

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2: UMA QUESTÃO DA ATUALIDADE

Nursing assistance in the type 2 Diabetes Mellitus prevention:
a question of the present time

Asistencia de enfermería en la prevención del Diabetes Mellitus tipo 2:
una cuestión de la actualidad

Rosa Maria F. Vilarinho

Marcia Tereza Luz Lisboa

Resumo

O presente texto tem como objetivo discorrer sobre a importância da mudança de paradigma na sistematização da prestação da assistência de enfermagem às doenças crônico-degenerativas, em particular ao diabetes mellitus. O modelo assistencial vigente é caracterizado pelo esforço de ações que assegurem a precocidade de diagnóstico e evitabilidade de complicações. Hoje, contudo, diante do perfil epidêmico que caracteriza a doença e das repercussões negativas advindas sobre a qualidade de vida dos portadores, deve-se considerar a possibilidade de um modelo de atenção mais integralizador que valorize o cunho preventivo, representado pela intervenção junto aos indivíduos com fatores de risco para a doença.

Palavras-chave: Enfermagem. Diabetes mellitus tipo 2. Doenças crônicas não transmissíveis.

Abstract

The present text has in view to discourse about the importance of the paradigm change in the systematization of the nursing assistance to the chronic – degenerative diseases, in private, to the diabetes mellitus. The assistance model in force is characterized by the actions effort that assure the precocity of diagnosis and prevention of complications. Today, nevertheless, in front of the epidemic profile that characterize the disease and the negative repercussions resulted from the carriers' s life quality, it should be considered the possibility of a attention model more integrator that valorize the preventive quality, represented by the intervention next to the individuals with risk factors to the disease.

Keywords: Nursing. Type II Diabetes mellitus. Non transmissible chronic diseases.

Resumen

El presente texto tiene como objetivo discursar sobre la importancia de la mudanza del modelo en la sistematización de la prestación de la asistencia de enfermería a las dolencias crónico-degenerativas, en particular al diabetes mellitus. El modelo asistencial en vigor es caracterizado por el esfuerzo de acciones que aseguren la precocidad de diagnóstico y prevención de complicaciones. Hoy, sin embargo, delante del perfil epidémico que caracteriza la dolencia y de las repercusiones negativas provenientes de la cualidad de vida de los portadores, se debe considerar la posibilidad de un modelo de atención más integrador que valore el cunho preventivo, representado por la intervención junto a los individuos con factores de riesgo para la enfermedad.

Palabras clave: Enfermería. Diabetes mellitus tipo 2. enfermedades crónicas no transmisibles.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus tipo 2, juntamente com outras patologias de natureza crônica, está se tornando um dos principais problemas de saúde da atualidade. A doença vem sendo motivada pela marcante exposição a fatores de risco decorrentes de mudanças de natureza socioeconômica ocorridas na sociedade contemporânea¹.

No Brasil, conforme Lessa¹, essas mudanças iniciaram-se por volta da década de 60 do século XX, quando o Brasil passou a registrar o aumento da migração de áreas rurais para os grandes centros urbanos, associado a uma queda dos índices de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, seguido do aumento da expectativa de vida e da inserção de mulheres na força de trabalho. A essas modificações associaram-se mudanças no próprio estilo de vida da população, com a aquisição ou reforço de hábitos muitas vezes nocivos à saúde.

Segundo Monteiro², entre esses hábitos está o incremento de dieta rica em gorduras (particularmente de origem animal), açúcar e alimentos refinados e reduzidos em carboidratos complexos e fibras, associadas a um declínio progressivo da atividade física em adultos.

Essas mudanças trazem novas implicações para a prática de enfermagem, uma vez que exercem reflexos diretos sobre o padrão de morbimortalidade com a ascensão das doenças crônico-degenerativas e das complicações delas decorrentes. Conforme Du Gas³ já previa, a enfermagem é hoje "desafiada a assumir novos papéis", e um desses papéis é a ênfase à prática de cunho preventivo, não somente com relação à prevenção de complicações advindas das doenças crônico-degenerativas, mas em relação à própria prevenção da doença.

Grande parte das medidas de prevenção hoje propostas estão relacionadas à precocidade do diagnóstico e a evitabilidade das complicações. Um claro exemplo dessa ação é identificado na própria sistematização da assistência aos portadores onde se prevê a implementação de programas educativos direcionados ao desenvolvimento de habilidades para uma melhor provisão do autocuidado.

A orientação para o autocuidado é considerada, na atualidade, uma ferramenta fundamental no manejo da doença crônica, muito particularmente no caso do diabetes, tanto pela comprovada interferência na melhoria da qualidade de vida como pela diminuição de custos associados à queda nos índices de complicações. Seguramente, essa mesma prática poderia trazer importantes contribuições se estendidas também aos indivíduos com fatores de risco para a doença.

