

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDAR DO PACIENTE DIABÉTICO

THE IMPORTANCE OF THE NURSE IN THE MULTIDISCIPLINARY TEAM SPECIALIZED IN PALLIATIVE CARE IN THE ELDERLY

José Eduardo Oliveira de Carvalho¹
Robson Vidal de Andrade²

RESUMO: O Diabetes Mellitus é uma doença que afeta grande parte da população mundial. Este fato constitui uma grande preocupação, principalmente no que diz respeito à saúde pública. O tratamento precoce e monitoramento do nível glicêmico são de extrema importância para diminuir a incidência de possíveis complicações em pacientes diabéticos. **Objetivo:** analisar a importância do enfermeiro frente ao cuidado do paciente com Diabetes Mellitus. **Materiais e Métodos:** O presente trabalho de conclusão de curso consistiu em uma revisão bibliográfica de literatura. **Resultados:** Notou-se que com o aumento da prevalência de comorbidades e das complicações advindas da Diabetes Mellitus, o enfermeiro possui um papel primordial no cuidado com o paciente diabético na Atenção Primária, contribuindo assim para melhora na qualidade de vida e na redução das complicações. **Conclusão:** A pesquisa evidenciou que o enfermeiro exerce muito mais que a função de cuidar, ele atua diretamente na educação em saúde da população, por meio da prevenção e promoção. Todas as orientações são simples, todavia são essenciais para o sucesso do tratamento e a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

4608

Palavras-chave: Assistência. Cuidados. Diabetes. Enfermeiro.

1 INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da insuficiência da insulina a fim de proporcionar adequadamente seus efeitos. É um problema de saúde pública e, por ser de caráter crônico, é uma doença que acomete grande proporção da população. Estima-se que existam mais de cinco milhões de diabéticos no Brasil, sendo que metade dos indivíduos dessa população não é diagnosticada.

O diabetes mellitus é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Em função da insulina de participar de diferentes mecanismos bioquímicos-metabólicos, a doença é

¹ Graduando em enfermagem, Faculdade de Ilhéus.

² Orientador do curso em enfermagem, Faculdade de Ilhéus.

caracterizada por hiperglicemia crônica associada a distúrbios do metabolismo de carboidratos, lipídeos e de proteínas. Em função da alteração destas três rotas metabólicas serem alteradas, ocorre um comprometimento do organismo como um todo.

Portanto, a longo prazo, o diabetes mellitus provoca disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Pode dividir em tipo I, tipo II e Diabetes gestacional, além de outras formas, a Diabetes Mellitus configura-se como uma doença endócrina com causas multifatoriais (FAEDA; LEON, 2006). Com sua presença estendida no tempo, o paciente pode sofrer com lesões nos nervos, olhos, rins, coração e a rede vascular, com ênfase especial sobre a periférica. Além disso, a hiperglicemia aparece como uma complicação associada a esta doença no geral (SAMPAIO, 2017).

As ações de cuidado devem estar voltadas para um processo de educação em saúde que auxilie o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica, além de reforçar sua percepção de riscos à saúde e desenvolver habilidades para superar os problemas, mantendo a maior autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado.

Permite a compreensão do seu problema de saúde e os fatores de risco correlacionados, identificando e prevenindo complicações (BRASIL, 2013d). O enfermeiro, como articulador desse acompanhamento, tem funções diversas, dentre elas a de capacitar sua equipe na execução das atividades, realizar consultas de enfermagem, identificar fatores de risco e de complicações, avaliar possíveis intercorrências no tratamento e conduzir à consulta médica quando necessário.

A consulta com enfermeiro está inserida no processo educativo e deve preconizar a orientação de medidas que comprovem melhorar a qualidade de vida como a manutenção de hábitos alimentares saudáveis, o estímulo à atividade física regular, a redução do consumo de bebidas alcoólicas, o abandono do tabagismo, dentre outras.

A adoção desses hábitos de vida constitui a base do tratamento do DM e possuem uma importância essencial no controle glicêmico, além de atuarem no controle de outros fatores de risco para doença cardiovascular (BRASIL, 2013d). Nesse sentido, a enfermagem tem papel primordial no acompanhamento e controle do portador de diabetes.

O enfermeiro é capaz de identificar na consulta de enfermagem os fatores de risco que tornam os pacientes mais vulneráveis as complicações do diabetes, identificando de maneira precoce e intervindo prontamente, além disso, possibilita o estabelecimento de um vínculo com o paciente e familiares, auxilia nas suas necessidades, estimula o autocuidado,

e ajuda na terapêutica e controle da doença, melhorando seu estado de saúde (FAEDA; LEON, 2006).

