

Rastreamento de Diabetes Mellitus Tipo 2 em um Município do Curimataú Paraibano: Um Estudo Transversal

Rastreamento de Diabetes Mellitus Tipo 2 em um Município do Curimataú Paraibano: Um Estudo Transversal

Matheus Oliveira de Araújo¹

Andreza Duarte Farias²

Maria da Gloria Batista Azevedo³

Francisco Patricio de Andrade Júnior⁴

Camila Albuquerque Montenegro⁵

RESUMO

Este estudo descritivo e transversal objetivou rastrear o risco de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e caracterizar o perfil socioeconômico de 200 usuários da rede pública de Damião/PB, utilizando o instrumento FINDRISC e questionários demográficos. A amostra foi predominantemente feminina (73%), com menos de 45 anos (64%) e renda de até um salário mínimo (70%). Os resultados revelaram fatores de risco significativos: 57% apresentaram IMC > 25 kg/m², 71% circunferência abdominal elevada, 54% sedentarismo e 58% histórico familiar de DM2. Pela classificação FINDRISC para o desenvolvimento da doença em 10 anos, 41% apresentaram risco levemente elevado, 27% baixo, 18% alto, 13% moderado e 2% muito alto. Os principais preditores identificados foram excesso de peso, gordura abdominal, inatividade física e hereditariedade. Conclui-se que o rastreamento pelo FINDRISC é fundamental para a previsibilidade da patologia, subsidiando estratégias de intervenção precoce e promoção da saúde no cenário da atenção primária.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus Tipo 2. Atenção Primária à Saúde. Assistência Farmacêutica.

ABSTRACT

This descriptive and cross-sectional study aimed to screen for Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) risk and characterize the socioeconomic profile of 200 public health service users in Damião/PB, using the FINDRISC tool and demographic questionnaires. The sample was predominantly female (73%), under 45 years old (64%), with an income of up to one minimum wage (70%). The results revealed significant risk factors: 57% had a BMI > 25 kg/m², 71% elevated waist circumference, 54% physical inactivity, and 58% a family history of T2DM. According to the FINDRISC classification for developing the disease within 10 years, 41% showed slightly elevated risk, 27% low, 18% high, 13% moderate, and 2% very high. The main predictors identified were overweight, abdominal fat, physical inactivity, and heredity. In conclusion, FINDRISC screening is essential for disease predictability, supporting early intervention strategies and health promotion within the primary care setting.

¹ Farmacêutico. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-2335-9515> E-mail: matheus.o.araujo@estudante.ufcg.edu.br.

² Prof^a. Dr^a. UFCG. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2253-2919> E-mail: andrezadufarias@gmail.com.

³ Farmacêutica e Mestre em Ciências Farmacêuticas, UFCG. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2662-3439> E-mail: gloria.farmacia@hotmail.com.

⁴ Doutor em Farmacologia e Graduando em Medicina, Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0681-8439> E-mail: juniorfarmacia.ufcg@outlook.com.

⁵ Prof^a. Dr^a. UFCG. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4885-2152> E-mail: camila.albuquerque@professor.ufcg.edu.br.

Keywords: Diabetes Mellitus Type 2. Primary Health Care. Descriptor. Pharmaceutical Services.

1. INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), um dos desafios de saúde pública no Brasil e no mundo, é uma doença crônica decorrente de distúrbios metabólicos associados aos fatores como sobrepeso, sedentarismo, hipertensão, alimentação inadequada, predisposição genética, entre outros, que comprometem a liberação e/ ou ação da insulina, ocasionando o quadro de hiperglicemia persistente¹.

Segundo a *International Diabetes Federation*², essa doença atinge a população de diversos países e tem se agravado nos últimos anos afetando cerca de 588,7 milhões de pessoas no mundo. O Brasil está na sexta posição entre os países com maior número de pessoas diagnosticadas com diabetes, são mais de 16,6 milhões de pessoas diagnosticadas com a doença, e a estimativa é que em 2050, esse número possa chegar a 24 milhões.

A abordagem terapêutica para o tratamento da doença é realizada por meio de intervenções farmacológicas e não farmacológicas. A principal recomendação volta-se ao estilo de vida do paciente, a fim de que haja um controle da sensibilidade da insulina no organismo. Para isso, é recomendada a realização de exercícios físicos como também a atenção aos hábitos alimentares, para o controle ponderal e o glicêmico^{3,4}.

O tratamento farmacológico utiliza sensibilizadores (metformina), que reduzem a glicogenese hepática. Conforme a necessidade, aplicam-se secretagogos, insulina exógena, incretinomiméticos (análogos de GLP-1 e inibidores de DPP-4), glitazonas (via receptor PPAR-γ) ou inibidores da alfa-glicosidase^{5,6}.

