

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ALINE NEGRINI

**CONVERSA SOBRE DIABETES MELLITUS COM A ENFERMAGEM EM UMA
EMERGÊNCIA**

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2014**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ALINE NEGRINI

**CONVERSA SOBRE DIABETES MELLITUS COM A ENFERMAGEM EM UMA
EMERGÊNCIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Doenças Crônicas não-transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Dra Ana Rosete Maia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

Conversa sobre Diabetes Mellitus com a Enfermagem em uma Emergência, de autoria da aluna Aline Negrini, foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado _____ no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área doenças crônicas não-transmissíveis.

Profa. Dra Ana Rosete Maia
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	9
3 MÉTODO.....	16
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23
APÊNDICES E ANEXOS	24

LISTA DE TABELA

Tabela 1. Metas de Controle Glicêmico, Metabólico e Cardiovascular e a Periodicidade Do Monitoramento.....	12
---	----

RESUMO

Este estudo é uma atividade assistencial de intervenção na prática de Enfermagem que objetivou desenvolver uma Roda de Conversa sobre Diabetes Mellitus relacionado ao cuidado de enfermagem em situações de emergência. Esta prática foi realizada na Policlínica Cosme e Silva tendo como participantes um grupo de 12 trabalhadores de enfermagem como técnicos e auxiliares. A metodologia utilizada foi a da roda de conversa a qual buscou identificar saberes e práticas e conhecimentos da enfermagem relacionado ao cuidado e no atendimento de clientes com diabetes em situações de emergência, compartilhar conhecimento e práticas atualizadas para o cuidado e atendimento nas complicações do Diabetes em Emergência, refletir com a equipe de enfermagem o seu processo de trabalho e os cuidados prestados no atendimento de clientes com diabetes em situações de emergência. Construir com a equipe uma proposta de cuidado e atendimento visando qualificar a assistência prestada aos clientes com diabetes em situações de emergência. Esta metodologia partiu da perspectiva de capacitação e atualização como uma atividade de educação continuada, Os resultados desta prática assistencial de intervenção demonstram que o uso da Roda de Conversa como metodologia de trabalho contribui para o encontro, do compartilhar saberes e práticas relacionadas ao cuidado e atendimento para clientes com Diabetes assistidos em Emergência como também como estratégia de educação continuada e qualificadora do cuidado e das práticas de enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus é considerado hoje uma doença de relevância mundial, podendo-se considerá-la como epidêmica e um dos graves problemas de saúde pública. É possível relacionar o aumento global devido ao envelhecimento populacional, mudanças no estilo de vida e sedentarismo. No Brasil estima-se hoje, cerca 10 milhões de portadores, gerando ao sistema uma sobrecarga, visto que acarreta milhares de internações oriunda da própria diabetes e suas complicações. (BRASIL, 2006).

A Diabetes, juntamente com a Hipertensão, constituem no Brasil, a primeira causa de mortes, hospitalizações e amputações, bem como diagnósticos iniciais para outras complicações como a insuficiência renal crônica. Sabe-se hoje através de inúmeras pesquisas que podemos através de educação saúde e acesso a serviços de saúde adequados, que podemos retardar e prevenir diversas destas complicações. (BRASIL, 2006).

O estado de Roraima está localizado ao norte do país, possui especificidades regionais únicas, que afetam a qualidade na assistência em saúde de seus moradores. Segundo o IBGE (2013) a população de Roraima é de 469.524 habitantes, a menor população do país, porém a dificuldade de acesso a saúde, a desqualificação profissional, podem ser algumas das respostas para a dificuldade em obter-se dados fidedignos sobre a situação real de saúde do estado e municípios. Atualmente a população de Boa Vista, sua capital, está estimada em 308.996 habitantes (IBGE/2013).

Criada inicialmente como referência ambulatorial, para o município de Boa vista e região, a Policlínica Cosme e Silva, tornou-se hoje referência também nos serviços de urgência e emergência, com uma demanda constantemente crescente.

Na Policlínica Cosme e Silva o setor ambulatorial serve como referência nas modalidades de medicina geral e especializada, contando com serviço de Psicologia, Nutrição, Pediatria, Geriatria, Oftalmologia, Cardiologia, Ginecologia, Dermatologia e Endocrinologia.

A Policlínica Cosme e Silva atende aproximadamente 600 usuários ao dia no setor de pronto atendimento, porém a imensa maioria com classificação azul ou verde (não urgente e pouco urgente). Acredita-se que, uma razão para a grande procura é que estrutura anteriormente pertencia a atenção básica, o que a faz ser confundida com Postos de Saúde da Família (ESF), a facilidade e agilidade no atendimento, bem como a localização próxima a áreas descobertas pela Estratégia da Saúde da Família, podem justificar a alta procura por serviços não emergenciais.

Dentre estes muitos atendimentos, destaca-se os casos de Diabetes Mellitus, oriundos de áreas descobertas, interiores e áreas próximas, encaminhados pela ESF. Observando esta demanda alta, bem como o despreparo dos profissionais frente a estes atendimentos, observa-se a necessidade de ampliação dos conhecimentos acerca destes atendimentos emergenciais e não emergenciais, bem como o aprimoramento da equipe de enfermagem, acerca destas práticas. Segundo dados extraídos da unidade, a cada 100 internações em média 10 são decorrentes de complicações da diabetes, em sua grande maioria casos de hiperglicemia com ou sem cetoacidose.

Segundo dados obtidos no Ministério da Saúde (2014), o estado registrou um aumento no número de casos de Diabetes em 8,44%, em relação a 2008, porém não se pode afirmar que este aumento é real ou é devido ao aumento no cadastro deste pacientes.

Segundo Coelho,

Investir nos trabalhadores é auxiliá-los a entender os processos de trabalho em que estão mergulhados e situá-los como criadores desse modo de trabalhar na nova Emergência, investigando quais velhos modos de trabalhar continuam a existir e não são mais funcionais.

