

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM

EDNA AMORIM FERNANDES

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO IDOSO PORTADOR DE
DIABETES MELLITUS EM UMA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA

NATAL/RN
2011

EDNA AMORIM FERNANDES

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO IDOSO PORTADOR DE
DIABETES MELLITUS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Monografia apresentada à Faculdade
Natalense para o Desenvolvimento do Rio
Grande do Norte, como requisito parcial
para obtenção do Grau de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Profª Dra. Izete Soares da
Silva Dantas Pereira

NATAL/RN
2011

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Fernandes, Edna Amorim

O papel do enfermeiro na assistência ao idoso portador de diabetes mellitus em uma unidade saúde da família / Edna Amorim Fernandes. – Natal, 2011.

45f.

Orientador: Izete Soares da Silva Dantas Pereira (Dra.)

Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Assistência – Monografia. 2. Enfermeiro – Monografia. 3. Diabetes Mellitus – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 616.379

BIBLIOTECA UNI-RN

616-083 F363p - RB: 38123 (M002237)

Título: O papel do enfermeiro na assistência ...

Autoria: Fernandes, Edna Amorim

2011, ex. 1

EDNA AMORIM FERNANDES

Depois de muito trabalho a DEUS, que estava presente em todos os momentos desta
sua vida, mas compensadora caminha
Por isso admirável Por maior incentivador para aqueles do bem e a quem dedico
este trabalho

A Monografia intitulada **O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA
AO IDOSO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS EM UMA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA** apresentada à Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do
Norte, foi considerada aprovada pela banca Examinadora, abaixo discriminada

Aos amigos Josivan e Marcia por toda ajuda.

Aprovada em: ____, ____, ____.

Profª Dra. Izete Soares da Silva Dantas Pereira
Orientadora-FARN

Profª Dra. Maria das Graças de Paiva Nicolete
Membro FARN

Profª Msc. Mariluce Oliveira de Araújo
Membro FARN

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho a DEUS, que esteve presente em todos os momentos desta sofrida, mas compensadora caminhada.

Ao meu admirável Pai, maior incentivador para escolha do título e a quem dedico esse trabalho.

À minha mãe, pelo apoio e ajuda.

Ao meu Filho pelo apoio, palavras de incentivo e ajuda.

À minha Admirável Mestra, Patroa e Amiga Sra. Noilde Ramalho (in memoriam), por me ajudar em todos os momentos em que precisei.

Aos amigos Josivan e Marcia por toda ajuda.

AGRADECIMENTOS

À Professora Dra Izete Soares da Silva por me aceitar como orientanda, e por assim, dividir parte do seu tempo comigo.

Ao meu amado Filho que me fez acreditar que conseguiria

*"A grandeza não consiste em receber honras,
mas em merecê-las." (Aristóteles)*

RESUMO

Os objetivos dessa pesquisa de campo, realizada em setembro de 2011 foram investigar a percepção dos idosos, com Diabetes Mellitus, acerca da assistência da Enfermagem recebida nas Unidades de Saúde da Família (ESF), considerando a doença, identificando as atribuições dos enfermeiros, avaliando a situação e a eficiência da assistência ao idoso do paciente. A amostra foi de 4 homens e 4 mulheres, carentes e com baixa escolaridade. Os resultados revelaram que: 63% não vão à ESF quando se sentem doentes; 75% consideram o atendimento dos enfermeiros bom, mas apenas 25% recebem visitas domiciliares; 82% desconhecem as sequelas da doença; apesar de 80% precisarem de insulina, 57% não a usam quando vão à ESF; 75% não fazem controle glicêmico regular; 62% não fazem dieta; 50% consideram os tratamentos caseiros, exercícios físicos e apenas 13% fazem exercícios semanais; 75 consideram que mais visitas domiciliares dos enfermeiros para administrar medicamentos, ajudar a melhorar sua qualidade de vida e 40% dizem que seria bom se fossem programas especiais para idosos, com lazer e organização. Quanto à atuação dos enfermeiros, ficou evidente que estão faltando na área educadora, uma vez que a adesão aos tratamentos não é boa e que a área curativa está prejudicada pela falta de visitas domiciliares, uma vez que a população carente e idosa, não consegue ir ao serviço de saúde.

"A grandeza não consiste em receber honras,
mas em merecê-las." (Aristóteles)

Palavras-chave: Enfermagem, Diabetes Mellitus, Unidade de saúde da família, idosos diabéticos.

RESUMO

Os objetivos dessa pesquisa de campo, realizada em setembro de 2011 foram investigar a percepção dos idosos, com Diabetes Mellitus, acerca da assistência de Enfermagem recebida nas Unidades de Saúde da Família (ESF), conceituando a doença, identificando, as atribuições dos enfermeiros, avaliando sua atuação e a influência da assistência na saúde do paciente. A amostra foi de 4 homens e 4 mulheres, carentes e com pouca escolaridade. Os resultados revelaram que: 63%, só vão à ESF quando se sentem doentes; 75% consideram o atendimento dos enfermeiros, bom, mas apenas 25% recebem visitas domiciliares; 62% desconhecem as sequelas da doença; apesar de 90% precisarem de insulina, 57% só a usam quando vão à ESF; 75% não faz controle glicêmico regular; 62% não faz dieta; 50% consideram as tarefas caseiras, exercícios físicos e apenas 13% faz exercícios semanais; 75 consideram que mais visitas domiciliares dos enfermeiros, para ministrar medicamentos, ajudaria a melhorar sua qualidade de vida e 49% dizem que seria bom se tivessem programas especiais para atendê-los, com lazer e orientação. Quanto à atuação dos enfermeiros, ficou evidente que estão falhando na área educativa, uma vez que a adesão aos tratamentos não é boa, e que até a área curativa está prejudicada pela falta de visitas domiciliares, uma vez que a população carente e idosa, não consegue ir regularmente à ESF; por dedução, chegou-se à conclusão que a atuação precária da enfermagem influencia, negativamente, o desenvolvimento da doença e não contribui para melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Enfermagem. Diabetes Mellitus. Unidade de saúde da família. Idosos diabéticos.

ABSTRACT

The objectives of this field research, conducted in September 2011 were to investigate the perception of older people with diabetes mellitus, about the nursing care received at the Family Health Units (ESF), conceptualizing the disease, identifying the responsibilities of nurses, evaluating its performance and influence on the health of the patient. The sample consisted of 4 men and 4 women, poor and poorly educated. The results showed that: 63%, only go to the ESF when they feel sick, 75% consider the service of nurses, good, but only 25% receive home visits, 62% are unaware of the consequences of the disease, while 90% need insulin 57% use it only when they go to ESF, 75% does not perform glucose control, 62% did not diet, 50% believe the household chores is physical exercise, and only 13% exercise weekly; 75% consider that more home visits of nurses for drug delivery, would help improve their quality of life and 49% say it would be nice if they had special programs to assist them with pleasure and guidance. Regarding the role of nurses, it was evident that they are failing in the educational field, since adherence to treatment is not good. In the healing area of assistance, there is also failure. For the lack of home visits, since the poor and elderly, can't go regularly to the ESF. By deduction, we reached the conclusion that the poor performance of nursing influence negatively the development of the disease and does not contribute to improve the quality of life of patients.

Keywords: Nursing. Diabetes Mellitus. Family Health Unit. Elderly diabetics.

LISTA DE SIGLAS

INTRODUÇÃO	10
DM - Diabetes Mellitus	11
1.1.1 Objetivo Geral	11
ESF – Estratégia Saúde da Família	12
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	12
2.1 ESTRUTURA DO PROJETO DE PESQUISA	12
IDDM - Diabetes <i>mellitus</i> insulino-dependente	13
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
NIDDM- não-insulinodependente	16
2.2 A ENFERMAGEM NO PROCESSO DE ENFERMAGEM	17
PSF – Programa Saúde da Família	17
3 DIABETES MELLITUS: CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO	18
SUS - Sistema Único de Saúde	18
3.1 CLASSIFICAÇÃO DO DIABETES MELLITUS TIPO I	18
3.2 FISIOPATOLOGIA DO DIABETES MELLITUS TIPO II	22
US- Unidade de Saúde	23
4 PAPEL DO ENFERMEIRO JUNTO AO IDOSO COM DIABETES	23
USF – Unidade Saúde da Família	24
5.1 CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA	24
5.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA	25
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA	25
5.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS	26
5.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	28
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICE A – Questionário	

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	OBJETIVOS.....	11
1.1.1	Objetivo Geral.....	11
1.1.2	Objetivos específicos.....	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1	ESTATUTO DO IDOSO E SEUS DIREITOS.....	12
2.2	O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E O CONCEITO DE IDOSO.....	15
2.3	FISIOLOGIA DO IDOSO.....	16
2.4	A ENFERMAGEM NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	17
3	DIABETES MELLITUS: CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO.....	19
3.1	FISIOPATOLOGIA DA DIABETES MELLITUS TIPO I.....	21
3.2	FISIOPATOLOGIA DO DIABETES MELLITUS TIPO II.....	22
4	O PAPEL DO ENFERMEIRO JUNTO AO IDOSO COM DIABETES.....	23
5	METODOLOGIA.....	24
5.1	CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA.....	24
5.2	LÓCAL E PERÍODO DA PESQUISA.....	25
5.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA.....	25
5.4	PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	26
5.5	COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	26
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	26
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
	REFERÊNCIAS.....	42
	APÊNDICE A – Questionário	

1 INTRODUÇÃO

Em face da dinâmica no processo de envelhecimento da população brasileira, e em razão do contínuo crescimento da população de idosos no Brasil, percebe-se que essa realidade constitui numa mudança de comportamento geral da sociedade brasileira. Tal concepção origina-se em razão da transição de uma situação de alta mortalidade e fecundidade, para uma de baixa mortalidade e gradualmente baixa fecundidade (CARVALHO, 2002).

