DIABETES: RISCO CARDIOVASCULAR E LDL ALVO EM UTENTES DE SEIS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

DIABETES: CARDIOVASCULAR RISK AND TARGET LDL IN PATIENTS OF SIX FAMILY HEALTH UNITS

Autores:
Alexandra Rafael[1], Ana Matos Santos[2], Carla Carneiro[3], Daniela Catalão[4], Joana Rita Mendes[5], Luísa Camacho Fernandes[5], Miguel Gouveia[6], Odília Godinho[3], Sara Guimarães Fernandes[6]

RESUMO

Introdução: A dislipidemia é um dos principais fatores de risco para as doenças cérebro-cardiovasculares, que constituem a principal causa de morte em Portugal. A terapêutica antidislipidémica demonstrou benefícios na redução de eventos cardiovasculares e deve ser adequada ao risco cardiovascular (RCV), utilizando o colesterol de baixa densidade (c-LDL) como alvo. Com este trabalho, pretende-se avaliar e garantir a qualidade do controlo lipídico dos utentes com diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2).
Material e métodos: Estudo de melhoria da qualidade com amostra obtida da população de utentes inscritos nas unidades de saúde familiar (USF) incluídas, diagnosticados com DM2. A primeira avaliação decorreu de 01/05/2018 a 30/04/2019 e a segunda, após implementação de medidas de correção, de 01/05/2019 a 31/12/2019. Foi avaliado o controlo lipídico, através do valor de c-LDL, categorizado em "bom" ou "mau". Foi considerado bom controlo quando c-LDL inferior a 100 mg/dL se RCV alto e inferior a 70 mg/dL se RCV muito alto.
Resultados: A amostra foi de 1344 utentes. Na primeira avaliação 403 utentes (30,0%) apresentaram bom controlo lipídico, e na segunda 420 (32,1%) (p = 0,039). Houve uma alteração positiva do padrão de qualidade em quatro USF. Nos utentes com mau controlo, houve alteração da terapêutica em 13,4% na primeira avaliação e 18,5% na segunda.
Discussão/Conclusão: Considera-se que a intervenção obteve um impacto positivo na melhoria da prescrição da terapêutica antidislipidémica e, consequentemente, no controlo lipídico. Contudo, esta melhoria não atingiu o valor esperado inicialmente. Seria útil prolongar o período de intervenção com novos momentos de avaliação, mantendo o incentivo à formação contínua dos profissionais de saúde, com redução da inércia terapêutica, codificação correta dos problemas de saúde e promoção do trabalho em equipa.

Palavras-chave: colesterol, LDL; diabetes *mellitus*, tipo 2; tratamento farmacológico; dislipidemia; fatores de risco; doença cardiovascular

ABSTRACT

Introduction: Dyslipidemia is one of the main risk factors for cardiovascular diseases, which are the main cause of death in Portugal. Antidislipidemic therapy has shown benefits in reducing cardiovascular events and should be appropriate to cardiovascular risk (CVR), using low-density cholesterol (c-LDL) as a target. This work aims to evaluate and guarantee the quality of lipid control in patients with type 2 diabetes mellitus (DM2).
Material and methods: Study on quality improvement. A sample of DM2 patients from the included family health units (FHU) was obtained. The first assessment took place from 01/05/2018 to 30/04/2019 and the second, after implementing corrective measures, from 01/05/2019 to 31/12/2019. Lipid control was assessed using the c-LDL value, categorized as "good" or "bad". Good control was considered when c-LDL was less than 100 mg/dL if high CVR and less than 70 mg/dL if very high CVR.
Results: The sample included 1344 patients. In the first assessment 403 patients (30.0%) presented good lipid control, and in the second 420 (32.1%) (p = 0.039). There was a positive change in quality standard in four FHUs. In patients with bad control, there was a change in therapy in 13.4% in the first evaluation and 18.5% in the second.
Discussion/Conclusion: The intervention is considered to have had a positive impact on lipid control and improving the prescription of antidyslipidemic therapy. However, this improvement did not reach the value initially expected. It would be useful to extend the intervention period with new moments of evaluation and to maintain the incentive for the continuous training of health professionals, reduction of therapeutic inertia, correct codification of health problems and promotion of team work.

Keywords: cholesterol, LDL; diabetes mellitus, type 2; drug therapy; dyslipidemia; risk factors; cardiovascular disease

1. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Arco Do Prado, ACeS Grande Porto VII – Gaia
2. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF St. André De Canidelo, ACeS Grande Porto VII – Gaia
3. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Anta, ACeS Grande Porto VIII – Espinho/Gaia
4. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Canelas, ACeS Grande Porto VIII – Espinho/Gaia
5. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Sete Caminhos, ACeS Grande Porto II – Gondomar
6. Médico(a) Interno(a) de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Nova Via, ACeS Grande Porto VIII – Espinho/Gaia

INTRODUÇÃO

As doenças cérebro-cardiovasculares (DCCV) constituem um problema endémico, sendo atualmente a principal causa de morte em Portugal e uma das principais causas de morte e doença no mundo.[1,2] Estas doenças têm um importante impacto económico, dada a incapacidade provocada e os custos relacionados com o tratamento.[3]