Caso não haja o devido cuidado, a condição pode se agravar. Nesse sentido, as principais complicações macrovasculares podem resultar em infarto agudo do miocárdio, acidentes vasculares encefálicos e doenças vasculares periféricas. No caso das complicações microvasculares causam: nefropatia, retinopatia e neuropatia diabética^{7,8,9}.

Segundo a Resolução nº. 585 de 2013 do Conselho Federal de Farmácia¹⁰, o farmacêutico, enquanto profissional da saúde de nível superior, pode desempenhar diversos serviços clínicos como dispensação, manejo de problema de saúde autolimitado, monitorização terapêutica de medicamentos, conciliação de medicamentos, revisão da farmacoterapia, gestão da condição de saúde, acompanhamento farmacoterapêutico,

educação em saúde e o rastreamento em saúde, que consiste na investigação dos fatores de risco de um indivíduo para prever possíveis instalações de doenças, o que permite ao profissional de saúde, como o farmacêutico, realizar intervenções preventivas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo^{11,12,13}.

Um instrumento eficiente para o rastreamento de DM2 é o *Finnish Diabetes Risk Score* (FINDRISC). Criado na Finlândia, o método é composto por oito perguntas que avaliam o risco de um indivíduo desenvolver diabetes nos próximos dez anos. Ele considera os principais fatores de risco relacionados à diabetes como a idade, Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência abdominal, prática de atividades físicas, hábitos alimentares, uso de medicamentos anti-hipertensivos, histórico de glicemia elevada e predisposição genética, então classifica o risco individual¹⁴.

Um estudo conduzido por Santos *et al.*¹⁵, na Paraíba, no período de 2012 a 2021, houve um aumento significativo das hospitalizações por diabetes quanto à média geral por cem mil habitantes, cerca de 94% durante a série temporal. Esses dados demonstram a relevância do rastreamento de DM2, como uma estratégia preventiva, para diminuir tais índices.

Portanto, este estudo tem como objetivo identificar o perfil de indivíduos com risco de desenvolver a doença DM2, em 10 anos, na população de Damião-PB.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, com análise quantitativa¹⁶, com intuito de identificar o potencial de indivíduos desenvolverem diabetes *mellitus* tipo 2, em 10 (dez) anos, utilizando o instrumento estruturado e validado de rastreamento, o FINDRISC, e o questionário para coleta das informações socioeconômicas e demográficas.

Local de realização do estudo e população alvo

O presente estudo foi realizado nos serviços públicos de saúde, a UBS I – Florentina Honorato da Costa e a Farmácia Básica do município de Damião-PB. A cidade está localizada na mesorregião do Agreste Paraibano e, microrregião do Curimataú Ocidental. Possui 186,198 km² de área territorial, fazendo fronteira com as cidades de Barra de Santa

Rosa, Casserengue, Cacimba de Dentro e Cuité. Até o ano de 2022, a população era de 4.982 pessoas¹⁷.

A amostra foi composta por 200 pacientes, recrutados de modo aleatório e por conveniência, durante o mês julho de 2025.

Procedimento de coleta de dados

Foi aplicado um questionário socioeconômico e demográfico, incluindo as seguintes variáveis: a) gênero; b) área residencial (urbana ou rural); c) cor; d) escolaridade; e) renda mensal, para caracterização da amostra.

O instrumento de rastreamento FINDRISC, uma ferramenta que avalia o risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2 com base em diversos fatores, foi outro recurso utilizado para o desenvolvimento da pesquisa. Entre as variáveis consideradas estão idade, índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura, prática de atividade física, hábitos alimentares, uso de medicamentos para hipertensão, glicemia capilar, histórico de glicemia elevada e antecedentes familiares de diabetes tipo 2. Cada resposta corresponde a uma pontuação específica, cuja soma final classifica o risco como baixo, levemente elevado, moderado, alto ou muito alto para o desenvolvimento da doença nos próximos 10 anos.

A glicemia capilar foi aferida por meio de punção digital, utilizando lancetas estéreis e descartáveis. A coleta foi realizada na lateral da polpa de um dos dedos da mão, após higienização do local com álcool 70%. Em seguida, foi utilizada uma tira reagente acoplada a um glicosímetro devidamente calibrado para leitura imediata dos níveis de glicose no sangue.