Tal mudança no comportamento da sociedade configura-se num desafio para as autoridades sanitárias, bem como para os profissionais afins envolvidos no processo de promover qualidade de vida (saúde), especialmente na implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema.

Diante dessa realidade, o presente estudo tem em sua essência a preocupação em ampliar o conhecimento a cerca dos problemas que acometem o idoso, em especial o portador de diabetes, haja vista ser essa uma das patologias que está bastante presente no processo de envelhecimento e na fase conceituada como terceira idade. Abordando assim, a importância do papel do enfermeiro, pois este tem como função primordial aconchegar e promover a saúde do paciente com idade avançada, dando-lhe confiança, apoio, orientações, informações e também promovendo os cuidados com medicação, garantindo-lhe, assim, a qualidade de vida e bem estar de tais pacientes.

A importância desta pesquisa consiste em reconhecer a assistência prestada pela categoria profissional enfermeiro, na assistência ao idoso portador de Diabetes, bem como observar as relações daí estabelecidas em uma Unidade Saúde da Família, para que somando essa pesquisa, a outras já produzidas, possamos ampliar os horizontes no que tangencia ao idoso, ao diabetes e as relações estabelecidas entre os enfermeiros e os Idosos, favorecendo uma melhor qualidade na assistência e, por conseguinte, favorecendo a promoção da qualidade de vida dos idosos.

Visando minimizar as complicações através do tratamento, controle, diagnóstico precoce e prevenção do diabetes mellitus o Ministério da Saúde possui estratégias efetivas que se fundamentam nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no qual possui um conjunto de ações de promoção, prevenção, detecção pela vigilância epidemiológica e recuperação da saúde todas estas, pactuadas, articuladas e executadas pelas três esferas de governo: federal, estadual e municipal, além de outras responsabilidades que compete ao Sistema único de Saúde e se encontra disposta na Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990).

Segundo o Ministério da Saúde as ações de assistência prestada a esses pacientes são por meio da rede básica de saúde que tem como estratégia prioritária a saúde da família. Compete ao enfermeiro realizar assistência integral as pessoas e famílias na unidade de saúde da família (ESF) e, quando indicado ou necessário no domicílio ou nos demais espaços comunitários; realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, entre outras atribuições (BRASIL, 2006).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Investigar a percepção dos idosos portadores de Diabetes Mellitus, acerca da assistência desenvolvida pelos Enfermeiros nas ações com pacientes portadores de Diabetes.

1.1.2 Objetivos específicos

- ✓ Caracterizar a diabetes mellitus
- ✓ Avaliar o papel do enfermeiro na assistência aos idosos portadores de diabetes mellitus;
- ✓ Observar de que forma a Enfermagem contribui para o controle e tratamento dos portadores de diabetes mellitus

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ESTATUTO DO IDOSO E SEUS DIREITOS

Para falar sobre a assistência ao idoso, pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, faz-se necessário esclarecer que além da subjetividade da assistência, o idoso possui direitos definidos em lei. Na Constituição Federal do Brasil, existem leis que articuladas tendem a oferecer qualidade de vida ao idoso quanto aos seus direitos e atribuições. Pode-se dizer que a História dos Direitos Especiais aos Idosos no Brasil começou praticamente a partir da Lei nº 10.741/03, conhecida popularmente como Estatuto do Idoso, em que esta entrou em vigor em janeiro de 2004 (BRASIL, 2003).

É importante observar que se trata de uma lei, muito mais abrangente do que a chamada Política Nacional do Idoso que foi implantada através da Lei nº 8.842/94. O novo estatuto determina inúmeros benefícios e garantias à terceira idade, além de instituir penas severas para quem desrespeitar ou abandonar cidadãos idosos, sejam masculinos ou femininos (BRASIL, 1994).

Anteriormente ao Estatuto do Idoso ora vigente, pode-se caminhar pelo que de mais relevante tem acerca desta legislação voltada para o Idoso, para que

em cima deste, se possa perceber o quanto se avançou o atual Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

A partir do Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996, que regulamenta a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências:

O art. 2º e os incisos I, II e IV, referem sobre o direito do idoso a cidadania, a dignidade o direito à vida que todo o ser humano deve ser respeitado, sem distinção seja pela cor, raça, faixa etária, sexo enfim entre outras discriminações.

O art. 3º, no parágrafo único, declara que todo o idoso tem o direito de asilar é um dever do estado de abrigá-los tendo ou não condições financeiras.

No art. 4º, os incisos I, II, III e IV, referem-se à priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços que compete ao governo, estado, município de realizarem centro de convivência à 3ª idade para abrigá-los e desenvolver atividades aos mesmos, e assim priorizando o bem estar e até um aumento qualitativo da renda dos mesmos.

O art. 9º e os incisos I, II, III, IV, VII, VIII, IX, XI, XII, XIII, competem que é um dever do poder público desde federal, estadual e municipal de realizar um atendimento específico dos idosos nas unidades básicas de saúde – SUS, com uma equipe especializada em geriatria e gerontologia, tendo assim um atendimento de equidade, qualidade e humanizada.

Art. 15º parágrafo único, compete que os ministérios dentro da sua competência devem promover a capacitação de recursos humanos voltados para o atendimento ao idoso. Esse dispositivo merece destaque:

CAPÍTULO IV DO DIREITO À SAÚDE

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1.º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I - cadastramento da população idosa em base territorial;

II - atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III - unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

IV - atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;

V - reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.

§ 2.º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

§ 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei. (BRASIL, 1994, p.7).

Art. 17º parágrafo único, refere que o idoso tem o direito à assistência preventiva, protetiva e de recuperação por meio do Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 18º parágrafo único, compete que o idoso que não tiver condições de permanecer no asilo devido à enfermidade crônica e precisar de cuidados médicos deverá ser transferido a um hospital para este não vir a óbito e os demais conseqüentemente.

Outro fato que merece ser destacado aqui se refere à criação do conselho do idoso, criado pela Lei nº 218, de 26.12.91, o qual recebeu do estatuto os encargos de fiscalizar as entidades privadas prestadoras de serviços de assistência aos idosos. No dia 27 de setembro de 1997, foi criado o dia do idoso, com a Lei nº 1.479, de 17 de junho de 1997 (BRASILIA, 1997)

Diante da realidade da legislação brasileira, percebe-se que, do ponto de vista legal, o Idoso tem assegurado em Lei, uma assistência de qualidade, o que se percebe na prática é a dificuldade em materializar essas ações.

Nesse caso, em específico na promoção a saúde do Idoso, o enfermeiro tem papel importante, cabendo a ele os cuidados prioritários do cuidar.

2.2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E O CONCEITO DE IDOSO

Sabe-se, que é natural, que à maneira que o tempo vai passando o ser humano vai envelhecendo. Trata-se de um processo dinâmico, progressivo e inevitável, onde acontecem as mudanças morfológicas, bioquímicas, funcionais e psicológicas, ocasionando maior predisposição a processos patológicos que acabam levando a morte.

No Brasil, o IBGE (2002) estima que até 2025 15% da população total sejam de idosos, no entanto os cuidados específicos em relação à população idosa são precários, no que se diz respeito à saúde pública o aumento da população idosa traduz-se em maior número de doenças degenerativas, crônicas do sistema cardiocirculatório, respiratório, neuropsiquiátrico, digestivo e ósteo-articular.

De acordo com Carvalho (2002), pode-se dizer que o envelhecimento é um processo que apresenta algumas características: é universal por ser natural, não depende da vontade do indivíduo, todo ser nasce, cresce, desenvolve-se, envelhece e morre. A vida é um constante processo de modificações e a cada fase de seu desenvolvimento ocorrem transformações múltiplas acompanhadas de seus próprios desafios. É irreversível, apesar de todo o avanço da medicina em relação à descobertas e tratamentos das doenças, as novidades farmacológicas, o desenvolvimento de técnicas estéticas etc. Nada impede o processo de envelhecimento.

A Organização Mundial de Saúde considera idoso, nos países em desenvolvimento, os indivíduos com 60 anos ou mais. As alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes (CARVALHO, 2002).

2.3 – A FISILOGIA DO IDOSO

Para entender o processo de envelhecimento, assim como, melhor orientar as ações do Enfermeiro na assistência ao Idoso, torna-se indispensável, o conhecimento da fisiologia do idoso. De acordo com T. Filho e P. Netto (2005), o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo aonde o ser humano passa por várias alterações como morfológicas, funcionais e bioquímicas. Essas mudanças, por sua vez devem ser acompanhadas em seu desenvolvimento, para que se possa trabalhar melhor a prevenção dos agravos intrínsecos a essa fase no desenvolvimento humano.

Carvalho (2002) caracteriza o envelhecimento como sendo uma redução da capacidade de adaptação homeostática às situações de sobrecarga funcional. Assim, T. Filho e P. Netto (2005), afirma em seus estudos a cerca da fisiologia do idoso, que a terceira idade passa por alterações anatômicas e funcionais. Como a perda da estatura e peso, que por sua vez a altura mantém-se até os 40 anos. A partir dessa idade reduz-se à cerca de um centímetro por década até os 70 anos, quando a redução é provavelmente maior. Essa diminuição ocorre pelo fato das alterações osteoarticulares da coluna, caracterizada por achatamento das vértebras.