Uma das metas do Plano Nacional de Saúde português é a redução da mortalidade prematura, tendo em conta doenças não transmissíveis, como doenças cardiovasculares (CV) e diabetes *mellitus* (DM).[4] Existem ainda estratégias para a prevenção e gestão destas doenças crónicas, nomeadamente o Programa de Saúde Prioritário na área das DCCV, que visa reduzir o risco cardiovascular (RCV) através do controlo dos fatores de risco (FR) modificáveis, como a dislipidemia.[3] De acordo com as normas em vigor, a avaliação do RCV deve ser realizada utilizando uma estimativa de risco absoluto fatal a 10 anos: o *Systematic Coronary Risk Evaluation* (SCORE). Um SCORE ≥ 5% refere-se a uma pessoa com alto ou muito alto RCV, ou seja, em maior risco de um evento fatal a 10 anos. Contudo, existem condições que justificam a classificação do utente como sendo de alto ou muito alto RCV sem haver necessidade de o calcular através do SCORE como por exemplo, doença CV aterosclerótica documentada, DM tipo 1 ou tipo 2 ou doença renal crónica com taxa de filtração glomerular inferior a 60 mL/min/1,73m². Pelo maior RCV associado, devem ser tomadas medidas mais incisivas, nomeadamente em relação ao grau de controlo da dislipidemia.[1,5] Relativamente ao RCV do utente com DM, este pode ser alto ou muito alto conforme as comorbilidades. Se existir lesão de órgão alvo ou outro FR CV *major*, o utente diabético é classificado com RCV muito alto. Caso contrário, é classificado com RCV alto.[6] Sendo a dislipidemia um dos FR mais importantes para as DCCV o seu diagnóstico e tratamento são essenciais. O colesterol de baixa densidade (c-LDL) é o principal alvo terapêutico e o uso da terapêutica antidislipidémica demonstrou benefícios na redução de eventos CV, sendo os objetivos terapêuticos definidos segundo o RCV.[1,3]

Um estudo desenvolvido pela Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, que teve por objetivo caracterizar os padrões terapêuticos habituais nos utentes com DM, demonstrou que a dislipidemia estava presente em 84% dos utentes e, destes, apenas 37% estavam a fazer medicação.[7] Os autores concluíram que seria urgente encontrar formas de melhorar o controlo dos FR CV na população portuguesa com DM tipo 2 (DM2).[7] Um outro estudo de 2015, baseado na norma 019/2011 da Direção-Geral da Saúde (DGS), avaliou o perfil lipídico dos utentes com DM de duas unidades de saúde do distrito do Porto. Concluiu-se que mais de 80% não apresentava o valor de c-LDL no alvo.[8] Mais recentemente, uma investigação realizada numa unidade de saúde familiar (USF) da região Norte, com o objetivo de avaliar a adequação da terapêutica antidislipidémica, demonstrou que 68,5% dos utentes apresentavam valores de c-LDL fora do alvo, de acordo com a norma 019/2011. Foi demonstrada uma associação significativa ($p < 0{,}001$) entre a prescrição de terapêutica antidislipidémica e o controlo lipídico.[9]

A DM apresenta uma prevalência de 12,4% na população portuguesa e é responsável por cerca de 30% e 27% dos internamentos por enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, respetivamente.[10] A nível local, no agrupamento de centros de saúde (ACeS) onde foi realizado o estudo, duas das doenças às quais é atribuída maior morbilidade são a dislipidemia e a DM, com valores superiores aos da região Norte.[11] A taxa de mortalidade atribuída à DM é maior em dois dos ACeS incluídos do que na Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte.[12] Além disso, a DM constitui uma necessidade de saúde identificada como prioritária nos Planos Locais de Saúde dos ACeS das USF estudadas.[13-15]

A pertinência deste projeto prende-se com a importância da prescrição de terapêutica antidislipidémica adequada, para um melhor controlo dos FR CV e, consequentemente, diminuição dos eventos CV, em utentes de alto ou muito alto RCV, particularmente com DM2.

Com este trabalho, pretende-se avaliar e garantir a qualidade do controlo lipídico em utentes com diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2). Foi definido como objetivo específico aumentar, em pelo menos 20%, o número

de utentes com DM2 com alvo terapêutico c-LDL atingido, em relação ao ano de 2019.

MATERIAL E MÉTODOS

Diagnóstico de situação: A prática clínica dos autores, aliada às conclusões de um estudo recente realizado numa das USF incluídas no presente trabalho, constataram uma elevada percentagem de utentes sem c-LDL no alvo, para o respetivo RCV. Surgiu assim a ideia de implementação de um projeto de melhoria da qualidade sobre esta temática nas USF dos autores.

Tipo de estudo: Estudo de melhoria da qualidade.

Avaliação temporal: Primeiro período de avaliação de 1 de maio de 2018 a 30 de abril de 2019; segundo período de avaliação de 1 de maio a 31 de dezembro de 2019.

Colheita de dados: Executada pelos autores em dois períodos - maio de 2019 e janeiro de 2020.

População: Utentes das USF dos autores, com idade igual ou superior a 40 anos, diagnosticados com DM2 - "Diabetes não insulino-dependente" [código T90 na Classificação Internacional de Cuidados Primários, 2ª edição (ICPC-2)].[16]

Amostra: Dimensão da amostra obtida através da aplicação informática *Raosoft®*, para um erro padrão de 5%, nível de confiança de 95%, e para uma prevalência de utentes com DM2 com controlo lipídico desconhecida (50%). Este processo foi realizado individualmente para cada USF. A amostra foi obtida, de forma aleatória, a partir da base de dados inicial utilizando o *Random.org®*. A segunda avaliação foi baseada na mesma amostra.