Certamente, uma ação de tal natureza se reveste de um significativo nível de complexidade. Uma intervenção

desta natureza não poderia se restringir ao fornecimento de informações acerca da importância da adoção de um estilo de vida mais saudável. Haveria que se motivar o indivíduo para que a aquisição desses novos comportamentos se obtivesse de forma permanente. O primeiro grande desafio estaria na própria conscientização da importância dessas mudanças, uma vez que os potenciais candidatos a esse tipo de intervenção normalmente não exibem qualquer sintomatologia que justifiquem (a seu ver) tal intervenção.

DESENVOLVIMENTO

Em estudo multicêntrico realizado no Brasil, no final da década de 80 do século XX, o diabetes mellitus tipo 2 exibiu uma prevalência de 7,6%, na população urbana de 30 a 69 anos. Dessa população, ou seja, do grupo de indivíduos diabéticos, 46,5% não tinha conhecimento de serem portadores da doença⁴, o que implica crer que muito provavelmente só detectariam a condição após a manifestação de alguma complicação crônica.

A prevalência na faixa etária de 30 a 69 anos foi de 7,5% nos homens e 7,6% entre as mulheres. No conjunto das capitais estudadas, os índices de prevalência por faixa etária, foram respectivamente de: 2,70% (30 a 39 anos); 5,52% (40 a 49 anos); 12,66% (50 a 59 anos) e 17,43% (60 a 69 anos)¹.

Outro achado não menos importante foi a identificação do coeficiente de prevalência da condição classificada como "tolerância à glicose diminuída" (condição de risco para o diabetes), que registrou uma prevalência de 7,8%⁵. A prevalência no Município do Rio de Janeiro foi mais elevada (9,2%) do que no Estado como um todo (7,5%).

Estimativas mundiais, apontadas por Mc Carty & Zimmet (1994), citados no "Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus"⁶, indicam que, em 1994, havia no mundo todo cerca de 99 milhões de diabéticos, e que este quantitativo deverá aproximar-se de 239 milhões em 2010. Ainda, segundo esse documento, a expansão parece ser mais significativa em países em desenvolvimento, tendo-se observado um aumento da ocorrência de diabetes mellitus tipo 2 em faixas etárias cada vez mais jovens.

De acordo com Zimmet⁷, o diabetes mellitus, por muito tempo considerado uma doença de significado secundário para a saúde mundial, está tomando seu lugar como uma das principais ameaças para a saúde humana no século XXI. Mudanças no estilo de vida no último século têm resultado em um aumento dramático na incidência mundial do diabetes. Juntamente com a suscetibilidade

genética, o crescimento da doença estaria hoje mais fortemente impulsionado por conta de fatores ambientais e comportamentais, que incluem o sedentarismo, a nutrição demasiadamente rica em carboidratos e gorduras e a obesidade.

Outro importante aspecto que envolve esse processo de adoecimento é a forma insidiosa de sua instalação, o que muitas vezes se dá sem qualquer sintomatologia, predispondo o paciente ao surgimento de complicações crônicas. Há evidências que atestam que essas complicações podem se dar mesmo em período de tempo bastante precoce, já se indicando um aumento do risco cardiovascular, para valores de glicemia entre 110 e 126 mg/dl⁸. Em decorrência dessas evidências, novos critérios de classificação da doença foram adotados, incorporando-se o conceito de estágios clínicos da doença, que vão desde a "glicemia alterada" (identificada em um período mais precoce), passando pela "tolerância à glicose diminuída" (estágio intermediário), até o "diabetes mellitus" propriamente dito⁹.

Conforme a Sociedade Brasileira de Diabetes, medidas de prevenção da doença, como de suas complicações, podem reduzir o impacto desfavorável sobre a morbimortalidade dos portadores⁹. Essa é uma perspectiva valiosa, uma vez que a análise de dados estatísticos identifica o diabetes mellitus como sexta causa mais freqüente em diagnósticos primários de internação hospitalar, contribuindo também de forma significativa (30% a 50%) para outras causas como cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, colestasopatias, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial⁹.

Conforme apontado no último "Consenso Brasileiro de Diabetes Mellitus"⁹, o diabetes está associado a alguns fatores de risco específicos: idade (> 45anos); história familiar de diabetes mellitus (pais, filhos e irmãos); excesso de peso (IMC \geq 25 kg/m²); sedentarismo; níveis de HDL-C baixo ou triglicérides elevados; hipertensão arterial; doença coronariana; diabetes gestacional prévio; microsomia, história de abortos de repetição ou mortalidade pré-natal e o uso de medicação hiperglicemiante (por exemplo, corticosteróides, tiazídicos, beta-bloqueadores).

