital no que toca à sua prevenção e diminuição das suas complicações. Assim, o cálculo do risco de DM2 surge como uma importante e acessível ferramenta, prática que deve ser incentivada. A condução de ações de sensibilização para a magnitude do problema, a utilização de alertas físicos e eletrónicos que estimulem o seu preenchimento e a criação de procedimentos simples que orientem o profissional de saúde perante o resultado obtido surgem como estratégias eficazes de melhoria contínua da qualidade deste registo.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: factos e números 2015 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes - Edição de 2016; 12/2016.
2. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional para a Diabetes - Orientações Programáticas; 2012.
3. Direção Geral da Saúde. Processo Assistencial Integrado - Diabetes Mellitus tipo 2. Norma nº001/2013 de 19/02/2013. Lisboa: Ministério da Saúde; 2013.
4. Administração Central do Sistema de Saúde. Bilhete de identidade dos indicadores dos cuidados de saúde primários para o ano de 2017; Ministério da Saúde; Abril 2017.

## CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não existir conflitos de interesse na elaboração deste artigo.

## AGRADECIMENTOS:

Ao secretário clínico Jorge Almeida, pela sua disponibilidade e orientação na utilização dos sistemas de informação.

## CORRESPONDÊNCIA:

Ana Luísa Pires Esteves  
analuisaestevesp@gmail.com

RECEBIDO: 12 de junho de 2018 | ACEITE: 30 de agosto de 2018