Rodrigues e Santos (2011) afirmam que a enfermagem tem papel principal de orientar o portador de diabetes no autocuidado, buscando estratégias e novas formas para um cuidado de qualidade, com simples intervenções, como o auxílio e orientações no controle glicêmico.

Sendo assim, o artigo tem as seguintes problemáticas: quais condutas de prevenção e tratamento devem ser tomadas pelos enfermeiros nos cuidados ao paciente portador de diabete mellitus? Bem como qual é o papel do enfermeiro na assistência ao paciente diabético?

O presente estudo tem como objetivo geral, analisar a importância do enfermeiro frente no cuidado do paciente com Diabete Mellitus. E como objetivos específicos, têm-se: avaliar as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro na assistência ao paciente; apontar as medidas utilizadas pelo enfermeiro para desenvolver sua assistência ao paciente diabético; identificar a importância do trabalho do enfermeiro junto a equipe multidisciplinar na assistência ao paciente com diabete mellitus.

Esse trabalho justifica-se devido ao Diabetes Mellitus ser descrito como uma enfermidade de profundo impacto no ambiente familiar e social em geral do paciente, podendo até mesmo incapacita-lo ao longo prazo. Assim verificamos a importância do tema aqui proposto, atuando enquanto informativo dos profissionais de saúde acerca desta doença que tem cada vez mais sido apontada como de grande predominância mundial.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Diabetes mellitus

O diabetes Mellitus (DM) envolve distúrbios metabólicos causados pelo aumento do nível de glicose sanguínea ou hiperglicemia, devido à falta de insulina ou incapacidade desta de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo de carboidratos, lipídeos e proteínas (SBD, 2016).

O DM é classificado como sendo do tipo 1, resultante de um processo autoimune ou de forma idiopática, associado à destruição das células beta pancreáticas, produtoras de insulina, gerando a sua deficiência e levando a hiperglicemia. E, a DM tipo 2 é caracterizada pela resistência à insulina ou pela diminuição da secreção desta (SAMPAIO, 2017).

O diagnóstico laboratorial do DM baseia-se em três critérios: a glicemia casual, a glicemia em jejum e a glicemia após duas horas de sobrecarga de 75 gramas de glicose, quando superior a 200 mg/dL para o primeiro caso, 126 mg/dL (7 mmol/L) para o segundo caso e 200 mg/dL (11 mmol/L) para o terceiro (WHO, 2006; BARRETT, 2013).

A hemoglobina glicada (HbA_{1C}) é tida como padrão-ouro para o acompanhamento glicêmico de pacientes portadores de diabetes e reflete a glicose plasmática média dos últimos 2-3 meses, e é um critério de diagnóstico quando superior a 6,5% (ADA, 2015). A insulina regula a concentração glicêmica, por induzir a captação e o metabolismo da glicose para os músculos e tecido adiposo, além de inibir a degradação de glicogênio, lipídeos e proteínas (BRUNTON et al., 2012).

A principal utilidade da determinação da insulina é a investigação das causas de hipoglicemia. A hipoglicemia ocorre devido ao hiperinsulinismo, insulinoma, síndrome da insulina autoimune ou por fatores não mediadores da insulina. Hipoglicemia é caracterizada por concentração plasmática de glicose $\leq 3,3 - 2,8$ nmol/l (quando inferior a 70 mg/dL) em adultos e $< 3,0 - 2,5$ nmol (quando inferior 60 mg/dl) em crianças (SBD, 2016).

2.2 Fisiopatologia da diabetes mellitus

4611

Além das funções digestivas, o pâncreas secreta dois hormônios importantes, a insulina e o glucagon. O pâncreas é composto por dois tipos principais de estruturas: os ácinos, que secretam sucos digestivos para o duodeno e as ilhotas de Langherans, que secretam insulina e glucagon diretamente para o sangue. A ilhota de Langherans do ser humano contém três tipos principais de células, alfa, beta e delta.

As células betas secretam insulina, as células alfas secretam glucagon e as células delta secretam somatostatina, cujas funções mais importantes não foram totalmente esclarecidas. A função básica da insulina é a ativação dos receptores das células - alvo e os consequentes efeitos celulares. O principal efeito celular da insulina é o de tornar as membranas celulares altamente permeáveis à glicose (GUYTON; HALL, 2006).

Logo após uma refeição rica em carboidratos, a glicose que é absorvida pelo sangue causa uma rápida secreção de insulina. Esta, por sua vez, promove a captação, o armazenamento e a rápida utilização da glicose por quase todos os tecidos corporais, mas especialmente pelos músculos, pelo tecido adiposo e pelo fígado (GUYTON; HALL, 2006).