Fonte de dados: Registos clínicos no *SClínico®* e problemas ativos no Sistema de Monitorização das Unidades Funcionais (*MIM@UF®*). Estes dados foram anonimizados, em base de dados do *Microsoft Office Excel* 2016®, elaborada pelos autores e protegida com palavra-passe, de forma a ser apenas acessível a estes e a garantir a confidencialidade dos dados.

Análise estatística: Foi realizada através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 26. Inicialmente foi realizado o teste à normal distribuição da amostra relativamente às variáveis contínuas em estudo, com recurso aos testes *Shapiro-Wilk* ou de assimetria e achatamento. Posteriormente foi calculada média e desvio-padrão em distribuição normal, mediana e amplitude interquartil (AIQ) em distribuição não normal, no caso das variáveis contínuas. Foi utilizado o teste *The Wilcoxon Signed Rank Test* para comparação de variáveis contínuas com distribuição não normal. As variáveis categóricas foram apresentadas como frequências absolutas e relativas. A variável principal em estudo (valor-alvo de c-LDL de acordo com RCV) foi categorizada em variável dicotómica de "bom" e "mau" controlo lipídico. Foi comparada com recurso ao teste de *McNemar* para variáveis categóricas e emparelhadas. O nível de significância estatística (valor de *p*) considerado foi de 0,05.

Variáveis em estudo: Descritas no Quadro I.

Critérios de qualidade avaliados: Controlo lipídico definido pelo valor absoluto de c-LDL: bom ou mau controlo.

Para a classificação do RCV individual foi utilizada a definição da DGS,[2] em que os utentes com DM2 podem ser de alto ou muito alto risco. Assim, foi considerado bom controlo:

- c-LDL < 70 mg/dL nos utentes com RCV muito alto;
- c-LDL < 100 mg/dL nos utentes com RCV alto.

Critérios de inclusão: Utentes com idade igual ou superior a 40 anos e com o código T90 - "Diabetes não insulino-dependente" da ICPC-2 na lista de problemas ativos,[16] inscritos nas USF incluídas no estudo, no mês anterior à colheita dos dados para as avaliações.

Critérios de exclusão: Utentes sem registo de c-LDL no último ano; valor de triglicerídeos superior a 400 mg/dL; dislipidemia familiar; início de terapêutica antidislipidémica nos três meses prévios a cada avaliação; ausência de consulta médica presencial nos últimos 12 meses na sua USF; grávidas ou mulheres a amamentar; registo no processo clínico de recusa, alergia ou intolerância a todas as classes de antidislipidémicos; desprescrição; utentes esporádicos, falecidos ou transferidos para outra unidade de saúde no decorrer do estudo.

Indicadores de qualidade: Percentagem de utentes com o diagnóstico de DM2 com alvo c-LDL atingido, de acordo com o seu RCV (indicador principal).

Percentagem de utentes com o diagnóstico de DM2 com terapêutica antidislipidémica adequada (indicador secundário). Foi considerada adequada quando houve manutenção da terapêutica no caso de bom controlo ou aumento da intensidade do tratamento antidislipidémico no caso de mau controlo lipídico.

Padrão de qualidade: Definiram-se quatro níveis - insuficiente (< 25%), suficiente (25 a 29,9%); bom (30 a 34,9%); muito bom (≥ 35%).

Considerações éticas: Aprovado pelo Conselho Técnico e Coordenação de cada USF, respetivos ACeS e pela Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte.

Intervenção: Durante o mês de abril de 2019 foi realizada a apresentação do protocolo do trabalho nas reuniões de serviço das respetivas USF. No mês de julho foram apresentados os resultados da

primeira avaliação e propostas as seguintes medidas de melhoria:

• Codificação ativa das lesões de órgão alvo/FR CV;

• Atribuição correta do RCV;

• Redução da inércia na terapêutica - sensibilização dos profissionais de saúde para a introdução e ajuste de terapêutica antidislipidémica e adequação da mesma conforme o RCV e c-LDL alvo.

• Pedido de perfil lipídico trimestral se mau controlo ou anual se bom controlo;

• Reforço das medidas não farmacológicas com entrega de folheto de educação para a saúde sobre a temática, pela equipa de enfermagem/médica;[17]

• Elaboração de:

- Lembretes para computadores dos médicos sobre classificação do RCV e respetivos alvos terapêuticos;

- Cartões de bolso de consulta rápida sobre a intensidade de cada estatina e alvos terapêuticos, de acordo com o RCV;

• Envio de e-mails recordatórios e de resumo das sessões, às equipas de saúde, bimestralmente;

• Sessão de acompanhamento em setembro de 2019 para esclarecimento de dúvidas, reforço das medidas de melhoria e sessão informativa sobre terapêutica antidislipidémica "Mitos e Verdades da Terapêutica Antidislipidémica".[19]

No mês de fevereiro de 2020 foram apresentados os resultados da segunda avaliação.

Quadro I. Descrição das variáveis em estudo.