Todo o procedimento foi executado pelo orientando pesquisador responsável, previamente treinado, seguindo os protocolos de biossegurança recomendados. O uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), como luvas descartáveis, foi obrigatório, e os resíduos gerados foram descartados em recipiente adequado para material perfuro cortante.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo pacientes que realizam consultas nos serviços públicos de saúde da rede municipal, com idade superior a 18 anos e residentes em Damião-PB. Foram excluídas gestantes, uma vez que o diabetes *mellitus* gestacional (DMG) pode ser confundido com o DM2, mas se caracteriza por uma hiperglicemia temporária durante a gravidez, com

possibilidade de normalização dos níveis glicêmicos após o parto¹⁸. Também excluídas pessoas com diagnóstico prévio de DM2, pois o objetivo do estudo foi identificar fatores de risco que levassem ao desenvolvimento do DM2 ou conduzissem a um diagnóstico precoce na população damiãense.

Análise dos dados

Os dados coletados foram organizados em planilhas de autoria própria para a análise e caracterização estatística descritivas, com foco na análise percentual de cada variável, assim permitindo uma correlação entre uma e outra variável, tanto do FINDRISC como do questionário socioeconômico e demográfico. O armazenamento digital, processos (cálculo de médias, gráficos, desvios padrão e tabelas) e análises dos resultados foram realizados utilizando o *Software Microsoft Excel 360*® 2007.

Aspectos éticos

Este estudo foi realizado em consonância aos aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme as resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. Os entrevistados foram informados quanto à garantia da preservação do anonimato, da privacidade e do livre consentimento, podendo, o mesmo, desistir de participar a qualquer momento, os quais serão incluídos na pesquisa após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Campina Grande (CEP/CES/UFCG) campus de Cuité/ PB, número do parecer: 7.602.648

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 200 (duzentos) pacientes (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das variáveis socioeconômicas da população estudada (n=200). Damião/ PB.

Variáveis socioeconômicas	N	%
Sexo		
Feminino	147	73%
Masculino	52	26%
Prefiro não responder	1	1%

Área Residencial

Urbana	155	78%
Rural	45	22%

Cor

Amarela	7	3%
Branca	58	29%
Parda	123	62%
Preta	12	6%

Escolaridade

Ensino fundamental incompleto	64	32%
Ensino fundamental completo	19	9%
Ensino médio incompleto	9	4%
Ensino médio completo	59	30%
Ensino superior incompleto	13	7%
Ensino superior completo	31	16%
Pós-graduação	5	2%

Renda per capita

Até 1 salário mínimo	140	70%
1 a 2 salários mínimos	36	18%
2 a 4 salários mínimos	18	9%
4 a 6 salários mínimos	4	2%
Mais de 6 salários mínimos	2	1%

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

A pesquisa corrobora a tendência das mulheres buscarem mais os serviços de saúde do que os homens, devido a amostra ser majoritariamente incluída por mulheres (73% - n= 147). Uma pesquisa realizada por Gutmann *et al.*¹⁹ revelou que, ao contrário das mulheres, homens adultos jovens em idade economicamente ativa, apenas procuram os serviços de saúde em situações consideradas graves, mas com o avanço da idade, passam a procurar com maior frequência esses serviços.

Em relação à área residencial, 78% (n= 155) dos participantes residiam em zonas urbanas e 22% (n= 45) em zonas rurais, o que pode estar relacionado à distância ao acesso dos serviços de saúde pelas populações da zona rural, que só procuram atendimento em casos de necessidade urgente.

A respeito da escolaridade, a amostra tinha ensino fundamental incompleto (32% - n= 64) ou ensino médio completo (30% - n= 59), o que indica um perfil de baixa escolaridade

na amostra. No que se refere à renda, 70% (n= 140) vivia com menos ou até 1 salário mínimo, evidenciando um contexto de vulnerabilidade socioeconômica entre os participantes.

A partir da aplicação do instrumento FINDRISC, verificou-se 64% (n= 129) da amostra com a idade abaixo de 45 anos; IMC abaixo de 25kg/m² (43% - n= 86); circunferência da cintura, 71% (n= 141) dos participantes estavam nos grupos B e C (homens >94 cm e mulheres >80 cm); 54% (n= 115) não praticavam exercícios físicos; 51% (n= 101) ingeriam diariamente legumes, verduras, frutas e grãos; 76% (n= 152) não faziam ou fizeram uso de algum medicamento anti-hipertensivo; 81% (n= 162) sem histórico de hiperglicemia e 58% (n= 116) tinham parentes com DM (Tabela 2).

Tabela 2. Variáveis relacionadas ao risco para diabetes *mellitus* tipo 2 a partir do FINDRISC (n=200). Damião/ PB.