Como forma de aprofundamento sobre o tema cuidados para clientes Diabete Mellitus em situações de emergência partimos de uma busca na literatura como forma de atualização para fundamentar teóricamente a intervenção assistencial nas rodas de conversas direcionadas aos trabalhadores de enfermagem que trabalham na emergência, como finalidade de trocas de experiências e aprimoramento de conhecimento coletivo e individual em um ambiente normalmente cercado de agilidade e mecanicismo no atendimento. Escolhi este ambiente por perceber a necessidade que esses profissionais têm de expressar suas opiniões, desmistificar velhos conceitos, compartilhar questionamentos e vivencias profissionais.

Para tanto partimos da questão problema:

Quais os conhecimentos saberes e práticas são necessários para qualificar o cuidado e o atendimento de enfermagem para clientes com Diabete Mellitus em situações de Emergência?

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Desenvolver uma prática assistencial de intervenção de enfermagem do tipo rodas de conversa com equipe de enfermagem relacionada aos cuidados e atendimento a clientes com Diabetes Mellitus em situações de emergência e urgência.

Objetivos Específicos

- 1- Buscar na literatura os conhecimentos e práticas atualizadas sobre Diabetes Mellitus e cuidados de enfermagem para o atendimento de clientes em situações de emergência e urgência;
- 2- Identificar conhecimentos, saberes e práticas que a equipe de enfermagem possui relacionados aos cuidados para o atendimento de clientes com diabetes em situações de emergência e urgência;
- 3- Compartilhar conhecimento, saberes e práticas atualizadas relacionadas ao cuidado de enfermagem para o atendimento de clientes com diabetes em situações de emergência e urgência.
- 4- Refletir com a equipe de enfermagem o seu processo de trabalho e os cuidados de enfermagem realizados no atendimento de clientes com diabetes em situações de emergência;
- 5- Relatar a prática assistencial de intervenção de enfermagem Roda de Conversa realizada com a equipe de enfermagem sobre a temática diabetes mellitus cuidados e atendimento em situações de emergência e urgência.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

DIABETES MELLITUS - CONCEITO

A Diabetes Mellitus pode ser conceituada como uma série de fatores metabólicos que unidos geram a diminuição na secreção e/ou resistência à insulina, o qual gera como consequência a hiperglicemia. (BRASIL, 2006).

Segundo Brunner e Suddarth (2009), os efeitos da hiperglicemia a longo prazo levam as complicações macrovasculares e microvasculares crônicas, bem como as complicações neuropáticas.

O Diabetes é considerado relativamente comum e em fase de crescimento, gera alta morbimortalidade e incapacitação, bem como diminuição da qualidade de vida da população. No mundo estima-se que 11% da população adulta é acometida pela doença, grande parte desta população desenvolverá alguma complicação, como retinopatia, neuropatia, cardiopatia ou perda de membros. (BRASIL, 2006).

Etiologicamente pode-se dividir em Diabetes Mellitus Tipo 1, Tipo 2 e Gestacional, atualmente é a classificação aceita. O Diabetes Mellitus Tipo 1, anteriormente classificado como insulino dependente, caracteriza-se pela incapacidade do pâncreas em produzir insulina, pela destruição das células Beta pancreáticas (total ou parcialmente). Normalmente acomete a faixa etária dos 10 aos 14 anos, porém pode ser observada em adultos em menor escala. A destruição de estas células pode ser autoimune ou idiopática. (BRASIL, 2006).

Brunner e Suddarth (2009) descrevem que fatores genéticos, imunológicos e possivelmente ambientais, combinados contribuem para a destruição das células betas pancreáticas, porém estes mecanismos ainda não sejam bem compreendidos. Aceita-se que existe uma suscetibilidade genética para o desenvolvimento do Diabetes Mellitus Tipo 1.

O Diabetes Mellitus Tipo 2, é caracterizado pela deficiência relativa à insulina, normalmente e associada a obesidade ou sobrepeso, raramente causa cetoacidose. (BRASIL, 2006). Os principais problemas observados na Diabetes Mellitus Tipo 2, “estão na resistência e secreção de insulina, que estão prejudicadas, relacionadas a sensibilidade tissular diminuída”. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009). O Diabetes Gestacional consiste na hiperglicemia observada na gestação, normalmente é transitória resolvendo-se no pós parto, porém podem retornar alguns anos depois. (BRASIL, 2006).

PRINCIPAIS SINTOMAS E TRATAMENTO DA DIABETES MELLITUS

Classicamente os principais sintomas da Diabetes são os chamados 4 “Ps”: Poliúria, Polifonia, Polidipsia e Perda de peso. Porém observa-se que grande parte dos pacientes são inicialmente assintomáticos, sendo a complicação a origem da suspeita diagnóstica, bem como sintomas com fadiga, fraqueza, letargia e prurido cutâneo e vulvar (BRASIL,2006).

Segundo Brunner e Suddarth (2009) as metas do tratamento do diabetes em geral, consistem em normalizar a atividade da insulina e os níveis de glicose circulante, afim de diminuir os riscos e complicações macro, microvasculares e neuropáticas.

De acordo com Brasil (2009), na diabetes tipo 1, como apresenta nível elevado de complexidade, deve ser encaminhado ao endocrinologista, para início do esquema terapêutico, pois este normalmente necessita de insulino terapia. Na Diabetes Tipo 2 o passo inicial e a mudança no estilo de vida, farmacoterapia afim de evitar e prevenir as complicações crônicas.

Na tabela a seguir é mostrada as metas de controle glicêmico, metabólico e cardiovascular e a periodicidade do monitoramento.

PARÂMETRO	META	PERIODICIDADE
Plano alimentar	Alimentação saudável 18,5<IMC<25kg/m ² ou perda de peso.	Verificar e orientar a cada consulta.
Atividade física	> 30 min/d ou > 1h/dia (perda/manutenção de peso)	Verificar e orientar a cada consulta.
Fumo	Não fumar	Verificar e orientar a cada consulta.
Hemoglobina glicada (A1C)	<7%	A cada 3 meses até alcançar controle; depois, a cada 6 meses.
Glicemia de jejum	90-130 mg/dL	Mensal
Colesterol LDL	<100 mg/dL	Anual
Colesterol HDL	>40 mg/dL	Anual
Triglicerídeos	<150 mg/dL	Anual
Pressão arterial	<130/80 mmHg	A cada consulta

TABELA 1. Fonte: Brasil (2006).