Variável	Tipo	Operacionalização	Descrição (e códigos ICPC-2)
Género	dicotómica	feminino/masculino	-
Idade	contínua	anos	-
c-LDL	contínua	mg/dL	c-LDL mais recente registado
HbA1c	contínua	%	-
HTA	dicotómica	sim/não	lista de problemas (K86, K87) ou programa de diabetes
Tabagismo	dicotómica	sim/não	lista de problemas (P17) ou programa de diabetes
Obesidade	dicotómica	sim/não	IMC ≥ 30 kg/m2 (T82) ou no programa de diabetes
Doença cardiovascular estabelecida	dicotómica	sim/não	DCI (K74;K76), AVC (K91;K90), AIT (K89) ou DAP (K92) na lista de problemas ou no programa de diabetes
Doença renal crónica (estadio 4 e 5)	dicotómica	sim/não	TFG < 30 mL/min/1,73m² registada no programa de diabetes
Neuropatia diabética	dicotómica	sim/não	lista de problemas (N94) ou programa de diabetes
Nefropatia diabética	dicotómica	sim/não	lista de problemas (U88) ou programa de diabetes
Retinopatia diabética	dicotómica	sim/não	lista de problemas (F83) ou programa de diabetes
Risco cardiovascular	dicotómica	alto/muito alto	Alto: sem outro FR ou LOA; Muito alto: com outro FR ou LOA
Controlo lipídico	dicotómica	bom/mau	Bom: c-LDL< 100 mg/dL se RCV alto ou c-LDL< 70 mg/dL se RCV muito alto
Alteração do tratamento antidislipidémico	dicotómica	sim/não	Registo de alteração terapêutica no SOAP
Aumento da intensidade do tratamento antidislipidémico	dicotómica	sim/não	Registo de alteração no SOAP para terapêutica de maior intensidade[18]
Terapêutica antidislipidémica adequada	dicotómica	sim/não	Registo no SOAP de manutenção da terapêutica no caso de bom controlo ou aumento da intensidade do tratamento antidislipidémico no caso de mau controlo lipídico

Legenda: AIT – acidente isquémico transitório; AVC – acidente vascular cerebral; c-LDL – colesterol de baixa densidade; DAP – doença arterial periférica; DCI – doença cardíaca isquémica; DM – diabetes *mellitus*; IMC – índice de massa corporal; FR – fator de risco; HbA1c – hemoglobina glicada; HTA – hipertensão arterial; ICPC-2 – Classificação Internacional de Cuidados Primários - 2ª edição; LOA – lesão de órgão alvo; RCV – risco cardiovascular; TFG – taxa de filtração glomerular.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Após o cálculo da amostra representativa de cada uma das seis USF obteve-se um total de 1715 utentes. Destes, 371 foram excluídos, sendo os principais critérios de exclusão a ausência de c-LDL no último ano e valor de triglicerídeos superior a 400 mg/dL. Obteve-se uma amostra final de 1344 utentes (Quadro II). Na segunda avaliação foram excluídos 36 utentes, sendo a desprescrição um dos principais motivos, tendo-se obtido um número final de 1308 utentes. Na Figura 1, é apresentado o fluxograma de seleção dos participantes, bem como os motivos de exclusão, em ambas as avaliações.

Quadro II. Caracterização da amostra nas diferentes unidades de saúde familiar.

	USF A	USF B	USF C	USF D	USF E	USF F	Total
n	209	216	210	210	273	226	1344
Idade (média; *DP*)	68,5 (+-10,5)	68,0 (+-10,5)	69,7 (+-10,3)	67,3 (+-9,7)	69,0 (+-10,2)	69,6 (+-9,8)	68,7 (+-10,15)
Sexo masculino (*n*; %)	112 (53,6)	116 (53,7)	107 (51,0)	114 (54,3)	131 (48)	121 (53,5)	686 (51,0)
HbA1c (mediana; AIQ)	6,8 (6,3-7,5)	6,7 (6,2-7,3)	6,5 (6,6-7,1)	6,8 (6,3-7,2)	6,6 (6,2-7,3)	6,7 (6,1-7,5)	6,7 (6,2-7,3)
Tabagismo ativo (*n*, %)	36 (17,2)	14 (6,5)	13 (6,2)	24 (11,4)	26 (9,5)	20 (8,8)	133 (9,9)
Obesidade (*n*, %)	74 (36,1)	80 (37,0)	70 (33,3)	64 (30,5)	85 (31,1)	73 (32,3)	446 (33,4)
HTA (*n*, %)	133 (63,6)	152 (70,4)	172 (81,9)	156 (74,3)	212 (77,7)	182 (80,5)	1007 (74,9)
Neuropatia diabética (*n*, %)	4 (1,9)	0 (0,0	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	9 (4)	14 (1,0)
Nefropatia diabética (*n*, %)	17 (8,1)	6 (2,8)	5 (2,4)	33 (15,7)	37 (13,6)	43 (19)	141 (10,5)
Retinopatia diabética (*n*, %)	9 (4,3)	2 (0,9)	0 (0,0)	6 (2,9)	5 (1,8)	15 (6,6)	37 (2,8)
DRC (*n*, %)	2 (1,0)	2 (0,9)	0 (0,0)	5 (2,4)	6 (2,2)	5 (2,2)	20 (1,5)
DCV estabelecida (*n*, %)	35 (16,7)	45 (20,8)	33 (15,7)	27 (12,9)	39 (14,3)	63 (27,9)	242 (18,0)
RCV alto (*n*, %)	23 (11,0)	38 (17,6)	26 (12,4)	31 (14,8)	31 (11,4)	22 (9,7)	171 (12,7)
RCV muito alto (*n*, %)	186 (89,0	178 (82,4)	184 (87,6)	179 (85,2)	242 (88,6)	204 (90,3)	1173 (87,3)