Em relação ao peso, esse, ocorre após os 60 anos de idade. Pelo fato de manter-se inalterado ou elevado, e se deve principalmente a perda, ou ao acúmulo de gordura. (T. FILHO; PNETO, 2005).

De acordo com T. Filho e P. Netto (2005) a composição corpórea altera-se com o desenvolvimento e o envelhecimento em ambos os sexos. A água é o principal componente, ela corresponde a 70 % do organismo na criança, no adulto jovem 60% e no idoso 52%. Essa diminuição do adulto jovem quanto ao idoso se deve pelo fato da diminuição celular.

Mediante o exposto, fica mais fácil de observar o idoso na sua integralidade fisiológica, e assim, melhor direcionar a assistência.

Identifica-se já na inspeção, que a pele já não possui a mesma elasticidade. Carvalho (2002) afirma que durante o envelhecimento todos os tecidos

do organismo sofrem alterações, variam de intensidade dependendo do indivíduo e do tecido, nota-se que em algumas pessoas essas modificações predominam em alguma parte do organismo ou em outras localizações.

Essas mudanças, também podem ser creditadas ao modo de vida das pessoas, bem como inúmeros fatores, sejam estes externos (moradia, trabalho, saneamento básico, entre outros), ou de origem hereditária e genética.

O colágeno é a proteína mais encontrada no organismo. Com o envelhecimento mais colágeno é formado, surgem ligações cruzadas na molécula e há maior resistência à ação da collagenase. Em consequência aumenta a rigidez dos tecidos e há maior dificuldade de difusão dos nutrientes dos capilares para as células e dos metabólitos das células para os capilares, o que ocasionaria deterioração progressiva da função celular (CARVALHO, 2002).

Segundo T. Filho e P. Netto (2005) o envelhecimento altera todo o sistema endócrino principalmente as glândulas hormonais, receptores hormonais e nas células alvo. O hormônio do crescimento é produzido pela hipófise tem um papel importante na ação proteica e na lipólise, estimula o crescimento tecidual, sendo o efeito mediado pelas somatomedinas produzidas no fígado sob sua estimulação. No envelhecimento os níveis basais de somatomedinas estão diminuídos sendo crescimentos em idosos durante seis meses, verificou após progressiva com a idade.

Também é importante salientar que devido às influências multifatoriais do envelhecimento, ocorrem no idoso, alterações nos reflexos de proteção e no controle do equilíbrio, prejudicando assim a mobilidade corporal.

2.4 A ENFERMAGEM NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

A Enfermagem na saúde do idoso tem o papel importante e fundamental não só do cuidar da doença ou incapacidade do idoso, mas desenvolver ações que

favoreçam a pessoa idosa a ter uma melhor qualidade de vida. O conhecimento do processo do envelhecimento é primordial para o planejamento de ações e melhor atender a pessoa idosa, assistir o idoso na promoção, proteção, tratamento e reabilitação da saúde incentivando o mesmo à longevidade, à independência e ao mais elevado nível possível de funcionamento do organismo levando-o ter satisfação em viver melhor (SALES; SANTOS, 2007).

Segundo Lima e Tocantins (2009), a assistência de Enfermagem, é uma ação praxica, que de acordo com a demanda da clientela pode também reconhecer uma dimensão não apenas biológica. Assim, a pessoa percebe suas necessidades demandando um tipo de ação de saúde que provoca satisfação em suas expectativas. Com este entendimento, os reflexos da assistência e do cuidado de Enfermagem podem ser analisados entre outros, pelo bem-estar sentido pelo idoso, qualidade de vida e, conseqüentemente, atender as necessidades não só de saúde, mas também no contexto biopsicossocial e espiritual.

Na Assistência de Enfermagem no processo de envelhecimento, faz-se necessária a busca de recursos possíveis de facilitar o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos idosos, como a solidão, a falta de alegria de viver, de entusiasmo, entre outras, traduzidas como vazio existencial e, de maneira, a resgatar a vontade de viver, a alegria de estar com os outros e a percepção de suas potencialidades (D'ALENCAR, 2008).

Paskuin (2006), diz que entender como os idosos percebem o processo de envelhecimento, atrelados à noção de qualidade de vida, permite aos enfermeiros pensar em estratégias de ações de saúde para além do processo saúde-doença.

De acordo com Korocolvas (2000), o relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente ocorre de diversas formas: através da motivação; de uma comunicação eficiente, ou seja, de um diálogo franco e aberto; de demonstrações de carinho pelo ato de tocar o paciente; pela disponibilidade em atender e explicar suas dúvidas e questionamentos; pelo simples sorriso, entre outras.

Além da promoção da confiança como fator de interação terapêutica o enfermeiro dispõe do toque como instrumento de aproximação de seu paciente. Segundo Korolcolvas (2000) diz que ato de tocar é sempre apontado como um tipo

especial de proximidade e toda a pessoa que toca transmite algo, mas também recebe alguma coisa em troca.

O conhecimento sobre o processo de envelhecimento, as diferenças e alguns problemas ou dificuldades que interfere na qualidade de vida do idoso, se faz necessário compreender as necessidades apresentadas pelos mesmos, pois é preciso ter o conhecimento pra poder distinguir o envelhecimento fisiológico do patológico e com isso melhorar a assistência de enfermagem de modo a contribuir para uma melhora na qualidade de vida (SOUZA; LOPES; BARBOSA, 2004).

3. DIABETES MELLITUS: CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO

Estima-se que no Brasil cerca de 5 milhões de indivíduos adultos com diabetes desconheça o diagnóstico e a doença será identificada, eventualmente, pelo aparecimento de uma de suas complicações (BRASIL, 2002).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde o número de portadores dessa doença era de aproximadamente 177 milhões no ano de 2000, com uma expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil são cerca de seis milhões de portadores a números de hoje e deve alcançar 10 milhões de pessoas em 2015. Um indicador macroeconômico a ser considerado, é que diabetes cresce mais em países pobres em desenvolvimento e isso impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para atividade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social (BRASIL, 2010).

No Brasil, os dados do estudo multicêntrico sobre a prevalência de diabetes (1987/89) demonstraram uma prevalência de 7,6% na população de 30 a 69 anos. Estudo recente, realizado em Ribeirão Preto (SP), demonstrou uma prevalência de 12% de diabetes nessa população. Outro importante dado revelado por esse estudo multicêntrico foi o alto grau de desconhecimento da doença, em que

46,5% dos diagnosticados desconheciam o fato de serem portadores de diabetes (BRASIL, 2002).

De origem multifatorial, o diabetes mellitus pode ser classificado em dois tipos: diabetes mellitus tipo I – ocorre devido à destruição das células β pancreáticas das ilhotas de Langerhans produtoras de insulina, conseqüentemente tem-se uma redução da produção de insulina e uma diminuição da captação da glicose pelas células. E o diabetes mellitus tipo II que decursa da resistência a insulina pelos receptores dos órgãos-alvos e redução da ação da mesma nos tecidos periféricos o que provoca um aumento compensatório da produção deste hormônio resultando na progressiva diminuição da tolerância a glicose (CORRÊA et. al, 2007).

A Diabetes Mellitus (DM), é uma complicação metabólica caracterizada por uma elevada taxa de glicose no sangue (glicemia > 200 mg/dl) acompanhada de sintomas por uma falta parcial ou total de insulina, essa doença tem importância para população idosa pela elevada incidência de ocorrência e pelo fato de acarretar complicações que contribuem para a diminuição da qualidade de vida dos idosos (COELI et al., 2002).

De acordo com Francisco et al. (2010,) o acelerado ritmo do processo de envelhecimento da população, tem levado a uma maior tendência ao sedentarismo e a inadequados hábitos alimentares, além de outras mudanças sócio comportamentais, contribuem para os crescentes níveis de incidência e prevalência do diabetes, bem como o número de mortalidade pela doença em idosos.

A perspectiva do empoderamento pela educação, para com o portador do diabetes, é vista como uma colaboração entre o profissional de saúde e o idoso com esta patologia, e visa à construção e reconstrução do conhecimento por parte deste, sobre a doença e suas conseqüências, de forma que este possa tomar decisões informadas acerca do cuidado de si, o que levará a um tratamento satisfatório, além transformar o idoso em um ser crítico e agente de mudança da sua própria realidade (COELI et al., 2002).

Gross (2002) conceitua o Diabetes como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina em exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com alterações no metabolismo de carboidratos, lipídeos e proteínas.

As consequências do Diabetes Mellitus (DM) em longo prazo incluem danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Com frequência, os sintomas clássicos (perda de peso anormal, polidipsia e poliúria) estão ausentes; porém, poderá existir hiperglicemia de grau suficiente para causar alterações funcionais ou patológicas por um longo período antes que o diagnóstico seja estabelecido (LONDRINA, 2006).

É importante observar que o Diabetes segundo a literatura apresenta duas classificações.

A classificação baseia-se na etiologia do DM, eliminando-se os termos "diabetes mellitus insulino-dependente" (IDDM) e "não-insulinodependente" (NIDDM), como indicado a seguir.