Dentre as mudanças no estilo de vida, a alimentação está no topo das prioridades, esta é fundamental para a melhora e alcance dos parâmetros acima listados, transcorreremos brevemente a seguir sobre esta temática (Brasil, 2006).

Brasil (2006) lista algumas recomendações quanto a ingestão alimentar:

- A ingestão energética deve ser adequada a atividade física e os carbo-hidratos simples substituídos por complexos (50 a 60%), preferencialmente os ricos em fibras.
- A refeições devem ser fracionadas (5 ou 6), pobres em gorduras.
- Os doces devem ser desencorajados e se consumido substituindo outro carboidrato, para não aumentar o valor calórico diário.
- Adoçantes devem ser orientados, em quantidades adequadas, bem como alimentos diet e light, sempre ficando atento ao valor energético;
- Álcool deve ser moderado, e limitado a duas doses/ diárias, preferencialmente nas refeições, para aqueles que possuem níveis de triglicérides adequados, caso contrário deve ser evitado, bem como quem possui descontrole metabólico.

Segundo Brunner e Suddarth (2009), “para os pacientes obesos com diabetes (principalmente a tipo 2) a perda de peso é primordial para o tratamento”. Brasil (2006), afirma que aqueles pacientes que não conseguem atingir esta meta necessitam de “suporte emocional ou orientação nutricional individualizada, para vencer esta etapa da mudança no estilo de vida”.

No que se refere a atividade física,

A prática regular de atividade física é indicada a todos os pacientes com diabetes, pois, melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida. (BRASIL, 2006).

Segundo Brunner e Suddarth (2009), “o exercício físico também altera as concentrações lipídicas sanguíneas, aumentando os níveis de lipoproteínas de alta densidade e diminuindo os níveis de colesterol total e triglicerídeos”.

Segundo Brunner e Suddarth (2009), é possível dividir as complicações em curto e longo prazo. As três principais complicações agudas ou de curto prazo ainda segundo Brunner e Suddarth (2009), são: Hipoglicemia, Cetoacidose Diabética e Síndrome não-cetótica Hiperosmolar Hiperglicêmica ou Síndrome Hiperosmolar Hiperglicêmica.

A hipoglicemia é também chamada de reação insulínica e ocorre quando a glicemia capilar cai abaixo de 50 ou 60 mg/dl, normalmente é causada por excesso na dose de insulina ou hipoglicemiantes orais, diminuição na ingestão alimentar ou excesso nas atividades físicas. (BRUNNER e SUDDARTH, 2009). Brasil (2006), conceitua a hipoglicemia como:

[...] é a diminuição dos níveis glicêmicos – com ou sem sintomas – paravalores abaixo de 60 a 70 mg/dL. Geralmente essa queda leva a sintomas neuroglicopênicos (fome, tontura, fraqueza, dor de cabeça, confusão, coma, convulsão) e a manifestações de liberação do sistema simpático (sudorese, taquicardia, apreensão, tremor).

Segundo Brunner e Suddarth (2009), a recomendação usual é para 15g de uma fonte de carboidratos de ação rápida, como por exemplo 3 ou 4 comprimidos preparados comercialmente, 120 a 180ml de suco de frutas, 6 a 10 doces rígidos ou ainda 2 a 3 colheres de chá de açúcar ou mel.

O nível glicêmico deve ser monitorado a cada 15 minutos, caso os sintomas persistam 10 ou 15 minutos depois do tratamento inicial o tratamento deve ser repetido. (BRUNNER E SUDDARTH, 2009)

Em situações de emergência em que os pacientes adultos estão com a consciência diminuída ou inconscientes uma injeção de glucagon 1mg pode ser injetado ou via intramuscular ou subcutânea, bem como 25 ou 50 ml de glicose 50% em via intravenosa. (BRUNNER E SUDDARTH, 2009).

Brasil (2006), recomenda em ambiente hospitalar:

Se sinais de hipoglicemia grave, administrar glucagon SC ou IM ou 20 mL de glicose a 50% e manter veia com glicose a 10% até recuperar plenamente a consciência ou glicemia >60 mg/dL; manter então esquema oral, observando o paciente enquanto perdurar o pico da insulina; pacientes que recebem sulfonilurêias (especialmente clorpropamida e glibenclamida) devem ser observados por 48 a 72h para detectar possível recorrência.

A cetoacidose diabética é ocasionada quando a quantidade de insulina produzida ou utilizada é insuficiente ou ausente, resultando em distúrbios no metabolismo dos principais nutrientes orgânicos (carboidratos, proteínas e lipídios). (BRUNNER e SUDDARTH; 2009).

Ela possui três aspectos clínicos principais que são a hiperglicemia, desidratação com perda de eletrólitos e a acidose. (BRUNNER e SUDDARTH; 2009). Além destes sintomas a hiperglicemia da cetoacidose diabética, leva a poliúria, polidipsia, bem como cefaleia, turvação visual e fraqueza. Em alguns casos hipotensão ortostática e pulso fino e rápido. Sintomas gastrintestinais podem estar presentes, “como anorexia, náuseas, vômitos e dor abdominal”, o paciente pode ter nível de consciência normal, letargia ou até coma. (BRUNNER e SUDDARTH, 2009).

Segundo Brunner e Suddarth (2009), os níveis séricos de glicose variam entre 300 mg/dl e 800 mg/dl, porém estes valores individuais não estão diretamente relacionados gravidade da condição.