Quando os músculos não estão sendo exercitados durante o período subsequente a uma refeição e ainda assim a glicose está sendo transportada em abundância para as células musculares, a maior parte da glicose é armazenada sob a forma de glicogênio muscular que pode ser utilizado posteriormente para fins energéticos.

De todos os efeitos da insulina, um dos mais importantes é fazer com que a maior parte da glicose absorvida após uma refeição seja quase imediatamente armazenada no fígado, sob a forma de glicogênio (GUYTON; HALL, 2006). Assim, o fígado remove glicose do sangue quando ela está presente em excesso após uma refeição e a devolve ao sangue quando sua concentração sanguínea cai entre as refeições.

O cérebro é muito diferente da maioria dos outros tecidos do corpo, na medida em que nele a insulina exerce pouco ou nenhum efeito sobre a captação ou a utilização da glicose. Em vez disso, as células cerebrais são permeáveis à glicose e podem utilizá-la sem a intermediação da insulina. As células cerebrais são muito diferentes da maioria das outras células do corpo, na medida em que normalmente utilizam apenas glicose para fins energéticos (SBD, 2016).

Por esta razão, é essencial que o nível sanguíneo de glicose seja sempre mantido acima de um nível crítico. Quando a glicemia efetivamente cai em demasia, ocorrem sintomas de choque hipoglicêmico, caracterizado por irritabilidade nervosa progressiva que leva a desfalecimento, convulsões e mesmo coma.

4612

Todos os aspectos da degradação e utilização da gordura para fornecimento de energia experimentam grande incremento na ausência de insulina. A concentração sanguínea de glicose e a secreção de insulina possuem uma relação de feedback. Quando a glicemia aumenta, a secreção de insulina aumenta rapidamente.

O glucagon exerce várias funções opostas às da insulina. A mais importante delas é seu efeito de aumentar a concentração sanguínea de glicose. A injeção de glucagon purificado num animal produz intenso efeito hiperglicêmico. Os dois principais efeitos do glucagon sobre o metabolismo da glicose são a decomposição do glicogênio hepático (glicogenólise) e o aumento da gliconeogênese.

O aumento da glicose sanguínea inibe a secreção de glucagon, em pessoas normais, a concentração sanguínea de glicose é mantida dentro de limites muito estreitos, em geral na faixa de 80 a 90 mg/dl de sangue quando em jejum podendo chegar a 140 mg/dl após a

refeição. O fígado trabalha como um importante sistema tampão para a glicose (GUYTON; HALL, 2006).

O diabetes mellitus decorre da diminuição da secreção de insulina pelas células beta das ilhotas de Langerhans. A hereditariedade da geralmente uma contribuição importante para o diabetes. Ela faz aumentar a suscetibilidade das células beta aos vírus ou favorecendo o desenvolvimento de anticorpos autoimunes contra as células beta e, em outros casos, parece haver uma simples tendência hereditária para a degeneração das células beta (SBD, 2016).

A obesidade também contribui para o desenvolvimento do diabetes. A teoria do tratamento do diabetes se baseia na administração de insulina suficiente para possibilitar que o metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas fique tão próximo do normal quanto possível. Os pacientes diabéticos têm tendência muito forte ao desenvolvimento de aterosclerose, cardiopatia coronária grave e múltiplas lesões micro circulatórias (GROSS, et al. 2016).

2.3 Classificação etiológica do diabetes mellitus

O diabetes mellitus é a síndrome defeituosa de carboidratos, lipídeos e proteínas, causado tanto pela ausência de secreção de insulina como pela diminuição da sensibilidade dos tecidos à insulina. Existem dois tipos gerais de diabetes mellitus (SBD, 2016).

- O diabetes tipo 1, também chamado de diabetes mellitus dependente de insulina (DMID), é causado pela ausência de secreção da insulina;
- O diabetes tipo 2, também chamado de diabetes mellitus não dependente de insulina (DMNID), é inicialmente causado pela diminuição da sensibilidade dos tecidos-alvo ao efeito metabólico da insulina. Essa sensibilidade reduzida à insulina é frequentemente chamada de resistência insulínica.
- Outros tipos específicos de diabetes mellitus;
- Diabetes mellitus gestacional;

2.3.1 Diabetes mellitus tipo 1

Acomete cerca de 5 a 10% dos portadores de DM, e geralmente tem início em indivíduos com menos de 30 anos de idade, entretanto pode acometer pessoas em qualquer faixa etária. Ocorre devido à destruição das células beta do pâncreas, geralmente por

processo autoimune, determinada forma autoimune tipo 1A, ou, de forma menos frequente, por causa desconhecida, determinada forma idiopática tipo 1B (GROSS, *et al.* 2016).

