****

**INÉRCIA TERAPÊUTICA X INÉRCIA DIAGNÓSTICA E ABORDAGEM AO PACIENTE DIABÉTICO NO SUS, ONDE ESTAMOS ERRANDO?**

¹ Pedro Augusto Vieira Rosa Sousa ; ¹Patrícia Sousa da Silveira; ¹Sâmia Emanuely da Silva Pereira;¹Marinice Saraiva Attem;¹Ana Clara Correia Gomes ² Maria Goreth Pearce de Sousa Silva

¹ Discente do curso de Medicina da FAHESP – Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e de Saúde do Piauí/ IESVAP – Instituição de Ensino Superior do Vale do Parnaíba.

² Docente do curso de Medicina da FAHESP – Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e de Saúde do Piauí/ IESVAP – Instituição de Ensino Superior do Vale do Parnaíba.

Atenção à saúde

rosapedro9@gmail.com

**INTRODUÇÃO:**

O processo de desenvolvimento econômico pelo qual passou o Brasil recentemente, originou um aumento sensível da incidência de diversas patologias crônicas. Os aspectos ligados a essa nova realidade contribuíram para que o país possua cerca de 16 milhões de brasileiros portadores de Diabetes Mellitus (DM) (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017). O DM é a principal causa de instalação de estados de invalidez e óbitos na população, sendo responsável por um impacto econômico de 463 milhões de reais aos sistemas públicos, decorrentes de internações por condições diabéticas (SIH-SUS 2013).

No Brasil, o espectro medicamentoso para o tratamento do DM disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) se mostra totalmente defasado e ineficaz. De acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais de 2018 (RENAME), só estão disponíveis de forma gratuita à população o cloridato de metformina , glibenclamida , gliclazida e as soluções insulínicas , apesar da existência de oito classes de hipoglicemiantes orais disponíveis no mercado.

Dessa forma, a escassez farmacológica ofertada pelo SUS também leva ao emprego precoce da insulina em pacientes diabéticos que não se adequam às alternativas gratuitas ofertadas, a despeito das recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), que preconiza o início de seu uso somente após a administração simultânea de duas ou três drogas em doses máximas sem redução dos níveis glicêmicos.

Ademais, também se tornou notória a ineficiência diagnóstica, haja vista que dosagem de hemoglobina glicada (Hb1Ac), padrão ouro para avaliação de controle glicêmico, ainda é pouco solicitada pelos profissionais médicos na monitorização glicêmica em indivíduos portadores de DM em decorrência de múltiplos fatores. Sendo assim, utilizam-se demasiadamente exames de baixa sensibilidade, mais susceptíveis a erros de diagnóstico e interpretação, contribuindo para a intensificação dos danos causados pelo DM.

**OBJETIVOS:**

O presente estudo se propõe a identificar as principais falhas terapêuticas e diagnósticas na abordagem do DM. Além disso, busca correlacionar os equívocos de manejo à doença ao aumento da mortalidade e surgimento de sequelas nos pacientes diabéticos, expondo as graves consequências dessa problemática.

**METODOLOGIA:**

Trata-se de uma revisão sistemática com análise retrospectiva da literatura científica e da base de dados relacionadas ao Diabetes Mellitus. A pesquisa também se baseou na análise da RENAME 2018, para a verificação dos hipoglicemiantes disponibilizados pela rede, e nas Diretrizes da SBD (2017-2018) com vistas à comparação entre a terapêutica recomendada cientificamente e a usualmente empregada no manejo do paciente diabético no SUS.

**ANÁLISE CRÍTICA:**

Estima-se em 108.557 o número de óbitos decorrentes do DM e suas complicações no Brasil em 2017 (IDF, 2017), dado que posiciona o país como detentor da maior taxa de mortalidade relacionado a essa patologia, explicitando os erros de manejo a doença pela cadeia de saúde pública, contribuindo para a potencialização das complicações intrínsecas ao Diabetes.

