

**FACULDADE PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DA AMAZÔNIA -
FADESA**

CAMILA SILVA SALES

**INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA
DIABETES TIPO II EM IDOSOS NO CONTEXTO EDUCAÇÃO E SAÚDE**

**PARAUAPEBAS - PA
2021**

CAMILA SILVA SALES

**INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA
DIABETES TIPO II EM IDOSOS NO CONTEXTO EDUCAÇÃO E SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA), como parte das exigências do Programa do Curso de Enfermagem, para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Jackson Luís Ferreira Cantão
Camila Silva Sales

CAMILA SILVA SALES

**INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA
DIABETES TIPO II EM IDOSOS NO CONTEXTO EDUCAÇÃO E SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA), como parte das exigências do Programa do Curso de Enfermagem, para obtenção do Título de Bacharel.

AVALIADA: 26 de Janeiro de 2022

Profº. Esp. Éverton Luís Freitas Wanzeler
(Banca Avaliadora)

Profº. Esp. Rafaela Silvério
(Banca Avaliadora)

Profº. Jackson Luís Ferreira Cantão
(Orientador – FADESA)

À Deus,
Meus pais que sempre estiveram ao meu
lado me apoiando
Minha irmã e a todos que sempre
estiveram ao meu lado...

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecer a Deus por ter me permitido chegar até aqui e concluir uma parte do meu sonho, me dando sabedoria, saúde e força. Todas as vezes que tive medo confiei em ti pois sei que nunca me abandonou.

Segundo aos meus pais e minha irmã, mãe Elaine e pai Mário obrigada por tanto por terem acreditado em mim quando algumas vezes fiquei em dúvida se era capaz de conseguir, amo vocês e sei que essa conquista é nossa, nós sabemos o quão difícil foi chegar aqui vocês foram minha fortaleza nesses 5 anos. Agradeço a você Caroline minha única irmã por esta ao meu lado sempre me apoiando amo você. Agradeço a cada familiar que sempre acreditou e torceu por mim, por cada palavra de incentivo.

Durante esses anos tive amizades sinceras que vou levar por toda minha vida, Edivaldo, Leticia, Lorrany, Lorena, obrigada por tudo que vivemos juntos, cada felicidade, cada angustia, cada momento compartilhado, esses anos foram melhores pois vocês estiveram lá comigo e eu amo vocês.

Agradeço ao meu orientador Jackson Luís Ferreira Cantão, obrigada por tanto, por toda paciência, por cada sugestão que me dava nesse período, por sempre está disposto a me ajudar, serei eternamente grata a você.

Agradeço a cada docente durante esses anos, obrigada por cada conhecimento transmitido, agradeço a todos vocês, meu muito obrigada.

“Dificuldades e obstáculos são fontes valiosas de saúde e força para qualquer sociedade”.

Albert Einstein

RESUMO

O Diabetes mellitus (DM) caracteriza-se como distúrbio metabólico que tem por característica a hiperglicemia, em que ocorre o aumento dos níveis sanguíneos de glicose pela produção, secreção e/ou utilização deficiente de insulina. Este estudo tem como objetivo, avaliar a necessidade das práticas educativas em saúde e como o autocuidado contribui para o desenvolvimento de um estilo de vida mais saudável. Nos últimos anos viu-se um elevado aumento de pessoas com o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, sendo os idosos os mais atingidos pela doença, necessitando de cuidados específicos com medicação e alimentação saudáveis, assim como trabalhar com orientações à população como medidas de prevenção e conscientização, sobre a importância da adesão ao tratamento para ter um controle sobre a doença. Esse trabalho originou-se através de revisão de literatura, e análise bibliográfica, onde evidenciou-se que muitos dos portadores de diabetes não conhecem o diagnóstico, bem como desconhecem os sintomas da doença, dificultando identificá-los e orientá-los em relação ao tratamento adequado para esta doença. Conclui-se que a diabetes mellitus é uma doença crônica que quando não tratada com os devidos cuidados promoverá complicações agudas ou crônicas podendo levar a óbito.

Palavras chave: Enfermeiro; Diabetes Mellitus tipo 2; Promoção e Prevenção de doenças; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Diabetes mellitus (DM) is characterized as a metabolic disorder characterized by hyperglycemia, in which an increase in blood glucose levels occurs due to the deficient production, secretion and/or use of insulin. This study aims to assess the need for educational practices in health and how self-care contributes to the development of a healthier lifestyle. In recent years, there has been a high increase in people diagnosed with type 2 diabetes mellitus, with the elderly being the most affected by the disease, requiring specific care with medication and healthy eating, as well as working with guidelines for the population as prevention measures and awareness about the importance of adherence to treatment to control the disease. This work originated through a literature review and bibliographic analysis, which showed that many of the people with diabetes do not know the diagnosis, as well as are unaware of the symptoms of the disease, making it difficult to identify and guide them in relation to the treatment. suitable for this disease. It is concluded that diabetes mellitus is a chronic disease that, when not treated with due care, will promote acute or chronic complications, which can lead to death.