2.3.2 Diabetes mellitus tipo 2

É a forma mais comum de DM, acometendo cerca de 90% dos pacientes diabéticos, e resulta da deficiência da secreção de insulina ou de sua ação, podendo culminar em um aumento da produção hepática de glicose, decorrentes dessas alterações em torno da insulina. A predisposição para ocorrência de DM tipo 2 está interligada entre fatores genéticos e ambientais, onde o estilo de vida é um dos fatores principais para o seu desencadeamento (CHAVES; ROMALDINI, 2002).

A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura. Em geral, mostram evidências de resistência à ação da insulina e o defeito na secreção de insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Em alguns indivíduos, no entanto, a ação da insulina é normal, e o defeito secretor mais intenso (SBD, 2016).

Geralmente seu desenvolvimento é lento, sobretudo nas fases iniciais da doença, o que faz com que essa forma de diabetes permaneça por muitos anos sem diagnóstico, devido ao desenvolvimento gradativo da hiperglicemia e a ausência de sintomas característicos. Isso potencializa as chances de gravidade da doença, uma vez que o diagnóstico geralmente é tardio (GROSS, *et al.* 2016).

4614

2.3.3 Outros tipos específicos de diabetes mellitus

Alguns tipos de DM são menos frequentes e podem ser desencadeados por doenças ou uso de alguns medicamentos. Entre outros fatores desencadeadores do DM, poderíamos incluir: pancreatectomia (retirada do órgão pâncreas), doença pancreática, infecções e endocrinopatias: distúrbios da adeno - hipófise, suprarrenal, células alfa das ilhotas de Langerhans, dentre outros.

Pode-se afirmar ainda que entre os medicamentos, o uso de corticoides, diuréticos (hidroclorotiazida) e betabloquadores (propranolol) em doses elevadas podem estar ligados ao desencadeamento de diabetes. Então, a partir destas considerações, amplia-se o conhecimento sobre o uso dessas medicações, avaliando seus riscos desde já, além do mais, são drogas muito usadas atualmente, pois são fornecidas pelo Sistema Único de Saúde - SUS (BARRETT, 2013).

Atualmente, tem-se dado ênfase a 2 categorias específicas de diabetes: diabetes do adulto de início no jovem (*Maturity Onset Diabetes of the Young - MODY*) e diabetes LADA. O tipo MODY engloba um grupo heterogêneo de diabetes sem predisposição para a cetoacidose e sem obesidade, com hiperglicemia leve, com início antes dos 25 anos de idade e com várias gerações de familiares com diabetes, configurando uma herança autossômica dominante.

Usualmente, estes pacientes exibem um defeito de secreção de insulina relacionado a mutações em genes específicos. Estima-se que este tipo de diabetes seja responsável por cerca de 1 a 5% dos casos de diabetes (BARRETT, 2013). A diabetes autoimune latente do adulto (LADA) é uma doença autoimune (DAI), caracterizada pela deficiência de insulina por destruição progressiva dos ilhéus pancreáticos.

É a forma mais prevalente de diabetes autoimune de aparecimento no adulto. Pode ocorrer em 2 a 12% dos doentes diagnosticados com diabetes mellitus tipo 2 (DM₂). Os indivíduos com LADA representam um grupo heterogêneo de doentes com títulos variáveis de anticorpos, índice de massa corporal (IMC) e progressão para insulinoterapia (SBD, 2016).

O diagnóstico baseia-se nos critérios propostos: idade inferior a 50 anos ao diagnóstico; presença de sintomas agudos, IMC < 25 kg/m², história pessoal ou familiar. A presença de pelo menos duas destas características clínicas tem uma sensibilidade de 90% e uma especificidade de 71%, na identificação de doentes com LADA (SBD, 2016).

2.3.4 Diabetes gestacional

É a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, geralmente se resolvendo no período pós-parto, mas retornando anos depois em grande parte dos casos. Representa riscos tanto para a mãe quanto para o bebê, e a probabilidade de que as mulheres que desenvolveram DG se tornem diabéticas futuramente são consideráveis (SBD, 2016).

Os fatores de risco associados ao diabetes gestacional são semelhantes aos descritos para o diabetes tipo 2, incluindo, ainda, idade superior a 25 anos, ganho excessivo de peso na gravidez atual, deposição central excessiva de gordura corporal, baixa estatura, crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal (SBD, 2016).