A DM tipo 1 Resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas e tem tendência à cetoacidose. Esse tipo ocorre em cerca de 5 a 10% dos diabéticos. Inclui casos decorrentes de doença auto-imune e aqueles nos quais a causa da destruição das células beta não é conhecida, dividindo-se em: imunomediado; idiopático. Já a **DM tipo 2** Resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e de deficiência relativa de secreção de insulina. O DM tipo 2 é, hoje, considerado parte da chamada síndrome plurimetabólica ou de resistência à insulina e ocorre em 90% dos pacientes diabéticos (BRASIL, 2002, p. 14).

3.1 FISIOPATOLOGIA DA DIABETES MELLITUS TIPO I

Nesse tipo de diabetes, o sistema auto-imune do organismo, por motivo ainda desconhecido, ataca as células β , das ilhotas de Langerhans do pâncreas, destruindo-as.

Quando isso ocorre os hormônios produzidos pelas ilhotas são suprimidos, dentre eles a insulina. Esse processo auto-imune levará ao Diabetes Mellitus tipo I. O paciente da DM-1 torna-se insulino-dependente, isto é, deverá tomar insulina para suprir a falta de produção do hormônio por seu próprio organismo (INZUCCHI, 2007).

A lesão das células beta é irreversível, e o tratamento da DM-1 destina-se a aliviar os sintomas, restaurar a euglicemia¹ e prevenir possíveis complicações agudas e crônicas que aumentam a morbidade e mortalidade da doença.

O DM-1 afeta indivíduos geneticamente susceptíveis e sua evolução é um lento processo de auto-agressão, que por fim se manifesta com o aparecimento de hiperglicemia e cetosidose quando as células secretoras de insulina já estão em número muito reduzido ou já não existem. É uma doença crônica, que manifesta-se em geral antes dos 20 anos de idade e mais frequentemente entre os 11 e 12 anos.

A evolução natural da doença passa pelos seguintes estágios:

- (I) pré-clínico: auto-imunidade dirigida contra as células-beta, com diminuição aguda e progressiva da resposta insulínica à glicose intravenosa ou oral; (II) início do diabetes clínico; (III) remissão transitória; (IV) diabetes associado a complicações agudas, crônicas e óbito (SESTERHEIM; SAIKOVITCH; STAUB, 2007)

3.2 FISIOPATOLOGIA DO DIABETES MELLITUS TIPO II

A etiopatogênese e a fisiopatologia do DM tipo II são complexas e envolvem componentes genéticos e ambientais que se inter-relacionam de maneira ainda pouco conhecida, o funcionamento inadequado ou diminuição dos receptores das células beta leva a uma resistência ou deficiência da insulina, a atuação das mesmas se dá pelo transporte de glicose para dentro desta. Nestes casos, a produção de insulina pode estar ou não normal, mas se os receptores não estiverem funcionando direito ou estão em pequenas quantidades, a insulina não consegue promover a entrada de glicose necessária para dentro das células, aumentando assim as concentrações da glicose na corrente sanguínea (BRUNNER; SUDDARTH, 2008).

Segundo Brunner e Suddarth (2008), a insulina é secretada por células beta as quais constituem um dos quatro tipos de células nas ilhotas de Langerhans

¹ Euglicemia: Níveis normais de glicemia no sangue. (ANAD – Associação Nacional de Assistência ao Diabético)

no pâncreas, a secreção da mesma aumentada, movimenta a glicose do sangue para o músculo, fígado e células adiposas. No DM tipo 2 há uma resistência a insulina e a secreção da mesma fica comprometida levando ao aumento dos níveis de glicose no sangue denominada hiperglicemia (glicemia em jejum de 100 a 125 mg/dl, refere resistência a insulina e em estado alimentado após 2 horas > 200 mg/dl refere *Diabetes Mellitus*).

A DM é uma doença metabólica caracterizada por um aumento anormal de glicose no sangue, a mesma é a principal fonte de energia do organismo, mas quando em excesso, pode trazer várias complicações à saúde, e o tratamento inadequado, causa doenças tais como infarto do coração, derrame cerebral, insuficiência renal, problemas visuais e lesões de difícil cicatrização as vezes chegando a amputação do membro infectado, dentre outras complicações as quais interferem diretamente na QV do idoso, uma vez que o mesmo se torna mais susceptível a incapacidades o que leva a dependência de outros (KITZMILLER DAVIDSON, 2001).

4 O PAPEL DO ENFERMEIRO JUNTO AO IDOSO COM DIABETES

4.1 CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA

Segundo Coeli *et al*(2002), as ações da equipe de saúde têm como meta atuar de forma integrada, mantendo um consenso no trabalho. Assim, é função do Enfermeiro, além de capacitar sua equipe de auxiliares na execução das atividades, realizar as consultas de Enfermagem, identificar os fatores de risco e de adesão, possíveis intercorrências no tratamento e encaminhar ao médico quando necessário. O diagnóstico precoce é de suma importância para o controle da doença.

A assistência de Enfermagem ao paciente portador de diabetes deve estar voltada a prevenção de complicações, avaliação e monitoramento dos fatores de risco, orientação quanto à prática de autocuidado. Sendo de competência do enfermeiro realizar a consulta de enfermagem, solicitar exames e realizar transcrição de medicamentos de rotina de acordo com protocolos ou normas técnicas

estabelecidas pelo gestor municipal, desenvolver estratégias de educação em saúde e fazer encaminhamentos quando necessário (GROSSI, 2009).

A enfermeira deve desenvolver atividades educativas para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade, procurar contribuir para a adesão do paciente ao tratamento. Assim como solicitar os exames determinados pelo protocolo do Ministério da saúde.

Grossi (2009) entende que o atendimento de enfermagem prestado ao cliente Idoso com Diabetes, deve estimular a sua autonomia e independência, com base em orientações do cuidado.

É necessário que já na consulta de Enfermagem, o enfermeiro deva buscar, estabelecer uma relação com o paciente, tendo como finalidade a prevenção e o controle de doenças e promoção da saúde, de preferência articulada a um trabalho educativo, fazendo com que o cuidado não se torne algo superficial e inefetivo, decorrente de uma negligência a patologia (GROSSI, 2009).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA

5 A METODOLOGIA

5.1 CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva de abordagem qualitativa e exploratória, pois pretende revelar fatos reais e atuais, dando-lhes interpretação subjetiva., conforme orientação de Silva e Menezes (2005).

O instrumento utilizado foi um questionário elaborado pelos pesquisadores, contendo perguntas fechadas e abertas com o objetivo de coletar informações que pudessem responder aos objetivos dessa pesquisa, especialmente

quanto ao papel que o enfermeiro desenvolve na assistência de enfermagem aos idosos portadores de *diabetes mellitus* e como o idoso percebe essa assistência.

O procedimento adotado foi a realização de entrevistas pessoais e privadas, com a população selecionada, no próprio local da pesquisa.

5.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Unidade de Saúde da Família do km 06, no bairro de Felipe Camarão, periferia de Natal/RN, durante o mês de Setembro de 2011.

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA

A população da pesquisa foi a totalidade dos idosos, acima de 60 anos de idade, diagnosticados com Diabetes Mellitus e cadastrados no programa do Hiperdia da Unidade de Saúde da Família, local dessa pesquisa, num total de 70 pessoas.

A amostra selecionada correspondeu à cerca de 11% da população num total de 8 pessoas, escolhidos em número de 4 homens e 4 mulheres, aleatoriamente.

5.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

Para a realização deste estudo, respeitaram-se as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, emanadas da Resolução nº 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, pelo que todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

5.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os questionários foram entregues a cada pessoa selecionada, a quem se informou o caráter privado e confidencial da entrevista, os objetivos da mesma, quem era o responsável e se solicitou a assinatura do TCLE.

Em seguida, foram oferecidas aos entrevistados duas opções: responder ao questionário independentemente, por escrito, ou às perguntas do entrevistador, ao que todos responderam ser esta a melhor opção, pois alguns tinham dificuldade de visão e outros de entendimento.

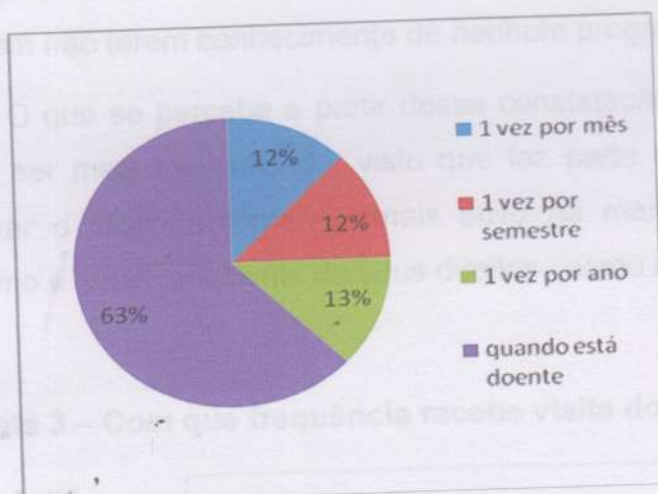
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para a realização da pesquisa foram feitas as 8 entrevistas planejadas, com os idosos selecionados, durante 3 visitas agendadas pelo pesquisador à Unidade de Saúde da Família selecionada, usando-se como guia o questionário. (Apêndice A).

O resultado apresentado pelas respostas ao questionário representa apenas uma parte do que foi apurado, uma vez que as perguntas deram origem a conversas informais mais esclarecedoras.