Brunner e Suddarth (2009), reitera que além de tratar a hiperglicemia, deve-se tratar a desidratação, déficit de eletrólitos e acidose, ainda segundo a mesma literatura, a reidratação é importante para manter a perfusão tissular e a excreção de glicose pelos rins, o paciente pode precisar de 6 a 10 litros de líquidos. A fim de monitorar o estado de volume hídrico, devemos realizar sinais vitais com mais frequência, bem como avaliação pulmonar e balanço hídrico.

Além da reidratação, logo no início do tratamento, a reposição de eletrólito faz-se necessária, principalmente o potássio, que embora inicialmente possa estar normal, baixa ou elevada, devido ao próprio tratamento pode ser depletado (insulino terapia e hidratação). (BRUNNER e SUDDARTH; 2009).

A acidose deve ser revertida com a Insulinoterapia intravenosa em velocidade contínua e lenta, até que a administração subcutânea seja reestabelecida, qualquer interrupção na administração pode retomar o acúmulo de corpos cetônicos e a acidose agravada, os níveis glicêmicos voltando ao normal a acidose estará corrigida. (BRUNNER e SUDDARTH; 2009).

TIPOS DE DIABETES

Na síndrome Não-Cetótica a hiperosmolaridade e hiperglicemia predominam, sem a cetose. Basicamente a causa é a falta de insulina, esta provoca uma desidratação intensa, bem como glicosúria, hipernatremia e osmolaridade aumentada. É mais comum em idosos, portadores de diabetes tipo 2, não diagnosticada (BRUNNER e SUDDARTH; 2009).

Segundo Brasil (2006) “a sintomatologia das três grandes manifestações cardiovasculares – doença coronariana, doença cerebrovascular e doença vascular periférica – é em geral semelhante à de pacientes sem diabetes”.

Podemos destacar algumas características importantes como a “angina de peito e infarto do miocárdio podem ocorrer de forma atípica na apresentação e na caracterização da dor devida à presença de neuropatia autonômica cardíaca do diabetes.” A evolução pós infarto é pior nos pacientes com diabetes. (BRASIL, 2006). “As manifestações cerebrais de hipoglicemia podem mimetizar ataques isquêmicos transitórios.” (BRASIL; 2006).

A retinopatia diabética é a principal forma de cegueira irreversível no Brasil. Ela é assintomática nas suas fases iniciais, mas evolui ao longo do tempo, acometendo a maioria dos portadores de diabetes após 20 anos de doença. Os fatores de risco são semelhantes aos descritos para doença macrovascular, embora para complicações microvasculares, o controle da glicemia assume importância maior. A presença de nefropatia e gravidez também contribuem para sua evolução. (BRASIL; 2009).

Segundo Brunner e Suddarth (2009), a retinopatia diabética atinge os pequenos vasos sanguíneos (vênulas, arteríolas e capilares), que suprem a retina, ainda segundo mesmo autor, podemos dividir em três estágios esta doença: não-proliferativo, pré-proliferativo e proliferativo.

“A retinopatia não proliferativa nos graus severa, proliferativa e com edema macular clinicamente significativo são as de maior risco para cegueira; o rastreamento tem como objetivo o diagnóstico precoce para prevenção de cegueira através fotocoagulação.” (BRASIL; 2009).

Segundo Brasil (2009), “a nefropatia diabética também é uma complicação comum e devastadora em pacientes com diabetes, com uma frequência pouco inferior a retinopatia”. Brunner e Suddarth (2009), relatam que cerca de 20 a 30% dos pacientes diabéticos desenvolvem retinopatia, ainda segundo a mesma literatura quando os níveis de glicemia ficam constantemente elevados, por um longo período rim e estressado e as proteínas sanguíneas extravasam para a excreção.

Como sintomas desta condição podemos observar a falência múltiplas de sistemas, como por exemplo acuidade visual decrescente, impotência, úlcera de pé, insuficiência cardíaca e diarreia noturna (BRUNNER e SUDDARTH; 2009).

A microalbuminúria é o melhor marcador disponível para identificar indivíduos em risco de desenvolverem insuficiência renal. Deve ser dosada em conjunto com creatinina em todos pacientes com diabetes tipo 2 no momento do diagnóstico. Pode ser dosada em amostra casual, com ou sem creatinina urinária ou em urina de 24 horas. (BRASIL; 2009).

Brunner e Suddarth (2009), define como um grupo de doenças que afetam todos os tipos de nervos, e clinicamente apresenta sintomas diversos, dependendo de sua localização.

É a complicação mais comum do diabetes, compreendendo um conjunto de síndromes clínicas que afetam o sistema nervoso periférico sensitivo, motor e autonômico, de forma isolada ou difusa, nos segmentos proximal ou distal, de instalação aguda ou crônica, de caráter reversível ou irreversível, manifestando-se

silenciosamente ou com quadros sintomáticos dramáticos. A forma mais comum é a neuropatia simétrica sensitivomotora distal. Pode se manifestar por sensação de queimação, choques, agulhadas, formigamentos, dor a estímulos não-dolorosos, câimbras, fraqueza ou alteração de percepção da temperatura, pode ser em repouso, com exacerbação à noite e melhora com movimentos. (BRASIL; 2006).

Sua etiologia envolve níveis elevados de glicose por longos períodos da vida, sua “patogenia e atribuída a um mecanismo vascular e/ou metabólico” (BRUNNER e SUDDARTH, 2009).

O reconhecimento precoce e o manejo da neuropatia diabética são importantes, pois, permitem, o início de um tratamento específico em casos sintomáticos, reconhecimento e orientação adequada de pacientes em risco de lesões em membros inferiores não percebidas e acompanhamento da disautonomia autonômica relacionada com maior morbimortalidade. Não existe tratamento específico para lesão neural, além, do controle glicêmico que pode retardar a progressão da doença. (BRASIL; 2006).

Brunner e Suddarth (2009), afirmam que “50 e 70% das amputações do membro inferior são realizadas nas pessoas com diabetes”, ainda segundo esta mesma literatura 50% delas são evitáveis, caso estes pacientes fossem devidamente orientados e praticassem medidas simples de cuidados com os pés.