2.4 Aspectos relacionados à atenção primária de saúde na prevenção ao diabetes

A partir de 1990, no Brasil foram implementadas as políticas de Atenção Primária à Saúde. Em suas diretrizes foram acrescidos princípios citados na Conferência da Alma-Ata, abordando a importância do atendimento nos territórios pautada no conhecimento, análise e definição dos problemas das populações em seus domicílios, levantados por meio do diagnóstico situacional de saúde (TEIXEIRA; VILAS BÔAS, 2014).

Atenção Primária à Saúde tem como atributos a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação, e como atributos derivados a orientação familiar e comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2002). Para Barrett (2013):

A Atenção Primária em Saúde é reconhecidamente um componente-chave dos sistemas de saúde. Esse reconhecimento fundamenta-se nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde

Corroborando, Mendes (2011) aborda que a Atenção Primária à Saúde para pessoas que necessitam de acesso e cuidados continuados como medicação, educação em saúde, aconselhamento e acompanhamento longitudinal durante toda a vida, pode ser muito resolutiva.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) a Estratégia de Saúde da Família (ESF) estrutura as ações no nível primário com implantação de equipes multidisciplinares em unidades básicas que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias de uma área geográfica delimitada.

O Ministério da Saúde em sua publicação liga que as equipes da Estratégia de Saúde da Família desenvolvem as intervenções com enfoque coletivo e individual, considerando-se a realidade do usuário e a atenção integral à saúde. Ocorre a aproximação da equipe com a comunidade e destaca a importância do vínculo nas ações de saúde, visando transformar o enfoque tradicional embasado no modelo biomédico. As equipes realizam ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação das doenças e agravos mais prevalentes, como é o caso das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2011).

O processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família nas últimas duas décadas proporcionou diversos avanços relacionados aos cuidados em saúde da população, na medida em que possibilitou uma postura mais ativa da equipe de saúde no território,

ampliou o conhecimento dos profissionais a respeito da situação de saúde da população adscrita permitiu o acompanhamento longitudinal das pessoas vinculadas e o desenvolvimento de ações de educação em saúde, entre outros (CONILL, 2008; BRASIL, 2011).

Entre as DCNT, a Diabetes Mellitus é considerada uma epidemia mundial e um grande desafio para os sistemas de saúde a adesão do tratamento, a prescrição de medicamentos e alterações no estilo de vida do paciente que exige um monitoramento constante (MARTINS, 2014). Segundo WHO (2016), prevenção primária se estabelece a partir de um regime alimentar saudável e atividade física regular que atendam às necessidades de atenção à doença.

A prevenção secundária inclui diagnóstico precoce e tratamento certo, abrangendo o controle do diabetes reduzindo substancialmente o risco das complicações da doença. Em acordo com o Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada; e com a Portaria nº 2.436, de 21/09/17, Ministério da Saúde, §1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

4617

Todo usuário deve ser inserido na rede de atenção à saúde, pela unidade básica de atenção primária à saúde, onde será acolhido e avaliado pelo médico generalista e assim ter seu acompanhamento iniciado e se necessário, encaminhado às referências. De acordo com a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, 2012) e a Unidade Básica:

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

Medina *et al.* (2014) explanam sobre às inovações propostas para o trabalho dos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família, destaca-se a inserção de práticas de promoção da saúde, tanto em sua dimensão individual como coletiva. Propõe também a realização de ações educativas em saúde direcionadas a motivação dos pacientes e familiares para aquisição de comportamentos, hábitos e estilos de vida saudáveis mediante a participação das equipes em ações intersetoriais voltadas para intervenções sobre

determinantes sociais que interferem na qualidade de vida da população adscrita as unidades de saúde.

De acordo com Gonçalves *et al.* (2014) vários fatores são impeditivos para uma certa assistência à saúde no que tange a atenção primária de acordo com a realidade do país: precário funcionamento dos mecanismos de referência e contra referência; no desconhecimento dos profissionais da AB quanto aos fluxos de acesso aos demais pontos de atenção.

Em déficits na formação das equipes, falta de compromisso de alguns profissionais no cumprimento das normas técnicas e com os resultados esperados; condições de trabalho precárias, incluindo a instabilidade dos vínculos trabalhistas, salários defasados, problemas na relação quantitativa de equipe/população e a falta de equipamentos e outros insumos.

3. METODOLOGIA

O presente trabalho de conclusão de curso consistiu em uma revisão bibliográfica de literatura. O uso desse tipo de pesquisa como fonte de evidência contém objetivos e materiais e métodos claramente explicitados, além de reunir grande quantidade de resultados de pesquisas clínicas, discutindo diferenças entre estudos primários que tratam do mesmo objeto. A abordagem escolhida foi a dedutiva, uma vez que utiliza a racionalidade e pressuposições para se chegar a um conhecimento que haja um resultado fidedigno da pesquisa. Com isso, o raciocínio da análise geral gera a conclusão através da lógica decorrente.