A escolha do medicamento na terapêutica do DM deve levar em consideração as vantagens farmacológicas e os efeitos adversos de cada droga, baseando-se também na aceitação do cliente ao tratamento e na sua realidade financeira, fatores que proporcionarão a continuidade do tratamento. Contudo, a inércia terapêutica por escassez farmacológica, comumente causa o abandono do esquema de cuidado proposto, sobretudo por pacientes sem capacidade financeira para aquisição de fármacos não ofertados pelo SUS.

A limitação farmacológica do SUS obriga os profissionais médicos a instituírem a insulinoterapia de forma prematura no curso da doença. Essa via de tratamento é considerada como a última alternativa para diabéticos do tipo 2 , haja vista que ela possui certa complexidade( DEWITT et al , 2003) , como por exemplo , na rigidez dos horários de administração , além do risco de hipoglicemia , associado a erros na aplicação da insulina (BANDEIRA , 2019).

Com isso, a inércia diagnóstica, com a larga utilização de métodos susceptíveis a erros de interpretação, dificulta a continuidade da terapêutica dos pacientes previamente diagnosticados como portadores de DM. A baixa utilização da Hb1Ac em detrimento de exames menos sensíveis, observada atualmente, comumente leva a erros médicos de conduta, visto que essas técnicas refletem somente os níveis glicêmicos do momento da coleta da amostra, não oferecendo um panorama completo do tratamento (SUMITA, 2008).

**CONCLUSÃO:**

Infere-se, portanto que o sucesso terapêutico é condicionado pela realidade financeira de cada paciente e pelos medicamentos gratuitos do SUS. Além disso, observa-se que não há um consenso nacional quanto ao protocolo de manejo ao DM. Assim, se faz necessária uma reformulação nos conceitos terapêuticos e diagnósticos utilizados no tratamento do Diabetes no Brasil, com a implantação de um plano de manejo unificado, além da complementação da lista de hipoglicemiantes na RENAME, potencializando a abordagem a essa patologia.

Palavras-chave: Diabetes; SUS; Endocrinologia.

REFERÊNCIAS:

BANDEIRA, Francisco. **Protocolos clínicos em endocrinologia e Diabetes.** 3ª ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

CHACRA, Roberto Antônio. **Qual é o real valor da dosagem da hemoglobina glicada (A1C)? .** Bras Patol Med Lab Volume 44 Número 3 , Junho 2008.

DEWITT, E. Dawn ; HIRSCH , B. Irl. **Outpatient Insulin Therapy in Type 1 and Type 2 Diabetes Mellitus.** Departament of Medicine , University of Washington , 2003.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de fisiologia médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

KING, Paromita; PEACOCK , Ian; DONNELLY , Richard. **The UK Prospective Diabetes Study (UKPDS): clinical and therapeutic implications for type 2 diabetes.** London, 1999.

KRONENBERG, M. Henry ; MELMED , Shlomo ; POLONSKY , S. KENNETH et al. **Williams – Tratado de Endocrinologia.** 11º ed. Rio de Janeiro : Elsevier , 2010.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. **Robbins patologia básica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

Ministério da Saúde. **Relação nacional de medicamentos essenciais (Rename).** Brasília , 2018

NETTO, A. P. et al. **Atualização sobre hemoglobina glicada (HbA1C) para avaliação do controle glicêmico e para o diagnóstico do diabetes: aspectos clínicos e laboratoriais.** • J Bras Patol Med Lab • v. 45 • n. 1 • p. 31-48 • fevereiro 2009

SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES - SUS. **Datasus.** Ministério da Saúde. Disponível em<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index. php?area=0202&id=11633>. . Acesso em: 26 de Abril de 2019.

SUMITA , N. M. & ANDRIOLO , Adagmar. **Importância da hemoglobina glicada no controle do diabetes mellitus e na avaliação de risco das complicações crônicas** • J Bras Patol Med Lab • v. 44 • n. 3 • p. 169-174 •Junho 2008

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. Disponível em: www.diabetes.org.br. Acesso em: 27 de Março de 2019.

VILAR, Lúcio et al. **Endocrinologia clínica.** 6º edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016

.