Legenda: AIQ – amplitude interquartil; DCV – doença cardiovascular; *DP* – desvio padrão; DRC – doença renal crónica (estadio 4 ou 5); HbA1c – hemoglobina glicada; HTA – hipertensão arterial; m – mínimo; M – máximo; *n* – número absoluto; RCV – risco cardiovascular; USF - unidade de saúde familiar.

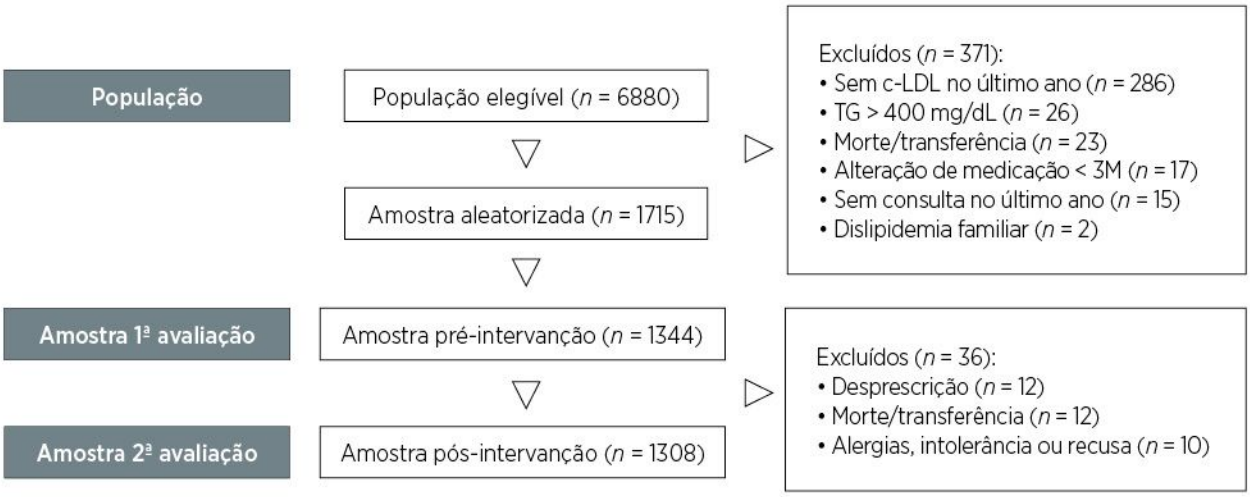

Figura 1. Fluxograma de seleção de participantes.
Legenda: c-LDL – colesterol de baixa densidade; M – meses; *n* – número; TG – triglicerídeos.

Primeira avaliação

Analisando os resultados obtidos 403 utentes (30,0%) apresentaram bom controlo lipídico. Quando discriminados quanto ao RCV verificou-se que 67,3% (*n* = 115) dos utentes com RCV alto e 24,6% (*n* = 288) dos com RCV muito alto apresentavam um bom controlo lipídico. Observando individualmente cada USF quanto à proporção de utentes com bom controlo lipídico, os valores obtidos foram semelhantes, destacando-se a USF B com 37,0% (*n* = 80). Quando analisado o RCV, destaca-se a USF D com 83,9% (*n* = 26) dos utentes com RCV alto com bom controlo (Quadro III). Quanto aos utentes com RCV muito alto, as USF apresentaram valores muito semelhantes, com uma ligeira superioridade da USF B (30,9%; *n* = 55).

Segunda avaliação

Na segunda avaliação existiam 420 utentes (32,1%) com bom controlo lipídico. Entre a primeira e a segunda avaliação verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa (*p* = 0,039), sobretudo no grupo de RCV muito alto, com aumento para 26,9% (*n* = 306) na segunda avaliação (*p* = 0,018). No grupo de RCV alto não se verificou melhoria, havendo 67,1% (*n* = 114) utentes com bom controlo lipídico. Quando avaliadas individualmente, existiu uma melhoria em quatro USF (A, C, E e F), sendo estatisticamente significativa na A (*p* = 0,035) e na C (*p* = 0,011) (Quadro III).

Quadro III. "Bom" controlo lipídico, por USF, de acordo com o RCV entre avaliações.

	"Bom" controlo lipídico			
	RCV Alto		RCV Muito Alto	
	1ª avaliação	2ª avaliação	1ª avaliação	2ª avaliação
USF A [*n*, (%)]	15 (65,2)	16 (69,6)	36 (19,4)	45 (24,6)
USF B [*n*, (%)]	25 (65,8)	27 (71,7)	55 (30,9)	46 (26,3)
USF C [*n*, (%)]	13 (50,0)	16 (61,5)	42 (22,8)	55 (30,2)
USF D [*n*, (%)]	26 (83,9)	20 (64,5)	38 (21,2)	38 (21,6)
USF E [*n*, (%)]	22 (71,0)	20 (66,7)	68 (28,1)	71 (31,3)
USF F [*n*, (%)]	14 (63,6)	15 (68,2)	49 (24,0)	51 (26,2)
TOTAL [*n*, (%)]	115 (67,3)	114 (67,1)	288 (24,6)	306 (26,9)

Legenda: *n* – número absoluto; RCV – risco cardiovascular; USF – unidade de saúde familiar.