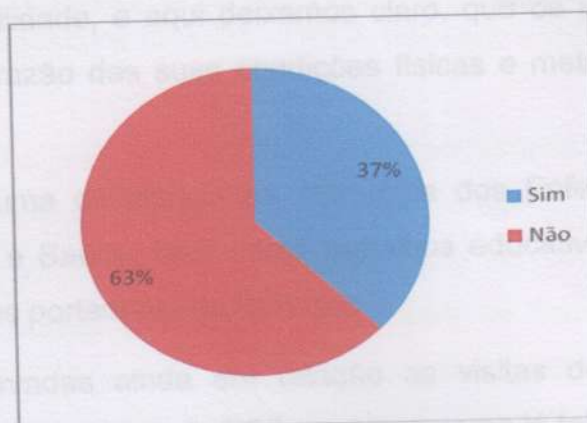
Dentre os entrevistados, 4 eram homens e 4 mulheres, todos estavam na faixa etária entre 65 e 80 anos; 2 eram viúvos, vivendo com filhos, 1 solteiro, morando sozinho e os demais, casados ou em união estável. Todos tinham renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos; 1 era analfabeto; 2 eram analfabetos funcionais, 3 terminaram o ensino fundamental; 1 terminou o 1º grau e 1 cursou um ano do ensino médio. Pelos dados coletados, conclui-se que a amostra é composta de pessoas carentes e com pouca escolaridade.

Pergunta 1 - Com que frequência vai à Unidade de Saúde da família (ESF) do bairro?



Fonte: pesquisa, 2011

Pergunta 2- Conhece algum programa da ESF que seja direcionado para o idoso?



Fonte: pesquisadora, 2011

Ao serem perguntados quanto ao conhecimento de algum programa que contemplasse os Idosos, 63% (sessenta e três por cento) dos pesquisados afirmaram não terem conhecimento de nenhum programa.

O que se percebe a partir dessa constatação é que o papel do Enfermeiro precisa ser mais intensificado, visto que faz parte de suas atribuições informar e incentivar o idoso a tornar-se mais ativo na manutenção de sua saúde, mais autônomo e mais consciente de seus direitos, como declara o Estatuto do Idoso.

Pergunta 3 – Com que frequência recebe visita domiciliar de enfermeiros?



Fonte: pesquisa, 2011

É dever ao enfermeiro da Estratégia da Saúde da Família, intensificar e promover políticas de inclusão. É seu dever fazer busca ativa quanto a aqueles em situação de vulnerabilidade, e aqui deixamos claro, que os idosos estão inseridos nesse contexto, em razão das suas condições físicas e metabólicas pertinentes a sua idade.

Observa-se uma deficiência na estratégia dos Enfermeiros em implantar ações de Promoção a Saúde, bem como trabalhos educativos que contemplem a assistência aos idosos portadores de Diabetes.

Foram observadas ainda em relação as visitas domiciliares, que é de responsabilidade de toda equipe da ESF, mas que como já foi exposto, o Enfermeiro tem papel de destaque por fazer parte da sua formação o cuidar.

Ao serem perguntados se os idosos recebiam visitas domiciliares, para ser observado o seu estado de saúde, as repostas foram as seguintes: 65 (sessenta e cinco por cento) responderam que não recebem em suas casas, visitas dos enfermeiros ou mesmo dos agentes de saúde, enquanto 35% (trinta e cinco por cento) responderam que recebiam visitas.

De acordo com Mattos (2001), a visita domiciliar é um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, seja ele assistencial ou educativa. É uma dinâmica utilizada nos programas de atenção à saúde, visto que acontecem no domicílio da família.

Segundo Souza, Lopes e Barbosa (2004), a visita domiciliar realizada na concepção proposta pelo ESF é um instrumento de integração entre o enfermeiro e o usuário. É nesse momento que o Enfermeiro tem os primeiros contatos com os usuários.

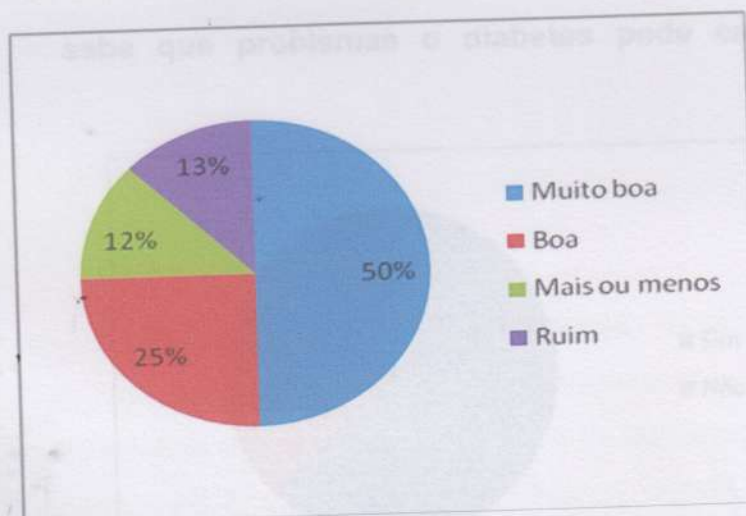
Ao perceber que nas respostas dos idosos em que 65% (sessenta e cinco por cento) afirmam não receber visita domiciliar, fica evidenciado que algo básico como as visitas domiciliar precisam ser mais frequentes e se intensificar mais pelo território de abrangência.

A visita domiciliar é um instrumento que possibilita à enfermeira identificar como se expressam, na família, as formas de trabalho e vida dos membros, quais padrões de solidariedade se desenvolvem no interior do universo familiar e como estes podem contribuir para o

processo de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros. Além de buscar a identificação desta situação familiar, a sua prática compreende ainda entender as funções sociais, econômicas e ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família na sociedade (SOUZA; LOPES; BARBOSA, 2004, p.3).

Dentro as atribuições dos enfermeiros norteadas pela portaria 648/06, estão: realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na ESF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da ESF (BRASIL, 2006).

Pergunta 4- Como avalia a atuação dos enfermeiros na visita ao posto e nas domiciliares?



Fonte: pesquisa, 2011

Apesar das insistentes queixas quanto a demoras para obter aprovação para exames, para agendar visitas aos médicos e quanto às dificuldades de locomoção e horários de atendimento, o atendimento do enfermeiro recebeu uma avaliação positiva, em que mais de 75% consideraram-na boa ou muito boa.

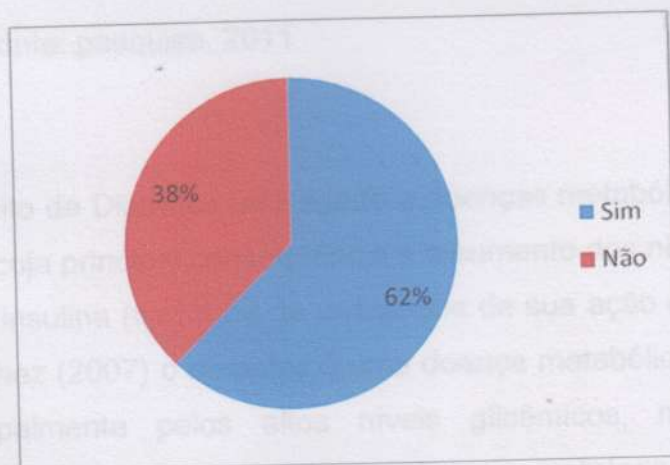
Durante a entrevista, pela fala dos entrevistados, ficou claro que a atenção em ouvir, o carinho no trato e a preocupação com a saúde, demonstrados pelos enfermeiros, foram elementos relevantes na avaliação. Nos depoimentos abaixo, os nomes foram atribuídos pela pesquisadora.

Como exemplo, o depoimento de *Leão*: "Sempre que eu venho, ela me trata bem e me examina todo, sempre repetindo que eu tenho que fazer dieta e ter cuidado para não me machucar".

Borboleta assim se expressa "os enfermeiros são bons. Eles cuidam dos meus pés doentes com cuidado e vivem dizendo para eu não comer as bobagens que eu gosto. Depois me dão remédios e dizem para eu tomar cuidado com cortes e não deixar de tomar a insulina".

Esse resultado, no entanto, vai além e demonstra que a tarefa educativa do enfermeiro está restrita à recomendação da dieta e dos remédios, o que na verdade, toma o aspecto de ação "curativa".

Pergunta 5 – sabe que problemas o diabetes pode causar quando não controlada.



Fonte: pesquisa, 2011

Mais uma vez, se evidenciam as falhas na atuação educativa dos enfermeiros. Apesar de se declararem conhecedores do assunto, com exceção da dificuldade de cicatrização de machucados e cortes e da síndrome do pé diabético, já vivenciado por 2 dos entrevistados, nenhum outro sintoma foi mencionado ou

reconhecido como consequência do descontrole metabólico provocado pela diabetes, como os problemas macrovasculares, nefro e neuropatias.

Quando a entrevistadora perguntou se achavam que seus problemas de visão poderiam ser devidos à diabetes, as respostas se resumiram na fala de Águia “*nós é veio. Tem que enxergá mal*”.

Pergunta 6 – Com que frequência faz uso de insulina?