Variáveis da avaliação de risco de DM2	N	%
Idade		
Abaixo de 45 anos	129	64%
Entre 45-54 anos	38	19%
Entre 55-64 anos	23	12%
Acima de 64 anos	10	5%
IMC		
Abaixo de 25kg/m ²	86	43%
25-30kg/m ²	81	40%
Acima de 30kg/m ²	33	17%
Circunferência da cintura		
Grupo A	59	29%
Grupo B	56	28%
Grupo C	85	43%
Prática regular de atividade física		
Sim	92	46%
Não	108	54%
Frequência de consumo de legumes, verduras, frutas e grãos		
Todos os dias	101	51%
Não todos os dias	99	49%
Histórico de uso regular de medicamentos para pressão alta		
Sim	48	24%
Não	152	76%
Histórico pessoal de hiperglicemia		
Sim	38	19%
Não	162	81%

Histórico familiar de diabetes

Sim: pai, mãe, irmão, irmã ou filho	65	32%
Sim: avós, tia, tio ou primo de primeiro grau	51	26%
Não	84	42%

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Legenda: Grupo A: Homens com circunferência abdominal abaixo de 94 cm e mulheres abaixo de 80 cm – constituído por 16% (n= 33) de mulheres, 12% (n= 25) de homens e 1% (n= 1) prefiro não responder; Grupo B: Homens com circunferência abdominal entre 94-102 cm e mulheres 80-88 cm – constituído por 19% (n= 38) de mulheres e 9% (n= 18) de homens; Grupo C: Homens com circunferência abdominal acima de 102 cm e mulheres acima de 88 cm – constituído por 38% (n= 76) de mulheres e 5% (n= 9) de homens.

A amostra teve predominância de participantes abaixo de 45 anos, apesar que a idade, nesta faixa etária, não seja um fator de risco, a associação com outros fatores podem levar a um aumento do risco com o passar dos anos. Pois, com o avançar da idade, a possibilidade de desenvolver diabetes aumenta devido aos mecanismos fisiopatológicos do envelhecimento, inatividade física e consequentemente aumento do peso²⁰. O principal mecanismo é a diminuição da capacidade das células beta em produzir insulina, que aumenta a resistência à insulina no organismo²¹. Por isso, o DM2 é uma das doenças mais prevalentes na terceira idade.

O IMC da população indicou alta prevalência de sobrepeso e obesidade, com 57% dos pacientes apresentando IMC acima de 25 kg/m². O excesso de peso é considerado um dos principais riscos associado à DM2, pois o excesso de gordura corporal ativa os mecanismos que induzem a resistência à insulina, liberando moléculas pró-inflamatórias, como a TNF- α e IL-6, que interferem na sinalização da insulina e dificultam sua ação²².

Segundo Felipe *et al.*²³ pessoas com sobrepeso e obesidade, possuem 3 vezes mais chances de adquirir a doença do que pessoas com peso considerado normal. Corroborando essa afirmação, o trabalho de Jayedi *et al.*²⁴ uma revisão sistemática e metanálise dose-resposta de estudos de coorte sobre indicadores antropométricos e de adiposidade e o risco de adquirir DM2, identificou que a cada 5 unidades (kg/m²) no IMC aumenta em até 72% a possibilidade de a doença incidir.

Outro dado relevante para verificar o excesso de tecido adiposo é a circunferência da cintura, local onde normalmente se deposita a maior parte da gordura visceral. Na pesquisa, verificou-se que 71% (n= 141) dos participantes tiveram os valores da circunferência da cintura fora do esperado, segundo a OMS²⁵ para evitar os riscos para doenças como DM2, homens devem ter a circunferência abdominal menor que 94 cm e mulheres menor que 80

cm, caso esteja maior que esses parâmetros, sugere um alto índice de gordura nessa região, aumentando o seu risco de apresentar a doença. A cada 10 cm do aumento da circunferência da cintura, o risco de desenvolver DM2 aumenta 61%²⁴.

O principal manejo para o gerenciamento desses fatores de risco é controlar o peso que, normalmente, relaciona-se ao excesso de tecido adiposo, e para isso é indispensável a prática de atividades físicas, que está associada à redução da resistência à insulina. Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, para a prevenção da DM2, é recomendada a realização de no mínimo 150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada³. Verificou-se que (54% - n= 108) dos participantes não praticavam atividades físicas, um dado importante, tendo em vista que além do risco para DM2, o sedentarismo pode levar a outras doenças como as cardiovasculares e aos transtornos mentais comportamentais (TMCs).

Verificou-se que 49% (n= 99) dos participantes não consomem legumes, verduras, frutas e grãos frequentemente, sugerindo uma baixa ingestão de alimentos que pode favorecer a redução de riscos. Dietas à base desses alimentos, possuem propriedades antioxidantes e anti-inflamatórias, que podem auxiliar na proteção de células beta pancreáticas, evitando a hiperglicemia e o estresse oxidativo. Essas dietas podem também melhorar os mecanismos de absorção da glicose, aumentando a sensibilidade à insulina²⁶.