Keywords: Nurse; Type 2 Diabetes Mellitus; Disease promotion and prevention; Health education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 REFERENCIALTEORICO.....	12
2.1 O IDOSO E O DIABETES	13
2.2A EQUIPE DE ENFERMAGEM PERANTE O ADOECER.....	15
2.3A EFICÁCIA A ADESÃO AO TRATAMENTO.....	17
3 METODOLOGIA DA PESQUISA.....	20
3.1 TIPO DE ESTUDO	20
3.2 TÉCNICAS DE COLETAS DE DADOS.....	20
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	20
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	21
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	21
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
4.1 FATORES PREDISPOENTES E HÁBITOS DE VIDA NO DESENVOLVIMENTO DA DOENÇA DE DIABETES	25
4.2 A NECESSIDADE DE REALIZAR ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA IDOSOS COM DIABETES.....	29
4.3 NÍVEL DE CONHECIMENTO DO IDOSO SOBRE A DOENÇA E A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO.....	34
4.4 A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO PODE SER UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	36
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

A diabetes é uma doença que vem acometendo milhares de pessoas anualmente, acarretando sérios riscos à saúde do cidadão, sendo os idosos os mais atingidos por essa doença crônica. Quando o tratamento não é realizado como se espera, os prejuízos à saúde podem ser imensos, podendo limitar o usuário na realização de suas tarefas cotidianas, reduzindo a produtividade do indivíduo, implicando em sérios riscos à qualidade de vida, aumentando os números de internações nos hospitais, chegando a morte (BRASIL, 2010).

A diabetes é uma doença crônica responsável por várias comorbidades quando não seguem com o tratamento adequadamente, como o desenvolvimento de arteriopatas, nefropatas e cardiopatas, sendo estas doenças no sangue que comprometem o fluxo sanguíneo para as partes dos membros, uma vez que as doenças são responsáveis por grande parte das internações no Brasil.

O Ministério da Saúde relata que o número de novos casos de diabetes tipo 2 acomete milhares de pessoas anualmente, podendo chegar no ano de 2025 a 11 milhões de pessoas com a doença crônica. A diabetes mellitus e a hipertensão arterial são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Brasil, sendo que as amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica que fazem hemodiálise (BRASIL, 2006).

O tratamento dessa doença de caráter endócrino metabólico é extremamente desafiante pelo requerido grau de envolvimento do paciente e família na adoção de hábitos salutarres, ao longo de toda a vida. Acredita-se que haja uma modesta adesão ao tratamento e alguns fatores, presumivelmente, estão relacionados a doença que não tem cura, que requer disciplina absoluta concernente ao controle dos níveis glicêmicos; complicações insidiosas resultando numa relativa sensação de isenção de complicações imediatas; necessidade de mudança radical de hábitos de vida requerida que pode ser encarada como maléfica, inviabilizando a adesão ao tratamento pelo diabético (OIGMAN, 2006).

Oigman (2006) descreve que a aceitação por parte do paciente ao tratamento é essencial, tendo em vista que os idosos já tem uma carga menor de imunidade, podendo ser adquirida outras comorbidades ao longo do processo. No entanto comparecer as consultas quando marcadas, fazer o tratamento como o profissional de saúde orienta, fazer as prescrições direito e as mudanças do estilo de

vida quando necessárias, são fundamentais para a realização do tratamento, e obter os resultados que se espera.

O tratamento do DM tipo 2 (DM2) tem o objetivo de alcançar o controle glicêmico satisfatório e redução da incidência de complicações, controlando os fatores de risco das doenças cardiovasculares. Os antidiabéticos orais são fármacos utilizados como primeira escolha para o tratamento do DM2, de forma isolada ou em associações e, eventualmente, acrescidos de uma ou duas doses de insulina basal, conforme a evolução da doença (BRASIL, 2013).

O tratamento não medicamentoso baseia-se em mudanças no estilo de vida por meio de reorganizações alimentares, controle ou redução do peso, moderação no uso de álcool, abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física, definida por qualquer movimento corporal produzido pela ação muscular que leva a gasto energético, além do consumo basal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014; BRASIL, 2013).