Fonte: pesquisa, 2011

O conceito de Diabetes está ligado a doenças metabólicas que envolvem o ciclo da glicose, cuja principal consequência é o aumento dos níveis glicêmicos em virtude da falta de insulina (tipo I) ou da deficiência de sua ação (tipo II). Segundo o Benchimol e Sanchez (2007) o diabetes é uma doença metabólica sistêmica que se caracteriza principalmente pelos altos níveis glicêmicos, mas que afeta o metabolismo como um todo, inclusive das gorduras e proteínas. Seja por falta ou ineficácia, a insulina poderá desencadear outros males, devendo, portanto, receber atenção constante e responsável.

O que se constatou durante as entrevistas foi o uso inadequado desse medicamento, somente disponível quando o paciente se dirige à ESF, em geral quando percebe que “*há qualquer coisa errada*” ou nas raras ocasiões da visita domiciliar.

O que afirmou que toma uma vez por mês, é porque esta é a periodicidade de suas visitas à ESF.

O fenômeno, uso esporádico da insulina, que poderia ser percebido como um motivo para críticas ao serviço prestado pela ESF e também pelos enfermeiros, na verdade assume o papel contrário:

Fala de Rosa: *“É muito bom quando agente vem aqui e dão insulina pra nois. Me sinto logo meiô. Tão me cuidando...”*

Pergunta 7 – Com que frequência faz exames de controle de glicemia?

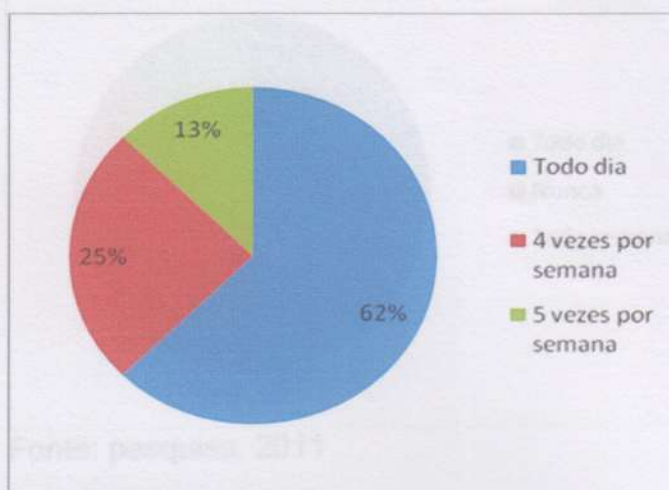


Fonte: pesquisa, 2011

A frequência dos exames foi um item bastante discutido nas entrevistas por dois aspectos. O primeiro porque os entrevistados não atribuem a ele um grande valor, considerando, simplesmente, que como já sabem que são diabéticos, não precisam ficar fazendo exames. O resultado desse pensamento se reflete no número de vezes em que o realizam... tantas quantas forem as visitas à ESF ou que receberem visitas domiciliares. O segundo aspecto é que o material para realização de exames em casa não está disponível para essa população, o que dificulta o monitoramento e controle da doença.

Para todos os efeitos, fazem o exame quando vão à ESF. Os que são dependentes de insulina são advertidos para irem todo mês, se estiverem se sentindo bem.

Pergunta 8- Com que frequência sai da dieta recomendada pelos médicos e enfermeiros?



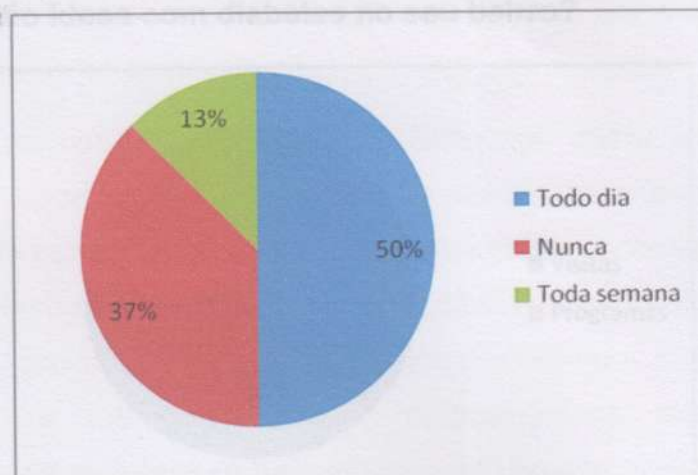
Fonte: pesquisa, 2011

Novamente se superpõem falhas nas políticas públicas e no exercício da função educativa dos enfermeiros.

No primeiro caso constata-se a ineficiência do Estado em propiciar aos cidadãos os meios de cuidar, adequadamente, de sua saúde. Num país em que a população de mias baixa renda sustenta-se, basicamente, de arroz, feijão, farinha e milho, torna-se difícil, ou até impossível, aderir às dietas menos ricas em carboidratos.

No segundo caso, chama-se atenção para o papel do enfermeiro que deve alertar para o controle das quantidades, já que a qualidade não é ideal, e para a prática de exercícios.

Outra providência, seria acionar outros membros da equipe assistencial, como o nutricionista, que poderia criar alternativas viáveis para a alimentação desses pacientes.

Pergunta 9. Com que frequência faz exercícios físicos?

Fonte: pesquisa, 2011

Nesse ponto surge, novamente, a realidade social como determinante ou forte influente do estado de saúde dos indivíduos.

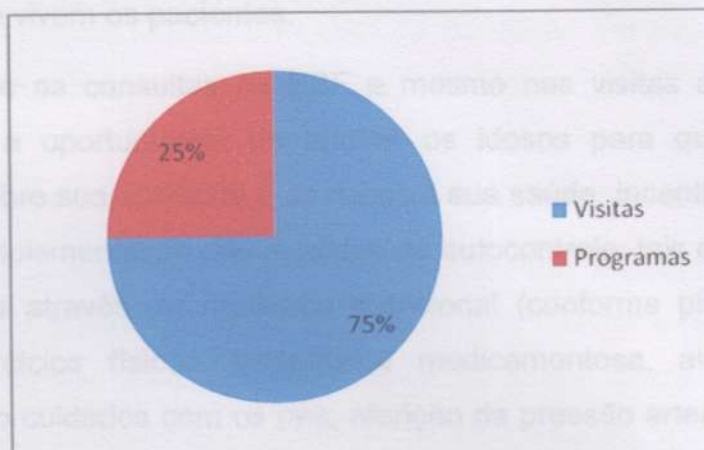
Clara assim se expressa: *"mesmo com essa idade (78 anos) eu ainda trabaio muito. Tomo conta de dois minino, limpo a casa, lavo a roupa, cozinho e tiro os mato do quintá". "Já é exerciço demais.."* Respostas parecidas vieram de 2 outras mulheres entrevistadas.

Carneiro (69 anos), ao contrário, revelou como dois outros entrevistados, a vida sedentária e monótona que está vivendo. *"num tem nada pra fazê. A construção e a lavoura num agüento mais, tô cansado e doente, só quero jogá carta e dormir na rede"*.

Quando a pesquisadora se referiu a exercícios físicos, tinha em mente: caminhadas programadas diárias, alongamentos e outros do tipo, mas o que encontrou foi a realidade do trabalho caseiro para as mulheres e longas horas de inatividade para os homens.

Esse quadro revelou a falta que faz a existência de programas de atividades de lazer para os idosos. Aos enfermeiros cabe informar onde podem desfrutar desse benefício, quando e o que devem fazer para participar, incentivando-os, além de explicar-lhes que a atividade física programada e constante ajuda a manter o controle da diabetes.

Pergunta 10- O que acha que poderia ser feito pára melhorar as condições de saúde da população idosa com diabetes no seu bairro?



Fonte: pesquisa, 2011

As respostas mais prevalentes foram, nessa ordem: visitas semanais domiciliares do enfermeiro, para ministrar remédios e ver se “*está tudo bem*” (6 pessoas) 75% e Programas especiais para idosos diabéticos na ESF ou na comunidade: dança, música, exercícios e cuidados (25%).

As opiniões alertam para a necessidade de uma atuação de enfermagem mais efetiva.

Em face ao exposto percebe-se, claramente, uma lacuna no tocante à assistência de Enfermagem, e aqui, em específico do enfermeiro, levando-se em consideração que as principais áreas de atuação da ESF, se concentram na Promoção da saúde e na Prevenção de doenças e agravos.

É importante observar que a ESF vem para romper com o modelo assistencial clínico, centrado na consulta médica, na supervalorização da rede hospitalar, na cultura da medicalização, na pré-consulta e na pós-consulta e, sobretudo no descompromisso e na falta de humanização nas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos em determinada área de abrangência, assim, a prática de ações educativas, deve ser uma ação constante por parte dos Enfermeiros nas ESF. (ANTUNES; EGRY, 2000).

Mesmo concordando que a ESF é resultante de um processo de transformação nas ações/práticas de saúde, onde o mesmo tem alcançado patamares positivos quanto a assistência aos usuários do SUS, não podemos negar

que ainda há muito o que fazer, especialmente no aumento do número de visitas domiciliares, que propicia acompanhamento mais efetivo, até pelo contato com o ambiente em que vivem os pacientes.

É durante as consultas na ESF e mesmo nas visitas domiciliares que o enfermeiro tem a oportunidade de educar os idosos para que eles obtenham conhecimento sobre sua condição e os riscos à sua saúde, incentivando a aceitação da doença e a implementação das medidas de autocontrole, tais como: controle dos níveis glicêmicos através de mudança nutricional (conforme pirâmide alimentar), prática de exercícios físicos, terapêutica medicamentosa, além das medidas preventivas como cuidados com os pés, aferição da pressão arterial regularmente e evitar maus hábitos, como alimentos ricos em gordura, tabagismo e etilismo. O enfermeiro deve informar ao paciente sobre a sintomatologia da hipoglicemia e hiperglicemia para o mesmo saber como agir diante dessas situações (GRILLO, 2005).