Uma das comorbidades associadas ao risco de DM2 é a hipertensão arterial sistêmica (HAS), para isso é necessário a utilização de medicamentos para regular essa condição, pois a pressão arterial alta se configura com aumento da atividade do sistema nervoso autônomo simpático, que causa um prejuízo na vasodilatação dos tecidos. Essa ativação crônica prejudica a captação de glicose pelo corpo, devido à instalação da resistência à insulina²⁷. Na amostra, 24% (n=48) já usaram ou fazem uso regular de medicamentos anti-hipertensivos.

Corroborando o dado, Rabelo *et al.*²⁸ verificaram 64 prontuários manuais de pacientes com DM2 no Hospital Memorial Uningá, localizado em Maringá-PR que tiveram a identificação de internação por DM, entre os anos de 2016 a 2020. Dentre os pacientes 67,19% possuíam também HAS, reforçando a alta possibilidade de um indivíduo com HAS desenvolver DM2.

Apesar de apenas 19% (n= 38) dos participantes terem revelado episódios de glicemia elevada, é necessário ter atenção a este grupo, podendo ser considerado uma das populações de maior risco em desenvolver a afecção. Episódios passados, normalmente estão

relacionados à pré-diabetes e, no caso de algumas mulheres, ao DMG, estados que indicam um alto risco para um futuro diagnóstico da doença, devido à junção de outros fatores, como os discutidos anteriormente.

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes²⁹ em um tempo de 3 a 5 anos, 25% das pacientes com DMG progridem para DM2, 50% permanecem pré-diabéticos e somente 25% conseguem voltar à normalidade. Também foi observado que mulheres que tiveram DMG possuem maior chance de desenvolver DM2, contudo a incidência varia por grupos étnicos e região, onde os hábitos de vida interferem diretamente nesse resultado ³⁰.

A principal recomendação é a mudança no estilo de vida, com a redução de peso a partir de uma dieta saudável à base de legumes, frutas, verduras e grãos, assim como o aumento da atividade física. Em alguns casos é necessário tratamento farmacológico, um dos principais medicamentos usados em pessoas no estado de pré-diabetes ou DMG, é a metformina, em conjunto com a mudança do estilo de vida, para que assim, se possa prevenir o diagnóstico da doença²⁹.

O histórico familiar é um fator significativo para o risco de desenvolver DM2. Na presente pesquisa, 58% (n= 116) dos participantes declararam ter parentes com o diagnóstico. Indivíduos com histórico familiar podem apresentar a doença precocemente, o que corrobora os diversos estudos que apontam a associação com este aspecto. Esse valor tende a aumentar caso for associado aos outros fatores²⁷.

Quanto à pontuação verificada ao final da coleta usando o FINDRISC (tabela 3), a qual classifica o risco que o paciente está de desenvolver diabetes em 10 anos, 41% dos indivíduos (n= 82) apresentou risco levemente elevado, seguido de baixo risco (27% - n= 53), alto (18% - n= 26), moderado (13% - n= 25) e, por último, 2% (n= 4) da amostra com risco muito alto.

Tabela 3. Classificação do risco da população de desenvolver diabetes em 10 anos, segundo a pontuação do FINDRISC (n= 200). Damião/ PB.

Status de Risco	N	%	Desvio padrão
Baixo	53	27%	1,61
Levemente elevado	82	41%	1,33
Moderado	25	13%	0,90
Alto	26	18%	1,71
Muito alto	4	2%	1,73

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Em um estudo realizado através de uma campanha em 19 países na região latino-americana e caribenha, através de uma plataforma *eHealth*, o Brasil teve 21925 participantes, com 33,3% com risco baixo, 31,3% ligeiramente elevado, 15,6% risco moderado, 16% alto e apenas 3,8% muito alto de desenvolver o diabetes em 10 anos³¹.

Outra pesquisa, reunindo 977 farmacêuticos de 345 municípios de diferentes regiões, a fim de avaliar o risco de DM2, em 10 anos, por região do Brasil, verificou que no Nordeste 22% estavam em risco baixo, 35,7% ligeiramente elevado, 19% moderado, 19,9% alto e 3,4 em risco muito alto³². Ambos os estudos mostraram números semelhantes ao da pesquisa, corroborando as informações descritas.

Considerando os dados da pesquisa, emite-se o alerta para o DM2, visto que apenas 27% (n= 53) dos participantes tem o risco considerado baixo. Verificando os dados dos indivíduos que tiveram o risco levemente elevado (41% - n= 82), é possível constatar o potencial risco em desenvolver DM2 com o passar dos anos, pois 68% (n= 56) deles estão com menos de 45 anos, com 59% (n= 48) possuindo histórico familiar de diabetes e 60% (n= 49) possui IMC acima de 25kg/m² (Tabela 4). O perfil desse grupo apresenta uma predisposição, contudo, com o avançar da idade, caso não haja uma intervenção, esses riscos podem ser potencializados e até mesmo, associado a outros, aumentando a possibilidade do diagnóstico do diabetes *mellitus* tipo 2.