A partir dos anos 60 ocorreram grandes mudanças no mundo, tendo grandes evoluções tanto na saúde, educação, economia, política etc., onde se via uma população mais jovem, hoje se vê uma população mais velha, tendo um aumento na expectativa de vida, e ao mesmo tempo um aumento de idosos na sociedade, por isso a necessidade da qualidade de vida para que ocorra a diminuição de diabetes e comorbidades. Com todas essas mudanças, houve-se as doenças epidemiológicas, que são aquelas com alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias, que causa morbimortalidade, por aquelas com características crônicas não transmissíveis como as cardiovasculares, as neoplasias malignas, as doenças por causas externas, como acidentes etc., e as de transtornos mentais e diabetes (SILVA, 2017).

Um dos grandes problemas de saúde pública é o diabetes mellitus (DM). A Organização Mundial de Saúde, relata que cerca de 246 milhões de pessoas são diabéticas, tendo, portanto, o status de epidemia devido ao envelhecimento e crescimento da população, do mercado de trabalho, e obtendo um crescimento na urbanização, ocasionando um crescente aumento da obesidade devido ao aumento do sedentarismo, bem como a maior sobrevida do paciente com DM (DUARTE, 2002). É importante que haja um planejamento, para que possa quantificar a prevalência da DM, identificar e informar o número de diabéticas no presente e no futuro.

Deste modo encontra-se inúmeras doenças a respeito à saúde dos idosos.

A diabetes mellitus tipo 2 é uma doença que acomete pessoa em qualquer idade, podendo ser criança, jovens, adultos e idosos, tendo os cuidados em qualquer fase, pois as consequências são as mesmas. Vê-se o aumento considerado de diabetes em idosos acima de 65 anos, já que o homem tem uma diminuição da tolerância a glicose em jejum, a partir de 30 - 40 anos, por isso a maior probabilidade de ter diabetes a partir de uma certa idade e o grande volume de pessoas acometidas por ela (BRASIL, 2006).

Diante do exposto, observou-se que falta mais informações a serem realizadas exclusivamente com idosos a respeito da diabetes mellitus tipo 2. Nesse sentido entende-se que há necessidades de mais estudos a serem implantados a respeito da diabetes em idosos, principalmente que sirva de embasamento para novas ações na perspectiva de promover o autocuidado e conhecimento no âmbito da atenção. Através disso esse trabalho vem com o objetivo de avaliar a necessidade das práticas educativas em saúde e como o autocuidado contribui para o desenvolvimento do estilo de vida mais saudável, assim como avaliar nível de conhecimento do idoso sobre a doença e a importância do tratamento.

2 REFERENCIAL TEORICO

Ao longo dos anos viu-se um grande aumento de diabetes no Brasil, sendo os idosos os mais afetados com essa doença, ela acarreta uma série de mudanças na vida da pessoa, se tornando um problema de saúde pública se não tiver o devido controle, ocasionando um crescente aumento de morbidades e morbimortalidades. A Organização Mundial de Saúde estima que até 2030 haverá um aumento significativo de pessoas com diabetes, tendo um aumento de 366% de novos casos (ADA, 2012).

Com todas as mudanças que o mundo vem passando nos últimos anos como na vida social, econômicas, políticas etc., percebeu-se um aumento crescente em relação aos idosos. Esse aumento deve-se pelo fato da diminuição do sistema imunológico que o idoso passa, a partir dos 30 ou 40 anos, sendo que a imunidade dos mais jovens é mais resistente. Nos países desenvolvidos vê-se um aumento mais lento daqueles países que estão em desenvolvimento, o que faz pensar na necessidade de criar políticas públicas que funcione e que se adeque a progredir as novas mudanças ocorridas no mundo, principalmente daqueles países que estão lutando para se estabelecer (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010).

O diabetes atinge cerca de 18% dos idosos, sendo que 50% das pessoas com diabetes tipo 2, são idosos com mais de 60 anos. Ela está associada a um risco bem maior de morte prematura, sendo a doença que mais se associa com outras comorbidades e, especialmente ligadas a grandes síndromes geriátricas, tendo grandes prejuízos em relação a capacidade funcional, na autonomia, e na qualidade de vida, o que se caracteriza como uma doença de grande impacto no estilo de vida das pessoas, principalmente os idosos. Podendo acometer a falência de vários órgãos como, os rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos, por isso ela representa uma doença altamente prejudicial. Sendo que as pessoas com diabetes possuem maiores riscos de obterem hipertensão arterial, doenças coronarianas, doenças artéria, periférica e doença vascular cerebral, podendo ainda adquirir neuropatia, arteriopatas e disfunção autonômica, inclusive sexual, as quais afetam na grande maioria das vezes os idosos (SILVA et al., 2006).