4618

Essa modalidade de pesquisa integraliza opiniões, conceitos de produções científicas distintas como artigos, teses, manuais, dissertações, monografias, livros. Os métodos de procedimentos serão realizados através de pesquisa bibliográficas. A população escolhida para esse estudo foi de textos, artigos, publicações, por reunir as características e objetivos da investigação, com população alvo em idosos com doenças crônicas.

Foram encontrados artigos sobre o tema proposto por esse estudo, a combinação dos seguintes descritores booleanos em Ciências da Saúde DeCS: Enfermagem “and” diabetes “and” Diabetes “and” enfermagem “and” Enfermagem “and” diabetes “and” tratamento; “and” enfermagem “and” diabetes; Enfermagem “and” assistência “and” diabetes “and”, nas bases de dados do Google acadêmico, Scielo, Lilacs e Pubmed, através de leitura prévia do resumo dos materiais coletados para averiguar sua adequação com a temática pretendida.

A amostragem utilizada nesse estudo é do tipo não probabilística sistemática que segundo o pesquisador será selecionado através da identificação dos descritores pré-estabelecidos, incluindo pesquisas qualitativas, quantitativas e teóricas na língua portuguesa, espanhol e inglesa publicados no período de 2010 a 2023.

Após a coleta das informações necessárias os dados foram avaliados para que a resposta do problema em questão apresentado por esse estudo fosse respondido e interpretado afim de se chegar ao resultado proposto, através de textos comparativos entre autores. Algumas limitações foram encontradas nesse estudo, a saber: poucos estudos a respeito de processo ativo de morte e seus cuidados em idosos; não há artigos suficientes com essa amostragem específica; dificuldades de encontrar artigos com recorte temporal estabelecido.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A enfermagem tem ampliado a sua área de atuação tanto no campo assistencial quanto administrativo das instituições. Rodrigues (2017) aponta que este profissional consegue aliar conhecimento científico e prático à flexibilidade e habilidade de para abordar os problemas do paciente no contexto familiar e social.

4619

A autora destaca que os cuidados em enfermagem frente ao Diabetes Mellitus visam promover assistência e cuidados ao paciente, a sua família e a comunidade de uma maneira geral, seja direta ou indiretamente, auxiliando e estimulando à uma nova adoção de estilo de vida e ao conhecimento para o controle dos níveis glicêmicos. Pinheiro (2016) afirma que o enfermeiro em sua condição de profissional de saúde tem a responsabilidade de prestar assistência nos níveis de necessidades do paciente de DM, desde o cuidado básico até o de alta complexidade, promovendo atendimento sistematizado para que o paciente não apresente outras complicações.

Medeiros *et al.* (2019) informam que tais aspectos são inerentes à enfermagem, enquanto prática social, que promove a saúde por meio do desenvolvimento de ações essenciais, desde as mais simples, como orientações sobre o uso da insulina, até as mais complexas, como prevenção de agravos e amputações, sempre voltadas para o bem-estar do paciente.

Os autores ainda destacam que o uso de insulina é essencial para que o paciente tenha o tratamento adequado às suas necessidades, portanto, o papel dos profissionais da

enfermagem é essencial para que as orientações adequadas quanto ao processo instrumental de técnica, aplicação e uso sejam passadas de forma correta estando sempre atentos a reações que possam surgir nesse intermédio.

Nesse sentido, a enfermagem, como uma prática assistencial voltada para a qualidade de vida do paciente, deve estar centrada nas intervenções que envolvem o desenvolvimento do autocuidado e a orientação familiar através de ações educativas pautadas no bom controle glicêmico e na avaliação contínua dos membros inferiores (MEDEIROS, *et al.*, 2019).

O enfermeiro tem participação importante no que se refere aos aspectos de fatores de risco que estão associados ao DM, prestando maior atenção aos fatores relacionados aos membros inferiores, em destaque aos pés. Sua intervenção com prática assistencial está direcionada em promover qualidade de vida aos seus pacientes (MALFACINI, 2016).

O enfermeiro pode promover educação em saúde para que o paciente e seus familiares acompanhem todo o processo que envolve o autocuidado e tratamento para que os fatores de risco sejam diminuídos e ainda, podendo detectar o pé diabético. As atividades educativas têm um importante papel no tratamento das doenças crônicas.