Segundo Brasil (2006) as úlceras de pés e amputação de extremidades são complicações graves e a sua prevenção visa prevenir a neuropatia e a vasculopatia.

Brunner e Suddarth (2009), atribue a patogenia dos pés diabéticos as complicações oriunda do diabetes, como a neuropatia (leva a perda na sensação de pressão, ressecamento e fissura, bem como a atrofia muscular), doença vascular periférica (circulação deficiente o que contribui para a má cicatrização e desenvolvimento de gangrenas) e imunocomprometimento (a hiperglicemia prejudica a capacidade dos leucócitos especializados em destruir bactérias).

Brunner e Suddarth (2009), descreve algumas características de alto risco:

- Duração do diabetes de mais de 10 anos;
- Idade acima de 40 anos;
- História de tabagismo;
- Pulsos periféricos diminuídos;
- Sensação diminuída;
- Deformidades anatômicas ;
- História de úlcera de pé.

Brasil (2006), elencou alguns cuidados básicos a serem orientados aos pacientes diabéticos:

1. Examinar os pés diariamente. Se necessário, pedir ajuda a familiar ou usar espelho.
2. Avisar o médico se tiver calos, rachaduras, alterações de cor ou úlceras.
3. Vestir sempre meias limpas, preferencialmente de lã, algodão, sem elástico.
4. Calçar sapatos que não apertem, de couro macio ou tecido. Não usar sapatos sem meias.
5. Sapatos novos devem ser usados aos poucos. Usar inicialmente, em casa, por algumas horas por dia.
6. Nunca andar descalço, mesmo em casa.
7. Lavar os pés diariamente, com água morna e sabão neutro. Evitar água quente. Secar bem os pés, especialmente entre os dedos.
8. Após lavar os pés, usar um creme hidratante á base de lanolina, vaselina líquida ,x,ou glicerina. Não usar entre os dedos
9. Cortar as unhas de forma reta, horizontalmente.
10. Não remover calos ou unhas encravadas em casa; procurar equipe de saúde para orientação.

3 MÉTODO

A metodologia escolhida para esta prática de intervenção assistencial foi a roda de conversa a qual busca construir conhecimento saberes e práticas a partir do encontro e da comunicação horizontal dialógica a qual privilegia a escuta e o respeito a voz de todos os participantes. Trata-se de uma prática de compartilhar conhecimentos e práticas resignificando o saber e o ser profissional no cotidiano do trabalho de enfermagem.

CONTEXTO DA INTERVENÇÃO

O contexto de realização desta prática de intervenção assistencial foi a Policlínica Cosme e Silva, localizada em Boa vista/ RR. O local desta prática foi o serviço de emergência e urgência que funciona paralelo ao ambulatório. O serviço é dividido em observação (8 leitos adultos, 4 leitos infantis e 9 cadeiras de hidratação) e trauma (2 leitos), sala de sutura, sala de vacina, sala de medicação, sala de nebulização, sala de classificação de risco, bem com central de materiais e esterilização. A unidade conta com dois enfermeiros por turno de plantão, sendo um na classificação de risco e o outro nos cuidados e 12 técnicos em enfermagem, também por turno de serviço.

Os participantes foram 12 trabalhadores da equipe de enfermagem foram realizadas atividades de capacitação no caso as rodas de conversa, por meio de diálogos, apresentações

e conversas informais, durante duas reuniões de equipe, a primeira realizada no dia 10/02/2014 e a segunda dia 05/04/2014.

Foram estabelecidos dois momentos para a realização das atividades, porém esta pode ser ampliada e estendida conforme a aceitação e necessidade dos participantes. Realizamos atividades de cerca de 1 hora, durante reuniões mensais da equipe. Estas reuniões são normalmente em horários paralelos ao trabalho, devido à dinamicidade da emergência.

Foram abordadas questões acerca da Diabetes Mellitus em situações de urgência e emergência, bem como cuidados e orientações acerca da cronicidade da doença. Como estilo de vida, inclusão em ESF, e grupos de apoio.

Rodas de conversa

O binômio ensino / aprendizagem apresenta duas faces de uma mesma moeda. É inseparável. Uma é a causa e a outra, a consequência. E vice-versa. Isso porque o ensino / aprendizagem é um processo, implica movimento, atividade, dinamismo; é um ir e vir continuamente. Ensina-se aprendendo e aprende-se ensinando. (Oliveira, 2006, apud Silva e Nascimento, 2009).

A roda de conversa foi escolhida por ser um método coletivo de criação de diálogo, em que os trabalhadores possam se expressar e trocar conhecimento. O objetivo principal desta prática é estimular “a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da troca de informações e da reflexão para a ação”.(COELHO).

Segundo Silva e Nascimento (2009), as rodas de conversas “envolvem, portanto, um conjunto de trocas de experiências, conversas, discussão e divulgação de conhecimentos entre os envolvidos nesta metodologia”. Coelho, esclarece que,

Valorizar os processos coletivos, em contraste com o mundo contemporâneo do individualismo e da competição geradora de disputas, é o que permite que os sujeitos se reposicionem na perspectiva de seu protagonismo e da sua importância na construção de redes de cuidados compartilhados.

Ainda segundo Coelho, alguns objetivos podem ser elencados para a prática de rodas de conversas em ambientes de emergência:

- Possibilitar a abertura de um espaço de encontro, de escuta e de troca entre os trabalhadores da emergência, compartilhando experiências de trabalho e aumentando o grau de percepção do todo, na perspectiva da humanização.
- Intervir nas dificuldades, visando fortalecer e instrumentalizar o grupo para resolvê-las; buscando com o trabalhador o clareamento de suas queixas e a compreensão de sua participação nos problemas e soluções, frente à complexidade do processo de trabalho;

- Valorizar o desenvolvimento de competências coletivas (relacionais, trabalho em equipe, de serviço).