A prevenção primária desta patologia deve, portanto, privilegiar os esforços para a correção dos fatores de risco de natureza modificável (correção de hábitos nocivos que incluem entre outros o sedentarismo e os erros alimentares). Estima-se que em relação ao diabetes tipo 2, a metade dos casos novos poderia ser prevenida, evitando-se o excesso de peso e 30% com o combate ao

sedentarismo⁵. Por conta deste entendimento, a questão da prevenção do diabetes tem sido cada vez mais valorizada, e com este fim, diferentes estudos vêm sendo desenvolvidos.

O resultado de dois desses estudos, o Da Quing e o Finish Diabetes Prevention Trial estão publicados na Revista Endonews¹⁰. Os trabalhos foram conduzidos em pacientes que já exibiam teste oral de tolerância à glicose alterada. Ambos comprovaram a importância da adoção de mudanças no estilo de vida (representadas pelo incremento da atividade física e orientação alimentar), associados a uma redução do peso, na redução da incidência do diabetes.

Outra pesquisa mais recente, o Diabetes Prevention Program (DPP), também evidenciou a importância da adoção de um estilo de vida mais saudável na prevenção da doença. Este estudo, que tratou semelhante população, concluiu que o grupo acompanhado com dieta hipocalórica e hipolipídica, associada a 150 minutos de caminhada por semana, objetivando uma perda de 7% do peso inicial, teve uma redução de 58% na incidência de diabetes, enquanto que nos pacientes tratados somente com metformina (850 mg duas vezes ao dia), a redução foi de 31%, em comparação com o grupo controle¹⁰.

Em simpósio intitulado "Prevenção do Diabetes, e suas complicações – da Intenção à Realidade", Zagury (presidente da Sociedade Brasileira Diabetes) abordou a questão enfatizando que, no esforço de prevenção do diabetes, as mudanças nos hábitos de vida trazem comprovadamente bons resultados, todavia a maior dificuldade enfrentada é justamente a manutenção desses comportamentos a longo prazo⁸. O problema chave parece ser a adesão a um novo estilo de vida.

A importância da dimensão representada pelo estilo de vida na promoção da saúde hoje não é nenhuma uma novidade na área de saúde, mas foi somente a partir da década de 70 que passou a ter algum destaque na área de investigação do processo de adoecimento.

Com a ascensão das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) e com o avanço dos estudos epidemiológicos, as investigações conduzidas para a melhor identificar os mecanismos envolvidos no processo do adoecimento passaram a levantar novos elementos explicativos. A importância de outros fatores etiológicos, além daqueles já contemplados pelo modelo epidemiológico tradicional (que envolvia três componentes básicos: o hospedeiro, o agente e o ambiente), passou a ser fortemente considerada.

Uma dessas propostas considerava a saúde determinada por uma variedade de fatores agrupados em quatro

divisões principais: o estilo de vida, o ambiente, a organização para os cuidados com a saúde e a biologia humana. Essa proposta foi apresentada no documento intitulado "Uma nova perspectiva na saúde dos canadenses" (1974). Esse documento, que inaugurou o "Conceito de Campo de Saúde", foi desenvolvido por Marc Lalonde, um estudioso da área, e tinha como proposta servir de base à análise de políticas de saúde a serem desenvolvidas no Canadá¹¹.

O novo modelo epidemiológico, também conhecido como Modelo Lalonde, buscava explicar o processo de adoecimento como o resultado da inter-relação de diversos fatores agrupados nas quatro dimensões básicas: a *dimensão biológica* - representada pelos elementos de natureza genética, ou congênita, sendo caracterizados pelo sexo, idade, raça, características físicas ou metabólicas; a *dimensão ambiental* - caracterizada pelos pelo conjunto de aspectos sociais, econômicos, culturais e físicos, que cercam o indivíduo; a terceira dimensão representada pelos fatores relacionados com a *organização dos serviços de saúde*, englobando-se neste aspecto, características como qualidade, acessibilidade, diversidade e a tecnologia oportunizada e, a quarta dimensão que responde pelos fatores relacionados ao *estilo de vida*, compreendendo os hábitos de vida como preferências dietéticas, prática do tabagismo, consumo de substâncias como álcool e drogas, padrão de atividade física e prática de lazer, entre outros. Atitudes estas adquiridas ao longo de toda a vida¹¹.

Os fatores contemplados na dimensão estilo de vida sofreriam ainda a interferência do determinado momento em que se encontra o indivíduo e da disponibilidade e facilidade para mudanças¹².

Conforme De Marchi & Silva¹³, a contribuição das quatro dimensões no favorecimento das doenças crônicas degenerativas ficaria assim distribuída: 20% à biologia humana, 50% ao estilo de vida, 20% ao ambiente e 10% ao sistema de atenção à saúde. É de se ressaltar a significativa importância atribuída à dimensão representada pelo estilo de vida.