Para Grossi e Pascalli (2009) as mudanças comportamentais não podem ser impostas, o indivíduo deve reconhecer e compreender a necessidade das mudanças. É preciso que os profissionais de saúde fiquem atentos em relação às queixas ocultas e expressas, para que a decisão clínica seja compartilhada, de modo a fortalecer o vínculo profissional e cliente, peça chave para a aquisição e manutenção de atitude positiva frente à doença.

Na visita domiciliar, por exemplo, se exige do Enfermeiro uma comunicação eficaz para que haja um direcionamento correto da informação que será recebida pelo paciente. Durante a consulta é de grande importância a participação do assistido para o profissional entender a realidade do indivíduo e não querer impor-lhe a sua, saber ouvir e intervir com ações compreensíveis e humanizadas. A orientação de enfermagem a pacientes diabéticos implica em medidas que possibilite o indivíduo conviver melhor com a sua condição crônica, além do reforço para a percepção dos riscos à saúde e o desenvolvimento de habilidades para superá-los (PACE, et.al, 2006).

De acordo com Grillo (2005) a estratégia de educação em saúde, ajudar o paciente a conviver melhor com a doença; proporciona uma interação no qual o conhecimento de cada paciente é valorizado. As ações visam o controle metabólico,

que dependem de alimentações regulares e de exercícios físicos. Este autocontrole é uma forma do paciente torna-se co-responsável com o seu tratamento.

Segundo Trentini (2008), o modelo de educação em saúde que promove o empoderamento das pessoas está centrado não só no conhecimento profissional, mas também no conhecimento e nas experiências dos usuários e valoriza, sobretudo, a participação ativa das pessoas no controle de sua saúde.

A educação para o autocuidado compreende aspectos psicossociais e culturais, sendo de grande relevância para informar, motivar e proporcionar para o paciente e sua família uma melhor convivência diante desta condição crônica, reforçando em cada consulta a percepção de risco à saúde, o desenvolvimento de habilidades e a motivação para superar esse risco (PACE et.al., 2006).

O autocuidado é a prática de atividades que as pessoas desempenham em seu próprio benefício, no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar, envolve a responsabilidade do paciente em melhorar sua qualidade de vida e evitar complicações.

Quanto maior for o conhecimento que se busque, melhor será a assistência. É preciso compreender que a necessidade de qualificação é importante para se colocar a disposição como ferramenta de orientação para um melhor cuidado aos usuários de forma geral, e aqui em específicos aos idosos portadores de diabetes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas doenças, especialmente as que têm origem em falhas no funcionamento do próprio organismo, imprevisíveis e impreveníveis, sem explicações consistentes de suas etiologias, surpreendem e trazem à tona a vulnerabilidade de nosso corpo, nos fazendo pensar o muito que ainda deve ser pesquisado e aprendido, até que doenças como a Diabetes Mellitus, possam ser erradicadas, mesmo antes de se manifestarem.

A Diabetes Mellitus é sem dúvida uma doença devastadora, porque agride crianças, jovens, adultos e idosos, indiscriminadamente, alterando drasticamente sua maneira de viver, seus hábitos e sua qualidade de vida.

A necessidade de controle constante na alimentação e na maneira de viver e a dependência da insulina obrigam a restrições e cuidados especiais, dolorosos e frustrantes, causando significativas perdas de qualidade de vida, mesmo quando a doença não causou, ainda, nenhuma complicação associada, como cardiopatias, neuropatias, retinopatias, pé diabético e outras manifestações ainda mais debilitantes e mórbidas.

O dever dos enfermeiros é assistir o paciente diabético, suprimindo suas necessidades de atenção constante para monitoramento da doença, prevenção de agravos e tratamento das síndromes relacionadas.

É preciso que estejam atualizados com as novidades tecnológicas disponíveis ou em pesquisa, para transmitir, ao paciente, esperança e confiança, elementos básicos adjuvantes da adesão aos tratamentos.

É fundamental que dominem técnicas e possuam conhecimentos profundos sobre os mecanismos da doença, suas complicações, progressos, sequelas e formas de controle, para serem eficiente na antecipação de agravantes e coordenação de esforços de controle da doença.

Mas é como educador que o enfermeiro realmente pode fazer a diferença. Instruir e orientar o paciente, para que seja o mentor da sua própria saúde e à família, para que possa agir de forma a contribuir para uma boa qualidade de vida do paciente diabético, especialmente o idoso. Isso se constitui mais do que numa simples atribuição do enfermeiro, na verdade, é uma missão.

A atuação educativa do enfermeiro é crucial, devendo ser capaz, de com habilidade, informar e orientar o paciente para que possa conhecer as características de sua doença, os sintomas que alertam para situações de descontrole dos índices de insulina no corpo, as possíveis consequências da falta de controle da doença, como manter-se estável, como tratar as complicações manifestadas e evitar que outras venham a desenvolver-se e os cuidados que devem tornar-se rotinas diárias, tornando-se capaz de observar-se e cuidar-se com autonomia.

E imprescindível também, que o enfermeiro possa promover ações de suporte emocional e psicológico. No trato com o paciente com diabetes,

especialmente o idoso, o enfermeiro deve ter em mente, que este pode estar bastante fragilizado, sentindo-se frustrado, desanimado e até deprimido devendo, portanto, oferecer conforto e solidariedade e estar atento para a necessidade de atendimento psicológico especializado, encaminhando-o, quando necessário, mas nunca permitindo que o paciente perceba sinais de desânimo ou desesperança.

Da interação do paciente com diabetes com enfermeiros competentes, dedicados, responsáveis e solidários, devem emergir resultados positivos de redução de aparecimento de complicações mórbidas e melhoria significativa da qualidade de vida.

O profissional consciente deve sempre avaliar seu desempenho e questionar-se. Estará cumprindo bem o seu papel? Há quanto tempo não faz um curso de atualização? Tem lido frequentemente sobre o assunto? Como se sentem os pacientes que atende? Qual o grau de adesão que tem alcançado nos tratamentos?

Essas e outras perguntas devem fazer parte do dia a dia do profissional ético e competente.

Mas não basta avaliar-se, é preciso agir traçando planos e executando-os no sentido de suprir as lacunas de conhecimento; vencer as dificuldades de desempenho, seja ele técnico ou de comunicação; trabalhar o espírito e a mente para manter o bom humor, a tranquilidade e a esperança, atributos fundamentais na construção de uma boa relação, de confiança e segurança, com o paciente e sua família.

Desse processo devem participar também as Instituições de ensino, oferecendo cursos, palestras, seminários e material de leitura que ajudem a reforçar e/ou renovar e ampliar conhecimentos.

Os governos e as Unidades de saúde devem criar oportunidades para melhorar o desempenho profissional: pessoal suficiente, redução do estresse, visitas domiciliares, informatização de dados para acompanhamento, menores jornadas de trabalho e outros recursos que vão permitir ao profissional ter tempo para reciclar-se física e profissionalmente e possibilidades de realizar com dignidade, acuidade, presteza e segurança sua formidável tarefa de assistir seus pacientes com DM, provendo que tenham a melhor qualidade de vida possível.

No caso dessa pesquisa, apesar da avaliação satisfatória dos pacientes aos enfermeiros que os assistem na ESF, numa análise mais aprofundada se

percebe que ainda há muito a melhorar, e que o que tem sido feito, não tem contribuído para melhorar a qualidade de vida dos pacientes idosos com diabetes.

_____. 2005. Luciana Correia, LEITE, Iuri da Costa, MACHADO, Carla Jungo. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n. 3, p. 468-478, maio 2010.

_____. ANTUNES, M. J. M.; EGRY, E. Y. O programa de saúde da família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 54, n. 1, p. 95-107, 2000.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial – HAS e diabetes mellitus – DM: protocolo. Brasília: MS, 2001. 95 p. (Cadernos de Atenção Básica, 7).

_____. _____. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde/saúde da família. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Básica, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 648/GM. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006a.

_____. _____. Lei n.º 10.741 - de 1.º de Outubro de 2003 - Estatuto do Idoso. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo, p. 1-20, 03-out. 2003.

_____. _____. Lei n.º 8080/90 - de 19 de Setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo, p. 1-19, 19 set. 1990.

_____. _____. Lei n.º 3342/84 - de 04 de Janeiro de 1984 - Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo, p. 1-27, 04 jan. 1984.

_____. _____. BRASILIA. Lei n.º 1.473, de 17 de junho de 1997 - Brasília: Distrito Federal - Diário do Distrito Federal. Governadoria, p. 1-21, 1997.