Considerando que o processo ensino-aprendizagem constitui-se, em uma relação bilateral, amparada no diálogo de saberes, significados, confrontos e interações de ideias constata-se a importância do agente mobilizador do conhecimento, aquele através do qual se constroem e reconstruem os conceitos, se sistematizam as leituras de mundo e se desenvolvem as diversas habilidades de interpretação, registro e análise crítica acerca dos fenômenos e processos espaciais. (SILVA; NASCIMENTO (2009) apud LIBÂNEO (1990)).

4 RESULTADO E ANÁLISE

O presente trabalho procurou ampliar os conhecimentos acerca da Diabetes Mellitus como um todo, com ênfase na situações de emergência e urgência da doença, na equipe de Enfermagem da Policlínica Cosme e Silva. Para que este objetivo fosse atendido, foi organizado rodas de discussões com os profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem. As atividades foram realizadas na sala da coordenação de enfermagem da Policlínica.

As dúvidas acerca da temática surgiram durante os inúmeros atendimentos prestados, em um único dia de trabalho, a portadores de diabetes. Com o decorrer dos atendimentos os profissionais de enfermagem referiram diversos questionamentos, o que fez surgir a ideia de criarmos momentos para discussão e reflexão acerca da temática. O momento proposto foi durante as reuniões mensais da equipe, o qual é dedicado as discussões e melhorias da assistência. Assim foram selecionados dois momentos iniciais para esta discussão.

O primeiro encontro ocorreu no dia 10/02/2014 com início às 14h, e participaram 6 técnicos e 7 auxiliares de enfermagem se fizeram presente e teve duração de 1h e 40 minutos.

Primeiro momento

Neste primeiro momento iniciei a atividade esclarecendo a metodologia a ser utilizada, desmistificando os conceitos de educação em saúde comumente utilizados, bem como os participantes relataram suas expectativas acerca da atividade, relatei os objetivos da atividade e o tema gerador da roda. Dentre estas expectativas foram citadas:

“Ampliar os conhecimentos sobre diabetes”. A.S.T. Auxiliar de Enfermagem.

“Garantir uma assistência com mais qualidade” E.S. Técnica de Enfermagem.

“A educação permanente dos profissionais deve constituir parte de pensar e fazer dos trabalhadores com a finalidade de propiciar o crescimento pessoal e profissional dos mesmos e contribuir para a organização do processo de trabalho, através de etapas que possam problematizar a realidade e produzir mudanças.” (RICALDONI; SENA, 2006)

Elencamos nossas dificuldades e principais dúvidas acerca da temática, os pontos positivos e negativos de nosso atendimento. Alguns pontos foram relatados:

“Falta de estrutura na unidade” R.S.M. Auxiliar de enfermagem.

“Pacientes sem acompanhamento, pacientes sem dieta, tratamento que não faz efeito”
E.S. Técnica de enfermagem.

Após estas colocações, iniciamos uma breve revisão literária acerca do diabetes, sua fisiopatologia, tipos, sintomas e complicações. Após a exposição verbal e em forma de slides, discutimos as dúvidas e questionamentos.

Muitos dos questionamentos foram acerca do tratamento e cuidados a serem prestados em nossa realidade, o que abriu espaço para iniciarmos a temática das principais emergências em diabetes. Foram abordados:

- Hipoglicemia;
- Hiperglicemia (cetóticos e não-cetóticos)

Segundo momento:

Para melhor aproveitamento da discussão os participantes foram divididos em dois grupos, e cada um elaborou um caso clínico baseado nos atendimentos prestados na unidade.

Caso clínico 1:

“Homem de 60 anos, procedente do interior do estado, portador de diabetes há 10 anos e hipertensão. Procurou a unidade por estar sentindo-se “mal”, glicemia capilar 380mg/dl e Pressão Arterial de 180/90 mmhg, sem tratamento medicamentoso.”

Caso clínico 2:

“Mulher de 75 anos procedente de Boa Vista, em área descoberta pelo EFS, faz “acompanhamento na emergência sempre que sente-se mal”. Portadora de diabetes há aproximadamente 5 anos. Faz uso de hipoglicemiante oral 2 vezes ao dia, no momento glicemia de 580mg/dl e pressão arterial de 130/90mmhg.”

A partir desses casos discorreremos acerca dos cuidados, tratamento e orientações em cada caso, bem como a necessidade de introdução destes pacientes a Atenção Básica, para a continuidade do cuidado.

O segundo encontro ocorreu no dia 05/04/2014, iniciou-se como programado às 14 horas, com duração de 1 hora. Participaram desta roda 5 auxiliares e 6 técnicos em enfermagem.

Primeiro momento:

Durante o segundo encontro, a turma foi dividida em dois grupos, com cinco em um grupo e 6 em outros. Foram elaboradas estratégias para a melhoria de nossa assistência.

Os profissionais relataram a fragilidade no sistema e a necessidade de ampliação da cobertura da ESF, Atenção Básica do município está organizada em 06 áreas (Macroáreas) de saúde, implantadas nas áreas socioeconômicas mais vulneráveis, compõem essas Macroáreas 55 equipes de Estratégia da Saúde da Família, distribuídas em 32 unidades básicas de saúde, visto que a população utiliza amplamente o sistema, este fator “baixa cobertura” torna-se amplamente relevante na aumento de intercorrências emergenciais do Diabetes.

Visto as necessidades desta realidade, percebemos que devemos ampliar o olhar acerca desses pacientes reconhecendo suas fragilidades e necessidades e na medida do possível saná-las. Caso não esteja ao nosso alcance, orienta-los e norteá-los da melhor maneira possível.

Alguns itens foram relatados e sugeridos, como estratégias:

- Articulação com a atenção básica para a contra referência;
- Sistematização da assistência;
- Ampliação da estrutura hospitalar (realização de exames como gasometria e aquisição de bombas de infusão);

Desta maneira, estas estratégias foram encaminhadas como sugestões a Coordenação de Enfermagem, bem como a Direção da unidade. As Direções manifestaram satisfação com o resultado da educação continuada e comprometeram-se em analisar as sugestões e estratégias que lhe foram entregues.