Tabela 4. Distribuição das variáveis associadas ao risco levemente elevado (n=82).
 Damião/ PB

Variáveis	Risco Levemente Elevado	
	N	%
Idade		
Abaixo de 45 anos	56	68%
Acima de 64 anos	5	6%
Entre 45-54 anos	13	16
Entre 55-64 anos	8	10%
IMC		
25-30kg/m ²	42	51%
Abaixo de 25 kg/m ²	33	40%
Acima de 30 kg/m ²	7	9%
Circunferência da cintura		
A	17	21%

B	30	36%
C	35	43%
Frequência de atividade física		
Não	40	49%
Sim	42	51%
Frequência do consumo de verduras, frutas, legumes e grãos		
Não todos os dias	39	48%
Todos os dias	43	52%
Histórico de uso regular de medicamentos para pressão alta		
Não	69	84%
Sim	13	16%
Histórico pessoal de hiperglicemia		
Não	76	93%
Sim	6	7%
Histórico familiar de diabetes		
Não	34	41%
Sim: avós, tia, tio ou primo de primeiro grau	26	32%
Sim: pai, mãe, irmão, irmã ou filho	22	27%

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

A fim de contemplar corretamente o rastreamento de DM2, foi aferida a glicemia capilar ao acaso (figura 1), ou seja, pós-prandiais. Os dados mostraram que 49% (n= 98) tiveram a glicemia capilar entre 100-140mg/dL, 37% (n= 74) entre 80≥100mg/dL, 10% (n=20) mais que 140mg/dL e 4% (n= 8) abaixo de 80 mg/dL. A média foi de 103 mg/dL.

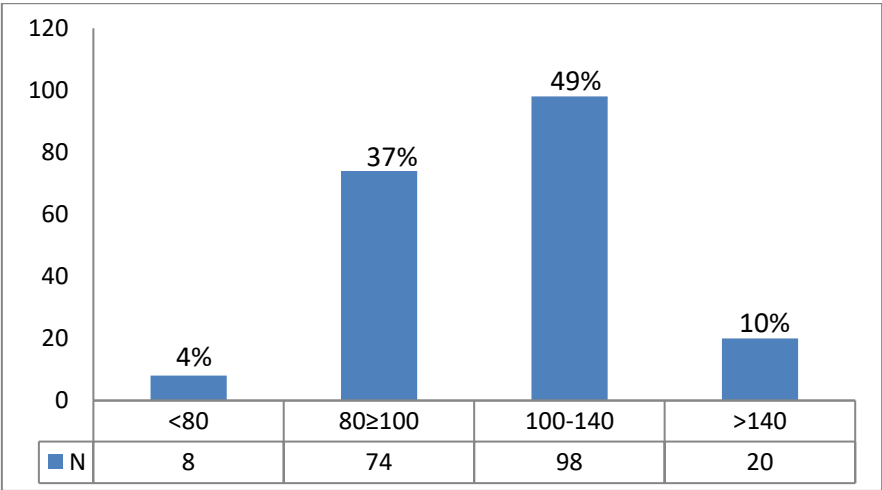


Figura 1. Distribuição da glicemia capilar por intervalos (n= 200). Damião/ PB.

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Tendo em vista que, para se correlacionar a um pico hiperglicêmico, sugerindo um possível alerta para DM2, a glicemia capilar pós-prandial, deve estar acima de 140 mg/dL³³. Verificou-se que 10% da amostra (n= 20) estava com a glicemia maior que 140mg/dL, sugerindo um sinal de alerta, sendo recomendado que realizassem o exame em jejum para uma maior segurança dos resultados.

Durante a pesquisa também foi possível observar a importância do farmacêutico na Atenção Primária de Saúde (APS). A partir do rastreamento em saúde, é viável realizar o acompanhamento farmacêutico, um serviço clínico que aproxima o indivíduo do profissional e permite realizar orientações para gerenciar os riscos, através da educação em saúde. Embora a pesquisa, enfatize a DM2, existem diversos tipos de rastreamento que podem ser usados por farmacêuticos na APS, como o escore de Framingham que estima o risco de doenças cardiovasculares em 10 anos³⁴, o inventário de depressão de Beck (BDI) que avalia a intensidade dos sintomas depressivos³⁵ e o inventário de ansiedade de Beck (BAI) que analisa o nível de ansiedade³⁶.

E em casos de pessoas que possuem diagnóstico, a abordagem difere podendo ser realizado serviço clínico como o acompanhamento farmacoterapêutico, que contempla a verificação da necessidade, da efetividade, da segurança, da adesão, do acesso, o uso racional dos medicamentos e a monitoração da glicemia³⁷.