Mais do que transmitir orientações sobre uma doença com a qual o indivíduo deverá conviver por toda a sua vida cabe à equipe auxiliar o usuário na adequação do seu cotidiano, ou mesmo o de toda família, a diferentes hábitos de vida, necessários ao controle dos parâmetros vitais normais do usuário (OLIVEIRA, 2019).

Medeiros *et al.* (2019) e Oliveira (2019) concordam em suas pesquisas que a atuação do enfermeiro no enfrentamento das possíveis complicações do DM por meio da educação em saúde se mostrou peça importante para que as complicações se distanciem cada vez mais do paciente diabético. O profissional tem competência para auxiliar nas complicações que envolvem fatores renais promovendo estímulos a mudanças para hábitos saudáveis e ao acompanhamento medicamentoso e não medicamentoso após ser diagnosticado.

De acordo com os pesquisadores, as ações de assistência prestadas pelo enfermeiro ao paciente com DM promovem práticas de autocuidado e conscientização aos hábitos que devem ser incorporados no dia a dia, entendendo que o processo de tratamento é gradual e que carece de ações educativas de autocuidado e autoconhecimento que proporcionam maior qualidade de vida e saúde ao paciente e maior tranquilidade às famílias.

Outra ferramenta importante para desenrolar o cuidado integralizado dos enfermeiros e para facilitar a inclusão de intervenções educativas de autocuidado é o registro

sistemático de enfermagem, que contém informações essenciais para a evolução do tratamento dos pacientes.

Outro âmbito do cuidado de enfermagem ao Ser diabético é a valorização do cuidado humanizado, que priorize o ouvir, o dialogar, o compreender e o orientar estas pessoas sujeitas a ansiedades, medos e expectativas de recuperação ou incapacidade geradas em decorrência das complicações inerentes a esta doença (MEDEIROS *et al.*, 2019).

Conforme os pesquisadores o cuidado humanizado promovido pelos profissionais da enfermagem em relação aos pacientes com diabetes evidencia que o tratamento dispensado a esses indivíduos os considera como um ser social em sua totalidade, em que merece respeito e cuidados conforme suas necessidades. O autor Oliveira (2019) explica que o cuidado humanizado consiste na construção de um relacionamento terapêutico paciente-enfermeiro para motivar, prestar informações e orientações eficientes, abertura para o diálogo, gentileza ao tocar o paciente, se mostrar disponível para dirimir dúvidas e responder questionamentos.

Nocelli (2016) ressalta que essa atenção prestada promove ao paciente segurança e tranquilidade ao realizar seu tratamento, o atendimento humanizado precisa estar intrínseco as ações dos profissionais de enfermagem considerando que os seus pacientes chegam com expectativas, medos, insegurança, dúvidas e muitas vezes o contato com profissional preparado tanto na teoria quanto na prática evidencia um atendimento e tratamento de qualidade que fará diferença positiva na vida de ambos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura consultada nos mostra a importância do papel do enfermeiro na prevenção e no tratamento das doenças crônicas como à diabetes. O objetivo do trabalho do enfermeiro na atenção básica é a prevenção e o controle dos fatores de risco porque reduz as incidências dessa doença e diminui as internações bem como previne as complicações. Sabe-se que a prevenção é a melhor maneira de evitar complicações em relação a qualquer doença ou agravo em saúde. Portanto, a pesquisa evidenciou que o enfermeiro exerce muito mais que a função de cuidar.

Ele atua diretamente na educação em saúde da população, por meio da prevenção e promoção. Com relação à problemática do artigo, fica claro o quão importante é a atuação do enfermeiro para à prevenção, controle e tratamento da diabetes mellitus, uma vez que o sucesso do tratamento está relacionado ao modo de vida dos pacientes.

A atuação do enfermeiro é a melhor estratégia para aumentar a adesão e tentar atingir as metas de tratamento, com vistas na redução da morbimortalidade dessa condição. Assim, apesar das dificuldades relacionadas à complexidade que envolve no controle do diabetes mellitus, os programas de controle de saúde devem conter ações individuais e de assistência e ações de abrangência coletiva, direcionadas à promoção da saúde, a fim de provocar impacto educacional e promover resolutividade.

Então, através da avaliação de enfermagem, o enfermeiro consegue diminuir os riscos do agravamento da patologia por meio de orientações sobre autocuidado, controle glicêmico, acompanhamento de rotina do estado clínico, manter a pele hidratada, o uso adequado da insulina e o estímulo da prática de atividades físicas, entre outras.

Todas as orientações são simples, todavia essenciais para o sucesso do tratamento e a melhora da qualidade de vida dos pacientes, evitando que esse distúrbio metabólico possa evoluir para um estágio mais grave. E através da enfermagem os pacientes possam adaptar seu cotidiano à condição crônica da doença e desenvolvam hábitos autônomos e estilo de vida saudável.