Segundo momento

Nesta etapa final os participantes avaliaram a atividade, em exposição verbal. As avaliações foram positivas e enaltecidas, porém muitos lamentaram por se tratar de dois encontros apenas.

“Muitas de nossas praticas podem ser melhoradas, basta pararmos e refletirmos sobre elas”.T. S.S. Auxiliar em Enfermagem.

“As vezes não observamos, devido a pressa, o que realmente nossos pacientes precisam”E.S. Técnica em Enfermagem..

O que a profissional expõe, vai ao encontro do que informam Ferreira e Moura, ao colocarem que o atendimento na urgência/ emergência e um local que envolve muito estresse, um local agitado que as vezes não oportuniza um atendimento mais humanizado.

“o atendimento a pacientes em unidade de urgência e emergência expõe o profissional enfermeiro a situações extremamente estressantes e desgastantes, pois estão diretamente envolvidos nestas condições, pois além de lidar com o sofrimento e morte, trabalham, normalmente, em condições longe de ideais”. (FERREIRA E MOURA, 2012. P. 5)

As condições as quais o autor refere-se também abrange, normalmente em maior intensidade os demais profissionais de enfermagem, o que os torna ainda mais susceptíveis a os fatores estressantes. Tornando assim, o atendimento ainda mais automático e por vezes impessoal.

Finalizamos nossa atividade como um filme “O Menestral”(William Shakespeare).

Durante estes dois momentos de conversa surgiram outras dúvidas e fragilidades na equipe sobre outras temáticas, como parada cardiorrespiratória (PCR) e reanimação cardiopulmonar (RCP). O que possibilitou a abertura para possíveis novos encontros a serem preparados futuramente. Estes momentos proporcionaram uma maior segurança e despertou neles uma reflexão acerca de sua assistência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão da literatura realizada revela que a problemática do Diabetes Mellitus como uma doença epidêmica na população, evidenciando ainda algumas divergências em relação ao diagnóstico, tratamento e cuidados de prevenção, tanto pelos próprios portadores como pelos profissionais que prestam assistência a estes. Também temos consciência das limitações de conhecimentos e habilidades técnicas que equipe de Enfermagem da emergência, que atua no cuidado e no atendimento desta situação saúde-doença se defronta muitas vezes com uma necessidade de rapidez no atendimento e cuidados críticos e de alta complexidade em razão da condição grave de complicações da doença diabete quando este chega na Emergência exigindo competência técnica, tomada de decisão e acolhimento dentro de uma filosofia ética e bioética de humanização do cuidado e da assistência integral .

Consideramos que o papel do Enfermeiro como coordenador da equipe de enfermagem é proporcionar que sua equipe tenha desenvolvimento contínuo de competências teóricas e práticas visando formação e atualização dentro dos princípios da Educação e Trabalho onde o aprendizado se dá pela experiência cotidiana da prática no serviço permeada por vivências reflexivas de aprendizagem significativa e contextualizada na realidade concreta deste serviço, Esta prática de enfermagem e do processo de trabalho deve ser dialógica e compartilhada por toda a equipe a qual participa de todos os momentos da construção do conhecimento o singular –individual e o coletivo onde todos são corresponsáveis pela qualidade do cuidado e do atendimento , tendo claro que este necessita estar sendo avaliado e atualizado demonstrando evidências científicas e uso adequado da tecnologia em saúde

A utilização da metodologia da Roda de Conversa como estratégia de ensino aprendizagem e oportunidade de momentos de escuta e diálogo reflexivo com a equipe de enfermagem da Emergência demonstrou sua contribuição como espaço para compartilhar dúvidas, medos, limitações de conhecimento, saberes e técnicas, momento de evidenciar as ressonâncias do cuidar e assistir os pacientes com Diabete neste serviço do Hospital. A Roda de Conversa também aponta um caminho de construção para o conhecimento ,para as

habilidades e para as técnicas de cuidado, pois esta expressa em todos os seus momentos oportunidade de dar voz a todos, liberdade para compartilhar e se encontrar e construir pontes para superar limitações, frustrações, stress do trabalho e sentimentos de baixa estima e energia para o trabalho. Esta intervenção na prática assistencial da Roda de Conversa revelou através dos depoimentos dos participantes da equipe de enfermagem que esta demonstrou ser eficiente para a ampliação dos conhecimentos dos profissionais da equipe de enfermagem, Estes depoimentos também revelam e apontam que não só existem as fragilidades de conhecimentos decorrentes das escassas e não frequentes oportunidades de capacitação e educação continuada vai além dando visibilidade aos ineficiência e pouca eficácia e um grande fragilidade no sistema, pois este não qualifica a assistência e atendimento, acolhendo usuários negligenciados pela atenção básica tornando-os reincidentes na emergência.

Esta metodologia da Roda de Conversa possibilitou que os profissionais de equipe de enfermagem um momento reflexão/aprendizado e aprofundamento em conhecimento científicos e ressignificação de seu saber e de sua prática de forma dialógica e sensível à realidade, confirmou a crença na importância do “parar e pensar”, o raciocinar acerca do cuidado prestado, transformando-os em protagonistas e críticos de como cuidam e como assistem a população.

Essas novas práticas e estratégias de ensino-aprendizagem que continuarão a serem utilizadas, tenho a certeza que abrirão portas para a ampliação e continuidade de muitas outras “conversas”, bem como a qualificação constante e cotidiana de nossas práticas de cuidado e assistenciais.

A participação no Curso linhas de Cuidado possibilitou conhecer e aprender outras formas de aprender e ensinar utilizando-se a Educação Problematizadora que oportuniza a construção do conhecimento seja contextualizada na realidade concreta, reflexiva, crítica levando a consciência do profissional de enfermagem tornar-se sujeito ativo de seu processo de ser e aprender e ser livre para decidir qual será o seu caminho na profissão, nas relações de cuidado de si do outro e da própria vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde, **Cadernos da Atenção Básica: Diabetes Mellitus**. Cadernos de atenção de básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos: Brasília, 2006.