_____. _____. Política nacional de atenção básica. Brasília, 2006b.

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao

REFERÊNCIAS

- ALVES, Luciana Correia; LEITE, Iúri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. Fatores **Associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível**. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n. 3, p. 468-478, maio 2010.
- ANTUNES, M. J. M.; EGRY, E. Y. O programa de saúde da família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 54, n. 1, p. 98-107, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial – HAS e diabetes mellitus – DM: protocolo**. Brasília: MS, 2001. 96 p. (Cadernos de Atenção Básica, 7).
- _____. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde/saúde da família**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde -Departamento de Atenção Básica, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 648/GM**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica,estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Brasília, 2006a.
- _____. **Lei nº 10.741** - de 1º de Outubro de 2003- Estatuto do Idoso. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo, p.1-20, 03 out. 2003;
- _____. **Lei nº 8080/90** - de 19 de Setembro de 1990- Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo, p.1-19, 19 set. 1990;
- _____. **Lei nº 8842/94** - de 04 de Janeiro de 1994- Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo, p.1-22, 04 jan. 1994;
- BRASILIA. **Lei nº 1.479**, de 17 de junho de 1997 – Brasília- Distrito Federal – Diário do Distrito Federal. Governadoria, p.1-21, 1997;
- _____. **Política nacional de atenção básica**. Brasília; 2006b.
- _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao**

diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem. **Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem. Educação, trabalho e profissão.** 2. ed. rev. e amp. Brasília, 2003.

BRUNNER; SUDDART. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica;** 11. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

CARVALHO, H. B. C. **A integração do idoso a prática de saúde.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

COELI, Cláudia Medina et al. Mortalidade em idosos por diabetes mellitus como causa básica e associada. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v.36, n.2, pp. 135-140, abr. 2002.

CÔRREA, V. G. N; BEVILÁQUA, M. F; GOMES, M. B. Avaliação da secreção e resistência insulínica em indivíduos com diferentes graus de tolerância a glicose – do metabolismo normal ao diabetes mellitus. **Arquivo brasileiro de endocrinologia metabólica.** São Paulo, v.51, n.9, p.1498-1505, 2007.

D'ALENCAR, M.I.G.F. – **Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Idoso.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

T. FILHO, C: Eurico; P. NETTO, Matheus. **Geriatría fundamentos, clínica e terapêutica.** 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo *et al.* Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.26, n.1, p. 175-184, jan. 2010.

GRILLO, M. F. F. **Caracterização e práticas de autocuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 de uma unidade básica de saúde.** 2005. 135f. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Porto Alegre), 2005.

GROSS, J.L. et al. Diabetes Mellito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia,** São Paulo, v.46. n.1. 2002.

_____. S. A. A.; PASCALI, P. M. (Orgs). **Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/attachments/1118_1324_manual_enfermagem.pdf>. acesso em: 20 nov. 2011.

KITZMILLER, J. L.; DAVIDSON, M. B. In: DAVIDSON, M. B. **Diabetes mellitus: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001;

KOROCOLVAS, A. **Dicionário terapêutico Guanabara**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000/2001;

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico de 2001**. IBGE, 2002.

INSTITUTO DE SAÚDE DA COMUNIDADE. **Texto de apoio a diabetes mellitus - UFF**. Niterói, 2000.

LIMA, Cristina Alves; TOCANTINS Florence Romjin. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 62, n.3, p.367-73, maio/jun. 2009.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia: protocolo**/Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde, 1.ed. Londrina, 2006.

MACHADO, M. M. T; LEITÃO, G. C.M; HOLANDA,F. U. X. H. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.3, set./out. 2005.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

PACE, A. E; VIGO, K. O; CALIRI, M. H. L; FERNANDES, A. P. M. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.5, set./out. 2006;

PASKUIN, L.M.G.. Fatores **Associados a qualidade de vida de idosos** de um distrito sanitário de Porto Alegre/RS, 2006- Tese de Doutorado- Universidade de São Paulo, 166 f.

SALES, F. M.; SANTOS, I. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de Cuidados de enfermagem: identificação de necessidades. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.3, p.495-502, jul/set. 2007;

SOUZA, C. R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A., A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. **Revista da UFG**, v. 6, n. Especial, dez, 2004.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8. Ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2007.

TRENTINI, M. ET al. Cuidado de enfermagem as pessoas em condições crônicas: concepção de profissionais de enfermagem recém formados. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p, 665-671, out./dez. 2008.

APÊNDICE A -Questionário da entrevista

ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO NORTE

ENFERMAGEM

CURSO EM ENFERMAGEM

Os dados obtidos serão utilizados como fonte de pesquisa para a elaboração da monografia: O Papel do Enfermeiro na Assistência ao Idoso Portador de Diabetes Mellitus em uma Unidade de Saúde da Família.

Edna Amorim Fernandes

Acadêmica do Curso de Enfermagem.

PESQUISA DE CAMPO COM A POPULAÇÃO IDOSA PORTADORA DE DIABETES MELLITUS.

Data: ____/____/____ Horário: ____ Diabetes Mellitus Tipo ____

Dados Pessoais

Sexo: ____ Idade: ____ Profissão: ____

Estado civil: ____

Renda Mensal:

() Menos de 1 salário mínimo () De 1 até 2 salários mínimos

() Mais de 2 a 4 salários mínimos () Mais de 4 salários mínimos

Escolaridade:

Nenhuma () Fundamental ()

Médio () Superior ()

1. O (a) senhor(a) costuma frequentar a Unidade de Saúde do seu bairro com que frequência?

1 vez ao mês () 1 vez a cada semestre ()

1 vez ao ano () Só quando está doente () Outros ____

Para que? ____

2. O(a) senhor(a) conhece algum programa na Unidade de Saúde da Família –ESF do seu bairro que seja direcionado para o Idoso?

Sim() Não ()

Se Sim. Qual?

3. Com que frequência recebe visita domiciliar de um enfermeiro?

() todo mês () cada quinze dias () cada 3 meses () 1 vez por ano () nunca

4. Quando na vinda ao posto ou na visita domiciliar, como avalia a assistência do enfermeiro?

() muito boa () boa () mais ou menos () ruim () péssima

Por que? _____

5-Sabe os problemas que a diabetes pode causar quando não controlada?

Sim () Não ()

6. Com que frequência faz uso de insulina?

() todo mês () todo dia () toda semana () mais de 1 vez por dia () nunca

7. Com que frequência faz exames de controle da glicemia?

() todo mês () todo dia () toda semana () mais de 3 vezes por ano () nunca

8. Com que frequência sai da dieta recomendada pelos médicos e enfermeiros?

() todo mês () todo dia () toda semana () mais de 3 vezes por ano () nunca

9. Com que frequência faz atividades físicas?

() todo dia () 2 vezes por semana () 3 vezes por semana () 4 vezes por semana
() nunca () 5 vezes por semana

10. O que acha que poderia ser feito para melhorar as condições de saúde da população Idosa com Diabetes Mellitus, no seu bairro?

APÊNDICE B -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Rua Prefeita Eliane Barros, nº 2000, Tirol – Natal/RN – CEP: 59014-540

Fone/fax: (84) 3215-2917/3211-8688 Site: www.farn.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa **"O Papel do Enfermeiro na Assistência ao Idoso Portador de Diabetes Mellitus em uma Unidade de Saúde da Família"**, que é coordenada pela professora Dra. Izete Soares da Silva Dantas Pereira.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

A pesquisa procura investigar como está sendo desenvolvido o papel do enfermeiro na assistência ao idoso portador de *Diabetes Mellitus* na Unidade de Saúde da Família do bairro Felipe Camarão – Km 06, observando de que forma a enfermagem contribui para o envelhecimento desses idosos. Esta pesquisa é de grande importância, pois, apesar de serem desenvolvidas muitas ações na área de enfermagem, novos casos de *Diabetes Mellitus* não deixam de aparecer.

Caso aceite o convite, você será submetido a uma entrevista, sendo aplicado um questionário, com questões abertas e fechadas. O questionário será aplicado em seu próprio domicílio, contendo algumas perguntas com o objetivo de identificar os seus conhecimentos sobre a prevenção e o cuidado aos portadores de *Diabetes Mellitus*.

A entrevista será aplicada a um grupo de setenta idosos, todos portadores de *Diabetes Mellitus*. Os resultados dos questionários serão analisados e esquematizados em tabelas e gráficos.

Os riscos envolvidos com sua participação nesta pesquisa são considerados mínimos, e podem ser inibição e/ou timidez em responder às perguntas do

questionário. Se você se sentir constrangido, poderá deixar de responder às questões, a qualquer momento.

Você terá o seguinte benefício ao participar da pesquisa: a possibilidade de aumentar os conhecimentos e a discussão do tema na área de saúde do idoso, contribuindo para a prevenção e o cuidado da doença.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

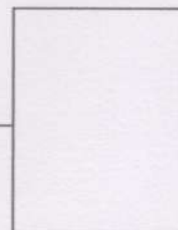
Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para professora Dra. Izete Soares da Silva Dantas Pereira, no endereço: FARN – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – Coordenação do Curso de Enfermagem - Curso de Graduação em Enfermagem, Rua Prefeita Eliane Barros, 2000 – Tirol, Natal, RN, CEP: 59014-540. Fone/fax: (84) 3215-2917/3211-8688. Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRN no endereço: Av. Senador Salgado Filho, Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Natal/RN ou pelo telefone (084) 3215-3135.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa **“O Papel do Enfermeiro na Assistência ao Idoso Portador de Diabetes Mellitus em uma Unidade de Saúde da Família”**.

Natal, ____ de _____ de 2011.

Participante da Pesquisa:



Impressão datiloscópica

Pesquisador responsável:

Rua Prefeita Eliane Barros, 2000 – Tirol, Natal/RN.

Telefone: (84) 3215-2917

Dra. Izete Soares da Silva Dantas Pereira

Comitê de Ética em Pesquisa/UFRN

Av. Senador Salgado Filho, Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Natal/RN.

Telefone: (84) 3215-3135.