Consideramos que uma assistência sistematizada, adequada e especializada é proveitosa ao paciente, conseqüentemente, com um resultado direto na redução e reabilitação de comorbidades, além da diminuição dos gastos públicos com internações e tratamentos.

4622

REFERÊNCIAS

BARRETT, T. **Type 2 diabetes mellitus: incidence, management and prognosis**. *Pediatric and Child Health*, v. 23, n. 4, p. 163-167, 2013.

BRASIL. Portal da Saúde SUS. **Como funciona? Equipe de Saúde da Família**. 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf>. Acesso em: 01 Abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

CHAVES, J.; ROMALDINI, J. **Glico-Hemoglobina (HbA_{1c}): Aspectos Clínicos e Analíticos.** Arq Bras Endocrinol Metab. Agosto. vol 48 nº 4, 2004.

CONILL, E. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, 24(Supl. 1), 2008. s7- s16.

FAEDA, A.; LEON, C. **Assistência de enfermagem a um paciente portador de Diabetes Mellitus.** Rev. bras. enferm. vol.65, n.5, pp. 758-766, 2006.

GONÇALVES, C.R. et al. **Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde.** Saúde debate. 2014; 38:26-34.

GROSS, J. et al. **Diagnostico, classificação e avaliação do controle glicêmico.** Arq. Bras. Endocrinol. Metab. v. 48, n. 7, fevereiro, São Paulo, 2019.

GROSS, A. et al. **Características da Dieta nas Diferentes Fases da Evolução do Diabetes Mellitus Tipo 1.** Arq Brás Endocrinol Metab, v. 52, n. 2, p. 250-259, 2016.

GROSSI, S.; PASCALI, P. **Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus.** Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica, 2009.

GUYTON, J.; HALL, H. **Determination of phenylalanine in blood by high-performance anion-exchange chromatography-pulsed amperometric detection to diagnose phenylketonuria.** Journal of Chromatography A, Amsterdam, v. 1216, p. 5709-5714, 2006.

4623

MALFACINI. L. **Diabetes Mellitus: fatores de risco, prevenção e tratamento.** Trabalho de Conclusão de Curso. Laureate International Universities, Rio de Janeiro. 2016.

MARTIN, M. **A importância do controle e tratamento do Diabetes Mellitus na unidade de Saúde.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) UFMG, 2014.

MEDEIROS, P. et al. **Processo de cuidar do portador de diabetes mellitus: revisão integrativa da literatura.** Comun. ciênc. saúde;24(3):251-258, jul.- set. 2019.

MEDINA, M.; **Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?** Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 38, p. 69-82, Out, 2014.

MENDES, E. **As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 38, p. 69-82, Out, 2011. Disponível em: < <http://www.saude.rj.gov.br/docman/atencao-a-saude/7980-redes-de-tencaomendes/file.html>>. Acesso em: 02 Abr. 2024.

NOCELLI. S. **Estudo do uso de medicamentos em pacientes crônicos portadores de diabetes mellitus tipo 2 atendidos na Fundação Instituto Mineiro de Ensino e Pesquisa em Nefrologia (IMEPEN).** Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia). Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora – MG. 2016.

OLIVEIRA, J. **Portador de diabetes mellitus tipo 2: mudança de hábitos para adesão ao tratamento.** Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade TecSoma. Paracatu – MG. 2019.

OLIVEIRA, M.; PEREIRA, I. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família.** Rev. bras. enferm. Brasília, v. 66, p. 158- 164, Sept. 2013 .

PINHEIRO, A. **Protocolo de cuidado farmacêutico a pacientes com diabetes mellitus na atenção primária à saúde.** Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia). Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora – MG. 2016.

RODRIGUES, K.; SANTOS, M. **Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde.** Rev. esc. enf. USP, vol. 45, n.4, 2011.

RODRIGUES, I. **Diabetes Mellitus: aspectos clínicos, farmacológicos e o papel da atenção farmacêutica ao paciente hospitalizado.** Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade Santa Emília e Centro de Consultoria Educacional. Recife - PE. 2017.

SAMPAIO, H.; SABRY, M. **Nutrição em Doenças Crônicas: Prevenção e Controle.** 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes sobre a diabetes mellitus.** São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

4624

TEIXEIRA, L; VILAS BOAS, S. **Comentário: Rodolfo Mascarenhas e a história da saúde pública em São Paulo.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 3-19, jan. 2006.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on diabetes.** Geneva: World Health Organization. 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf>. Acesso em: 02 Abr. 2024.