Relativamente ao padrão de qualidade entre a primeira e a segunda avaliação não existiu melhoria, tendo-se mantido o padrão "bom". Na segunda avaliação nenhuma das USF apresentou um padrão "insuficiente" e a maioria apresentou um padrão de qualidade de "bom" ou "muito bom" (Quadro IV).

Quadro IV. Percentagem de utentes com c-LDL no alvo e respetivo padrão de qualidade, em cada avaliação

	1ª avaliação		2ª avaliação			
	c-LDL no alvo (%)	Padrão de Qualidade	c-LDL no alvo (%)	Padrão de Qualidade	Aumento (%)	Valor *p*
USF A	24,4	i	29,6	s	+5,2	**0,035**
USF B	37,0	mb	34,3	b	-2,7	0,307
USF C	26,2	s	34,1	b	+7,9	0,011
USF D	30,5	b	28,0	s	-2,5	0,442
USF E	33,0	b	35,4	mb	+2,4	0,557
USF F	27,9	s	30,4	b	+2,5	0,210
TOTAL	30,0	b	32,1	b	+2,2	**0,039**

Legenda: c-LDL – colesterol de baixa densidade; b – bom; i – insuficiente; mb – muito bom; s – suficiente; USF – Unidade de Saúde Familiar. Negrito: valores estatisticamente significativos.

Avaliando os utentes que não apresentavam bom controlo lipídico na primeira avaliação e tiveram um novo valor de c-LDL, 17,2% (*n* = 91) atingiram o alvo. Contudo, verificou-se que em 59,3% (*n* = 313) dos utentes existiu uma melhoria face ao c-LDL anterior. O valor de c-LDL apresentava na primeira avaliação uma mediana de 89,8 mg/dL (AIQ 72,6; 111,0) e na segunda de 87,4 mg/dL (AIQ 70,2; 108,0) (*p* = 0,003).

Terapêutica antidislipidémica

Na primeira avaliação, verificou-se que 50,0% (*n* = 28) dos utentes com RCV alto e 27,9% (*n* = 247) dos com RCV muito alto e que tinham mau controlo, não tinham estatina prescrita. Na segunda avaliação constatou-se que destes, 14,4% dos que apresentavam RCV alto (*n* = 4) e 17,8% (*n* = 44) dos com RCV muito alto, iniciaram estatina.

Nos utentes com mau controlo, 70% (*n* = 941) na primeira avaliação e 67,9% (*n* = 888), houve alteração da terapêutica em 13,4% (*n* = 126) na primeira avaliação e 18,5% (*n* = 163) na segunda. Essa alteração consistiu num aumento da intensidade de terapêutica em 63,5% (*n* = 80) na primeira avaliação e em 40,7% (*n* = 66) na segunda.

DISCUSSÃO

No presente estudo verificou-se uma melhoria global dos resultados obtidos entre a primeira e segunda avaliação. Os autores consideram que a intervenção realizada teve um impacto positivo, observando-se uma melhoria estatisticamente significativa da principal variável do estudo, "controlo lipídico", apesar do objetivo específico não ter sido atingido (aumento de 20% no número de utentes com alvo terapêutico c-LDL atingido). Na segunda avaliação, foi mantido o padrão de qualidade global "bom" e em quatro das USF (A, C, E e F) existiu uma melhoria do padrão de qualidade individual. No final, verificou-se que nenhuma USF apresentava um padrão de qualidade "insuficiente".

Os valores de c-LDL são influenciados por vários fatores, muitos dos quais não modificáveis pelos profissionais de saúde. Neste contexto, os autores consideraram relevante avaliar outras variáveis modificáveis, salientando-se a adequação terapêutica. Observou-se uma melhoria após intervenção, sugerida pelo aumento da proporção de utentes com mau controlo lipídico a quem foi alterada a terapêutica entre as duas avaliações, apesar de nem sempre ter havido aumento da sua intensidade. A intervenção levou ainda a melhoria no registo clínico por parte dos profissionais, traduzido pelo aumento de excluídos por "desprescrição" na segunda avaliação. Este trabalho expôs que o controlo lipídico dos utentes com RCV alto se manteve inalterado, o que denota uma possível maior inércia terapêutica neste grupo de utentes.

A proporção de utentes com bom controlo lipídico na amostra inicial do presente estudo foi superior aos valores encontrados nos estudos portugueses *Santos et al*[20] e *Ferreira et al*[8], tanto nos utentes com RCV alto (67,3% *vs* 60,020 e 46,08) como naqueles com RCV muito alto (24,6% *vs* 18,2[20] e 15,8[8]).