Dessa forma, evidencia-se como e o quanto a atuação do farmacêutico na APS é relevante e deve ser valorizada, não apenas como o dispensador de medicamentos, mas como um profissional de saúde que contribui para a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Com isso, o farmacêutico tende a se aproximar da comunidade, tornando-se uma peça estratégica para minimização dos riscos da população em relação às condições crônicas não transmissíveis, por meio da oferta dos serviços clínicos.

A pesquisa apresentou algumas limitações, como em virtude do tempo limitado para a coleta de dados, não foi viável realizar o cálculo amostral, o que pode comprometer o quanto a amostra reflete os indicadores de possibilidade de desenvolvimento da doença na população em geral. Contudo, essas limitações não invalidam os resultados obtidos, mas permitem visualizar caminhos para estudos futuros que possam suplantam as lacunas desta

pesquisa.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados obtidos, evidenciou-se que a amostra estudada da população de Damião/ PB, caracteriza-se como mulheres, com menos de 45 anos, ensino fundamental incompleto ou ensino médio completo e renda de até um salário mínimo. Com IMC acima de 25kg/m², circunferência da cintura acima de 88 cm em mulheres e 102 cm em homens, falta de frequência na prática de atividades físicas, ingerindo diariamente legumes, verduras, frutas e grãos, sem histórico de uso de medicamentos anti-hipertensivos, sem histórico de hiperglicemia e com presença de parentes com diabetes, apresenta risco levemente elevado para o desenvolvimento de DM2 em 10 anos, segundo o FINDRISC.

A aferição da glicemia capilar, no momento da coleta da amostra sanguínea, não alertou nenhum possível caso de risco iminente, contudo, é uma ação necessária para que permita verificar a existência de situações de urgência ou emergência sobre o comportamento glicêmico.

Foi visível a importância do farmacêutico frente aos serviços clínicos, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), ao realizar o serviço de rastreamento de saúde, a fim de diminuir os riscos da população desenvolver o DM2 para, assim, dar suporte à gestão do estado clínico do indivíduo e evitar agravos à sua saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes (diabetes mellitus). Saúde de A a Z. 2024.
2. International Diabetes Federation. South and Central America Members – Brazil. IDF. 2025.
3. Silva Junior WS, Fioretti AMB, Vancea DMM, Macedo CLD, Zagury R, Bertoluci M. Atividade física e exercício no pré-diabetes e DM2. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2023.
4. Rufino RF, Andrade Júnior FP, Felício IM. Challenges and strategies of pharmacists in the dispensation of medications for hypertensive and diabetic patients in the Brazilian Public Health System (SUS): an integrative review. Educ Ciênc Saúde. 2025;12(1).

5. Almeida MM, Santana BFL, Requião BH, Oliveira KAS, Feres ABS. Diabetes mellitus: manejo e prevenção das suas complicações na atenção primária à saúde. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2024;24(7):e16805.
6. Souza AKA, Araújo ICR, Oliveira FS. Fármacos para o tratamento do diabetes mellitus tipo 2: interferência no peso corporal e mecanismos envolvidos. *Rev Ciênc Méd*. 2021;30:1-11.
7. Anghebem MI, Zaparolli ATR, Marques GT, Picheti G. O diabetes mellitus tipo 2 e outros fatores de risco para DAC em pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Rev Bras Anál Clín*. 2019;51(01).
8. Tschiedel B. Complicações crônicas do diabetes. *J Bras Med*. 2014;102(5):7-12.
9. Xie J, Wang M, Long Z, Ning H, Li J, Cao Y, et al. Global burden of type 2 diabetes in adolescents and young adults, 1990-2019: systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *BMJ*. 2022;379:e072385.
10. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regula as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 25 set 2013, Seção 1.
11. Brasil. Ministério da Saúde. O cuidado farmacêutico no contexto do sistema de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. v. 1.
12. Andrade Júnior FP, et al. A importância da atuação do farmacêutico na orientação e acolhimento ao paciente com HIV: será que podemos fazer a diferença? *Res Soc Dev*. 2020;9(9):e134996605.
13. Andrade Júnior FP, et al. Estágio em Farmácia Hospitalar: Um Relato de Experiência. *Rev Piauiense Enf*. 2025;1(5).
14. Conceição ALO, Corrêa NC, Ferreira PR, Rêgo AS, Silva FB, Carvalho STRF, et al. Translation, cross-cultural adaptation and validation of the Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) for application in Brazilian Portuguese: a validity study. *São Paulo Med J*. 2020;138(2):140–147.
15. Santos RKO, Santos Neto JR, Fonseca PEO, Nascimento RIL, Bolonha FJ. Morbidade hospitalar por diabetes mellitus na Paraíba (2012-2021). *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2024;24(9):e16647.
16. Luz MSG, Andrade Júnior FP, Montenegro CA. Profile of type 1 diabetic insulintherapy users in Cuité, Paraíba, Brazil. *Rev Patol Tocantins*. 2025;25(1).
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.