BRUNNER E SUDDARTH, **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

COELHO, Débora de Moraes. **Intervenção em grupo: construindo roda de conversas**. Disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_55.pdf Acessado em: 17/04/2014

FERREIRA, Marcelo Marques; MOURA, Heliane. **ENFERMAGEM NAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: O estresse do profissional enfermeiro na unidade e atendimento de urgências e emergências, uma revisão bibliográfica**. VI Congresso Multiprofissional em Saude. 18/06 a 22/06/2012. Disponível em: http://www.unifil.br/porta/arquivos/publicacoes/paginas/2012/8/485_749_publipg.pdf Acessado em: 13/04/2014

IBGE, **Estimativa da População por Município**, Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas de Populacao/Estimativas_2013/estimativa_2013_dou.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2013/estimativa_2013_dou.pdf) > acessado em: 13/04/2014

RICALDONI, Carlos Alberto Caciquinho; SENA, Roseni Rosangela de. **Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem**. Rev Latino-am Enfermagem. 2006. Novembro-dezembro; Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae> acessado em: 23/04/2014

SILVA, C. N. M. da e NASCIMENTO, M. A. G. do. **Rodas de Conversa e Oficinas Temáticas: Experiências Metodológicas de Ensino-Aprendizagem Em Geografia**. 2009, Porto Alegre, 10 Encontro Nacional de Prática de Ensino em Geografia-2009.

APÊNDICE

PLANEJAMENTO ATIVIDADE PRÁTICA -10/02/2014

ATIVIDADE EDUCATIVA – RODA DE CONVERSA

TEMA: DIABETES MELLITUS

TÍTULO: DIABETES MELLITUS E SUAS ESPECIFICIDADES NO CUIDADO

JUSTIFICATIVA DE REALIZAÇÃO DESTA ATIVIDADE

Grande demanda de atendimento desta patologia, e despreparo da equipe frente a doença e suas peculiaridades.

OBJETIVO

Aprimorar o conhecimento, sobre o tema, da equipe de enfermagem frente a assistências a esses pacientes.

PERÍODO: 10/02/2014

TEMPO DE DURACÃO: 1h e 30 min

MINISTRANTE: Enfermeira Aline Negrini

LOCAL : Coordenação de Enfermagem/PCS

PÚBLICO ALVO: Técnicos e Auxiliares em Enfermagem

RECURSO MATERIAL: computador e projetor de imagens, folhas de papel A4, canetas esferográficas e máquina fotográfica.

PLANEJAMENTO DO CONTEÚDO DIA 10/02/2014

O QUE É?	RECURSOS ESTRATÉGIAS	TEMPO DE DESENVOLVIMENTO	AVALIACÃO
Apresentação e exposição da atividade	Exposição dialogada	5 min	Organização e orientação acerca da atividade
DM (fisiopatologia,	Exposição dialogada (BRUNNER E	25 min	Apresentação do conteúdo e abre discussões

tipos, sintomas e complicações)	SUDDARTH, 2009) (BRASIL,2006)		
Emergência em diabetes (hipoglicemia e hiperglicemia)	Exposição dialogada (BRUNNER E SUDDARTH, 2009) (BRASIL,2006)	30min	Apresentação do conteúdo e abertura para discussões
Elaboração e construção de Casos clínicos (tratamento medicamentoso, cuidados de enfermagem e cuidados para a alta)	Divisão em dois grupos pequenos, resolução e apresentação dos casos	30 min	Discussão no pequeno e grande grupo

DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE

Iniciarei a atividade com breve elucidação da atividade e propondo a metodologia da roda de conversa, explicitando os objetivos da atividade.

1. Elencaremos as maiores deficiências que os participantes acreditam que possuem e suas expectativas acerca da atividade, pontos positivos e negativos da realidade local;
2. Discorreremos acerca do diabetes (sinais e sintomas, tipos, cuidados e situações de emergência em diabetes)
3. Divisão de grupos e elaboração de casos clínicos;
4. Discussão acerca dos casos clínicos.

PLANEJAMENTO ATIVIDADE PRÁTICA - 05/04/2014

ATIVIDADE EDUCATIVA - RODA DE CONVERSA

TEMA: DIABETES MELLITUS

TÍTULO: DIABETES MELLITUS E SUAS ESPECIFICIDADES NO CUIDADO

JUSTIFICATIVA DE REALIZAÇÃO DESTA ATIVIDADE

Grande demanda de atendimento desta patologia, e despreparo da equipe frente a doença e suas peculiaridades.

OBJETIVO

Aprimorar o conhecimento, sobre o tema, da equipe de enfermagem frente a assistências a esses pacientes.

PERÍODO: 05/03/2014

TEMPO DE DURACÃO: 1h

MINISTRANTE: Enfermeira Aline Negrini

LOCAL: Coordenação de Enfermagem/PCS

PÚBLICO ALVO: Técnicos e Auxiliares em Enfermagem

PLANEJAMENTO DO CONTEÚDO DIA 05/03/2014

O QUE É?	RECURSOS E ESTRATÉGIAS	TEMPO DE DESENVOLVIMENTO	AVALIACÃO
Estratégias de melhoramento da assistência (cuidado e rede de atenção)	Divisão em dois grupos. Exposição verbal e por escrita (BRASIL,2006)	30 min	Discussão no pequeno e grande grupo.
Avaliação da atividade	Exposição oral	15 min	Avaliação individual

Fechamento	Filme “O Menestrel”. (William Shakespeare).	15 min	Reflexão
------------	--	--------	----------

DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE

Segundo encontro

1. A turma será dividida em dois grupos e iniciará a discussão de ideias acerca da melhoria na assistência e elaboração de escrita de ideias e sugestões para a melhoria da assistência e da rede de atenção;
2. Avaliação da atividade, por meio de exposição oral;
3. Filme reflexivo “O Menestrel (William Shakespeare).”