No estudo português *Duarte et al*,[7] foi avaliado o efeito da intervenção "referenciação a consulta de diabetologia", em 380 utentes com DM2 com mais de 35 anos. Foi considerado como bom controlo lipídico um valor de c-LDL inferior a 100 mg/dL, independentemente do RCV. Comparativamente ao presente estudo e apesar dessa premissa, a proporção de utentes com bom controlo lipídico foi inferior em ambos os momentos de avaliação (30,0% *vs* 13,5% na primeira e 32,1% *vs* 25,5% na segunda).

Quanto a trabalhos internacionais realizados em utentes com DM2, seguidos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), salienta-se o ensaio clínico *Peterson et al*,[21] com uma amostra global de 7101 utentes. Os autores consideraram bom controlo lipídico se c-LDL inferior a 100 mg/dL, independentemente do RCV. No grupo de intervenção (n = 3970) foram implementadas medidas direcionadas a médicos e a utentes. Comparativamente ao presente estudo a proporção de utentes com bom controlo lipídico foi superior em ambos os momentos de avaliação (30,0% *vs* 38,1%[21] na primeira e 32,1% *vs* 43,0%[21] na segunda).

Os diferentes resultados entre os estudos referidos podem ser explicados pela heterogeneidade das metodologias, nomeadamente população estudada, tamanho amostral, tipo de intervenção e definição de bom controlo lipídico.

De acordo com a pesquisa realizada pelos autores, este foi o primeiro trabalho de melhoria da qualidade a abordar o controlo lipídico, em utentes diabéticos, nos CSP em Portugal.

O presente estudo, de abrangência multidisciplinar, possibilitou o envolvimento de toda a equipa médica e de enfermagem. Desta forma, foi possível atualizar conhecimentos e desenvolver e estimular a capacidade de trabalho em equipa. A sessão de acompanhamento "*Mitos e Verdades da Terapêutica Antidislipidémica*", relativa à terapêutica farmacológica com estatinas, foi uma oportunidade formativa e de esclarecimento de dúvidas relativas a esta classe terapêutica.

Os objetivos deste estudo estimularam um olhar mais atento dos profissionais de saúde em relação à avaliação do RCV e controlo metabólico dos seus utentes diabéticos. Desta forma, os autores desafiaram os profissionais para a aquisição de um maior conhecimento sobre a sua lista de utentes, atualização da lista de problemas, revisão terapêutica periódica e gestão das respetivas comorbilidades.

Como limitação principal os autores consideram que a percentagem de melhoria estabelecida inicialmente se revelou ambiciosa, não tendo sido possível atingir o objetivo específico proposto. No que respeita à avaliação do bom controlo lipídico, os autores optaram por não avaliar a redução igual ou superior a 50% relativamente ao valor basal, como recomendado por algumas *guidelines*[1,5] Esta deliberação considerou a dificuldade em obter os valores de c-LDL basais dos utentes, condicionando um tamanho amostral pequeno, caso fosse definido como critério de exclusão. Quanto à intervenção, esta centrou-se principalmente na dimensão farmacológica uma vez que é a que tem maior impacto no valor de c-LDL e cuja avaliação é mais objetiva.[1,5] Os autores propuseram ainda a entrega de panfleto informativo de forma a promover a literacia em saúde, bem como

sensibilizar os utentes para a importância do "bom" controlo lipídico e adesão terapêutica.

A colheita de dados pelos vários autores pode ter originado variabilidade interobservador, que procurou ser minimizada pela definição de critérios rigorosos de colheita e uniformização das variáveis em análise.

Salienta-se que as *guidelines* internacionais[1] sofreram atualização no decorrer deste estudo, com definição de novos critérios de classificação de RCV e novos alvos de c-LDL.[22] No entanto, optou-se por manter os critérios definidos inicialmente, considerando que a intervenção realizada permaneceu adequada de acordo com as orientações nacionais[5] e que foi possível a sensibilização para a maior exigência das novas *guidelines* internacionais.

Os autores reforçam a pertinência da continuidade do presente estudo durante os próximos anos, à luz das *guidelines* vigentes.[22] Para além disso, sugerem linhas e hipóteses de trabalho inovadoras, tais como a expansão da avaliação do bom controlo lipídico noutros grupos de utentes de alto e de muito alto RCV e a elaboração de um estudo dirigido aos médicos para explorar motivos de inércia terapêutica. Pretende-se que este estudo seja um incentivo à formação contínua dos profissionais de saúde, contribuindo para melhorar práticas e procedimentos nos CSP, nos quais se incluem o registo médico completo, a codificação correta, o trabalho em equipa, a redução da inércia terapêutica e melhoria da prescrição.

CONCLUSÃO

Os utentes diabéticos destacam-se por serem uma população de risco, na qual o médico de família tem um papel crucial na gestão da doença e otimização dos fatores de risco associados. Representando um grupo de RCV alto ou muito alto, o diagnóstico precoce e tratamento adequado da dislipidemia tem um peso importante na prevenção de complicações, como as DCCV.

O tema escolhido é pertinente, pela alta prevalência da DM2, por esta ser uma necessidade de saúde prioritária, tanto a nível nacional como local, e pela importância da prescrição de terapêutica antidislipidémica adequada na diminuição de eventos CV.

Apesar do objetivo específico definido inicialmente não ter sido atingido, a intervenção realizada poderá ter contribuído para a melhoria da proporção de utentes com bom controlo lipídico. Outros pontos positivos a destacar são o desenvolvimento do trabalho em equipa multidisciplinar, o incentivo à melhoria dos registos clínicos realizados pelos profissionais e a diminuição da inércia terapêutica.