Ao analisar os aspectos relacionados na construção teórica, definida por este modelo epidemiológico, é possível perceber-se quão apropriada pode ser a sua utilização à prática da assistência de Enfermagem, e em especial, junto às iniciativas de prevenção às doenças crônicas.

A sistematização da assistência ao manejo das DCNT, em particular do diabetes tipo2, assim como de sua prevenção, solicita estratégias que contemplem o estabelecimento de metas a longo prazo (anos e até décadas),

uma vez que a instalação deste tipo de patologia é algo bastante lento e insidioso.

No atendimento dessa finalidade é de fundamental importância: a capacidade da observação e identificação dos fatores de risco exibidos pelo indivíduo, família ou grupo, na comunidade em que assiste; a sensibilização desses indivíduos ou grupos para o risco potencial, e para a importância do problema; e a motivação para a adesão às mudanças, através da orientação para o autocuidado. A mesma abordagem já foi valorizada para as doenças cardíacas que também ocupam um lugar de destaque e geralmente estão associadas à prática inadequada de autocuidado¹⁴.

CONCLUSÃO

Mais do que nunca, se fazem necessárias junto à população em geral, e mais ainda a uma parcela significativa dela (compreendida pelos indivíduos com fatores de risco para doenças crônicas), ações mais efetivas que busquem assegurar tanto a valorização de comportamentos "protetores", representados pela adoção de hábitos e estilos de vida mais saudáveis, assim como sua aplicação ao dia-a-dia.

Essas ações, todavia, não devem se ocupar somente do indivíduo, ou seja, no desenvolvimento de suas habilidades pessoais. É necessária a intervenção sobre o ambiente, ou seja, o espaço onde vive e circula (família, comunidade, trabalho etc), no sentido de se viabilizar a modificação de estruturas que possam comprometer a adoção de hábitos saudáveis, aliando-se dessa forma à combinação de autonomia pessoal e responsabilidade social.

A sistematização de uma assistência com esse nível de abrangência, ainda que possa parecer algo evidente, é uma proposta bastante desafiadora, que exige uma série de dificuldades para sua operacionalização, já que implica na integração de espaços diversos. Todavia, é uma perspectiva bastante plausível que exige importantes adequações ao próprio enfoque da enfermagem que concebe o homem como um todo, em permanente inter-relação com o ambiente e em contínuo exercício de adaptação.

Referências

1. Lessa L. Doenças não-transmissíveis. In: Rouquayrol MZ, organizadora. Epidemiologia & Saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 1994.
2. Monteiro CA, organizador. Velhos e novos males da saúde no Brasil. São Paulo (SP): Hucitec; 1995.
3. Du Gas BW. Enfermagem prática. Tradução de Paulo Celso Uchoa Cavalcanti et al. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara; 1984.
4. Ministério da Saúde (BR). Manual de Diabetes. Brasília. (DF); 1993.
5. Ministério da Saúde (BR). Programa Harvard-Joslin-SBD. Brasília (DF); 1996.
6. Ministério da Saúde (BR) Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. [CD-ROM]. Brasília (DF); 2002.
7. Zimmet P. Diabetes Mellitus. Roche in News [periódico on line] 2001 dez; [citado 21 mai 2003]; [aprox. 4 telas]. Disponível em: http://www.roche.com.br/roche_in_news/web/In_News_23/artigo_cientifico.asp.
8. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Jornal da SBD (São Paulo) 2002 out; (34): 7
9. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Consenso Brasileiro sobre Diabetes. São Paulo (SP); 2001.
10. Coutinho W, Rassi N. Obesidade e diabetes. Rev Endonews 2002 ago; 3 (3):3.
11. Albuquerque CMS, Oliveira CPF. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. Millenium. [periódico on line] 2002 jul; [citado 26 jul. 2002]; 25: [aprox. 13 telas]. Disponível em: <http://www.lpv.pt/millenium/Millenium25/default>.
12. Medina, MC. Proposta de estratégias de prevenção de doenças crônicas. São Paulo (SP): Centro de Vigilância Epidemiológica Professor Alexandre -CVEPAV; 2000.
13. De Marchi R, Silva MAD. Saúde e qualidade de vida no trabalho. São Paulo (SP): Best Seller; 1997.
14. Santos ZMSA, Costa CMV, Saraiva, KRO. Cliente portador de insuficiência cardíaca: demandas de autocuidado. Esc Anna Nery Rev Enferm 2004 ago; 8(2): 243-50.

Sobre as Autoras

Rosa Maria F. Vilarinho

Mestranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. e-mail: rvilarinho@ig.com.br

Marcia Tereza Luz Lisboa

Doutora em enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. e-mail: mtllisboa@aol.com

Recebido em 17/05/2004
Reapresentado em 15/02/2005
Aprovado em 15/04/2005