18. Rodacki M, Cobas RA, Zajdenverg L, Silva Júnior WS, Giacaglia L, Calliari LE, et al. Diagnóstico de diabetes mellitus. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2024.
19. Gutmann VLR, Santos D, Silva CD, Vallejos CCC, Acosta DF, Mota MS. Motivos que levam mulheres e homens a buscar as unidades básicas de saúde. J Nurs Health. 2022;12(2).
20. Malta DC, Bernal RTI, Sa ACMGN, Silva TMR, Iser BPM, Duncan BB, et al. Diabetes autorreferido e fatores associados na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. Cienc Saude Colet. 2022;27:2643-2653.
21. Yakaryilmaz FD, Ozturk ZA. Treatment of type 2 diabetes mellitus in the elderly. World J Diabetes. 2017;8(6):278.
22. Silva Júnior AJ. Correlação entre sedentarismo, obesidade e diabetes mellitus tipo II: Ciências da Saúde. Open Sci Res XIV. 2024:139-153.
23. Felipe AGB, Almeida CM, Silva JS, Moura MA, Xavier LM. Associações entre obesidade, resistência à insulina e diabetes mellitus tipo 2: revisão sistemática. Rev Cient Fac Quirinópolis. 2021;2(11):431-446.
24. Jayedi A, Soltani S, Motlagh SZ, Emadi A, Shahinfar H, Moosavi H, et al. Anthropometric and adiposity indicators and risk of type 2 diabetes: systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. BMJ. 2022;376:e067516.
25. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. World Health Organ Tech Rep Ser. 2000;894:1-253.
26. Heidarzadeh-Esfahani N, Darbandi M, Khamoushi F, Najafi F, Soleimani D, Moradi M, et al. Association of plant-based dietary patterns with the risk of type 2 diabetes mellitus using cross-sectional results from RaNCD cohort. Sci Rep. 2024;14:3814.
27. Ismail L, Materwala H, Kaabi JA. Association of risk factors with type 2 diabetes: a systematic review. Comput Struct Biotechnol J. 2021;19:1759-1785.
28. Rabelo PD, Paula M, Palangani EA, Correa GB, Herold SC, Fleck FB, et al. Perfil epidemiológico de Diabetes Mellitus tipo 2: prevalência da doença renal crônica e/ou hipertensão arterial sistêmica. Braz J Health Rev. 2023;6(5):25550-25559.
29. Giacaglia LR, Barcellos CRG, Genestreti PR, Silva MER, Santos RF, Bertoluci M. Tratamento farmacológico do pré-diabetes. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2023.
30. Ikoh CL, Tinong RT. The incidence and management of type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes mellitus. Cureus. 2023;15(8):e44468.
31. Nieto-Martinez R, Barengo NC, Restrepo M, Grinspan A, Assefi A, Mechanick J. Large scale application of the Finnish diabetes risk score in Latin American and Caribbean populations: a descriptive study. Front Endocrinol. 2023;14:1188784.

32. Nascimento LG, Nascimento RCRM, Frade JCQP, Pinheiro EB, Ferreira WM, Reis JS, et al. A new Brazilian regional scenario of Type 2 diabetes risk in the next ten years. *Prim Care Diabetes*. 2021;15:1019-1025.
33. Geloneze B, Lamounier RN, Coelho OR. Hiperglicemia pós-prandial: tratamento do seu potencial aterogênico. *Arq Bras Cardiol*. 2006;87(5).
34. Silva SOF, Silva EM, Barata KM, Santos KC, Pinheiro APG, Ferreira CRS, et al. Risco cardiovascular pelo Escore de Framingham e Proteína C Reativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev Enf Atual Derme*. 2024;98(4).
35. Costa IV, Sousa MCC, Silva ACMM, Medeiros ED, Medeiros PCB. Tradução e adaptação do inventário de depressão de Beck para a população surda. *Bol Conjuntura (BOCA)*. 2024;17(50):561-578.
36. Paz MMS, Diniz RMC, Almeida MO, Cabral NO, Assis TJCF, Sena MF, et al. Análise do nível de ansiedade na gestação de alto risco com base na escala Beck Anxiety Inventory. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2023;22:1015-1023.
37. Franco MCS, Jesus FM, Abreu CRC. Papel do farmacêutico no controle glicêmico do paciente diabético. *Rev JRG Est Acad*. 2020;3(7):636–646.