Para a obtenção de melhores resultados, seria útil prolongar o período de intervenção com uma terceira avaliação, dando tempo à consolidação das medidas implementadas, e visando os alvos terapêuticos propostos pelas novas orientações emitidas durante o decorrer deste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology and European Atherosclerosis Society. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *Eur Heart J.* 2016;37:2999-3058.

2- Direção-Geral da Saúde. Processo Assistencial Integrado do Risco Cardiovascular no Adulto. Lisboa: Ministério da Saúde, 2014. Informação nº 009/2014 de 29/12/2014.

3- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa: Ministério da Saúde; 2017.

4- Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde - revisão e extensão a 2020. Lisboa: Ministério da Saúde; 2015.

5- Direção-Geral de Saúde. Abordagem Terapêutica das Dislipidemias no Adulto. Norma nº 019/2011 de 28/09/2011, atualizada a 11/05/2017.

6- Direção-Geral de Saúde. Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Norma nº 005/2013 de 19/03/2013, atualizada a 21/01/2015.

7- Duarte R, Pratas S, Gonçalves F, Valadas C, Pereira L, Fernandes C, *et al.* Estudo Retrospectivo dos Padrões Terapêuticos Referentes à Hiperglicemia, Hipertensão Arterial e Dislipidemia na Diabetes tipo 2 numa População Portuguesa: Estudo PATER. *Revista Portuguesa de Diabetes.* 2006;4:5-14.

8- Ferreira L, Rodrigues M. Estudo Duplo D: Diabetes e Dislipidemia. *Revista Portuguesa de Diabetes.* 2015;10:11-4.

9- Gonçalves M, Duarte A , Barbosa A , Carneiro C , Milheiro H, Breda I, *et al.* ATERLIP – Avaliação da adequação terapêutica anti-dislipidémica numa Unidade de Saúde Familiar. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular.* 2019;73:16-22.

10- Direção-Geral de Saúde. Processo Assistencial Integrado Diabetes Mellitus tipo 2. Informação nº 001/2013 de 19/02/2013.

11- Administração Regional de Saúde Norte, I.P. Perfil Local de Saúde 2017 - ACeS XXXXX [consultado em janeiro de 2019] Disponível em: http://www.arsnorte.min-saude.pt/observatorio-regional-de-saude/perfis-de-saude/

12- Administração Regional de Saúde Norte, I.P. Perfil Local de Saúde 2017 - ACeS XXXXX. [consultado em janeiro de 2019] Disponível em: https://bicsp.minsaude.pt

13- Administração Regional de Saúde Norte, I.P. Plano Local de Saúde 2017, extensão a 2020 - ACeS XXXXX. [consultado em janeiro de 2019] Disponível em: http://pns.dgs.pt

14- Administração Regional de Saúde Norte, I.P. Plano Local de Saúde 2015-2020 do ACeS XXXXX. [consultado em janeiro de 2019] Disponível em: https://bicsp.min-saude.pt/pt

15- Administração Regional de Saúde Norte, I.P. Plano Local de Saúde 2017-2020 do ACeS XXXXX. [consultado em janeiro de 2019] Disponível em: https://bicsp.min-saude.pt/pt

16- Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA). Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários - ICPC-2, versão 2. *Oxford University Press*, 1999, revisão 2011.

17- Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Guia Prático de Saúde - tradução e adaptação 2009. Balcelona: Semfyc ediciones;2009:112.

18- INFARMED. Recomendações terapêuticas de 01/04/2016. Estatinas. Lisboa: INFARMED, 2016.

19- Newman CB, Preiss D, Tobert JA, Jacobson TA, Page RL, Goldstein LB, *et al.* Statin Safety and Associated Adverse Events: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2019;39:e38-e81.

20- Santos MA, Assunção A, Silva T, Morais T. Diabetes e Dislipidemia: estarão os nossos doentes protegidos? - retrato dos diabéticos vigiados numa Unidade de Saúde Familiar. *Revista Portuguesa de Diabetes.* 2016;11(1)Suppl:66.

21- Peterson K, Radosevich D, O'Connor P, Nyman J, Prineas R, Smith S, *et*

al. Improving Diabetes Care in Practice - Findings from the TRANSLATE trial. *Diabetes Care.* 2008;31(12):2238-43.
22- Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, *et al*. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J.* 2020;41:111-88.

AGRADECIMENTOS:
Os autores agradecem a Daniela Saraiva pela colheita de dados na sua Unidade de Saúde Familiar, durante o período de ausência programada de uma das autoras.

CONFLITOS DE INTERESSE:
A autora Joana Mendes pertence ao Conselho Científico da AIMGF *Magazine*. Sem outros conflitos de interesse a declarar.

CORRESPONDÊNCIA:
Alexandra Rafael
alexandra.rafael@arsnorte.min-saude.pt

RECEBIDO: 21 de junho de 2020 | ACEITE: 07 de janeiro de 2021

AIMGF
ASSOCIAÇÃO DE INTERNOS DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR
zona norte

SEDE AIMGF ZONA NORTE
Rua Prof. Álvaro Rodrigues, 49, 4100-040 Porto