A população idosa é mais vulnerável a doença que os mais jovens, pois este não tem mais a mesma resistência do sistema imunológico, ocasionando uma diminuição na imunidade, por isso a necessidade de implantar políticas públicas que ajudem no controle das doenças, uma vez que os tratamentos aos idosos poderão ser mais duradouras e há mais riscos de adquirir comorbidades que prejudique o quadro.

Com essa realidade vê-se a necessidade de implantar programas de promoção e prevenção de doenças aos idosos, tendo em vista que prevenir a patologia diminui as sequelas deixadas por ela. Sendo necessário desenvolver atividades que promova o autocuidado, que leve informações e que faça os usuários compreenderem a importância do tratamento, visto ser essencial para o controle da doença (RODRIGUES, 2008).

2.1 O IDOSO E O DIABETES

No mundo há milhares de doenças que incapacitam as pessoas, podendo ser agudas ou crônicas, mas de todas essas doenças uma das mais presentes na vida dos idosos são o diabetes mellitus tipo 2, essa influência toda a capacidade funcional das pessoas, podendo trazer prejuízos à saúde, ocasionando várias comorbidades quando não tratadas. A diabetes é uma doença caracterizada por um grande volume de açúcar no sangue, tendo um alto nível de glicose no sangue, afetando e alterando a forma com o corpo reage ao processo (SANTOS et al., 2015).

Ela se manifestará através de vários sintomas tendo como características a perda de peso, o aumento de apetite, causando ansiedade e estresse, tendo aumento excessiva de sede com um grande volume de micção, expelindo uma grande quantidade de urina, visão turva, além de outros sintomas, quando eles aparecem em uma pessoa é necessário que ela procure orientação, pois quanto mais rápido aderir ao tratamento melhor será para a sua saúde, e menos complicação acarretará, reduzindo o aparecimento de novas doenças obtendo a diminuição de riscos e novos agravos (GROSS et al., 2002).

Meclellan et al (2006) relata que a DM2, representa um notável encargo econômico para o indivíduo, conseqüentemente para a população em modo geral. No entanto pode-se agravar, principalmente quando não há controle adequado sobre os encargos, podendo ter custos mais altos aqueles que não realizam os tratamentos de modo adequado, comprometendo-se a produtividade e a qualidade de vida dos indivíduos.

A rede de tratamento do diabetes mellitus deve ser realizado na atenção primária, sendo a base da saúde, trabalhando na prevenção da doença, buscando informações e capacitações para estimular o controle da doença na vida das pessoas, buscando a diminuição de riscos que pôr si só ela oferece. É importante levar em consideração os principais componentes do sistema de saúde, buscando alternativas

de enfrentamento e fazendo uso de recursos locais, buscando alcançar a efetividade do tratamento e da qualidade de vida aos pacientes idosos (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001).

A adesão ao tratamento, portanto é fundamental para melhorar o controle glicêmico e metabólico, minimizar e prevenir as complicações e lesões em múltiplos órgãos decorrentes da história natural do DM, além de reduzir custos dos serviços de saúde de curto e longo prazo. Dessa forma, a pessoa com DM devera controlar a glicemia e desenvolver o autocuidado com o auxílio da equipe de saúde que deverá realizar intervenção educativa sistematizada e permanente (GROFF; SIMÕES; FAGUNDES, 2012).

De acordo com Antunes (2006) é necessário que o enfermeiro oriente e faça o acompanhamento da pessoa idosa, obtendo o controle sobre a doença e faça as notificações para os órgãos competentes, prevenindo a ocorrência de novos casos. É essencial que o profissional informe os pacientes sobre a gravidade da doença e garanta que este compreenda as informações repassadas para que não haja maiores risco a vida do usuário.

Quando os idosos não compreendem a gravidade do problema e que essa doença precisa ser tratada, o impacto poderá ser enorme tanto para a vida do sujeito como para o sistema de saúde, uma vez que poderá ocorrer maiores complicações, aumentando o número de internações, trazendo maiores custos e prejuízos ao sistema. Sabendo que a não adesão ao tratamento medicamentoso, a resistência a informação sobre a patologia, a falta do vínculo, tudo isso provoca riscos e agravos a saúde. Porém estes fatores não são os únicos, pois é muito importante que o individuo atribua ao tratamento o vínculo profissional-paciente, a importância da mudança do estilo de vida, na alimentação, atribuir atividades física a sua rotina, entre outros são fatores cruciais para o bom andamento do tratamento (TORRES; PACES; STRADIOTO, 2010).

A baixa adesão ao tratamento é uma das principais preocupações do profissional de saúde, em consonância com estudos que apontam taxa de adesão entre 40 e 90% decorrentes de causas multifatoriais relacionadas ao paciente, a relação profissional/paciente, a doença e sua história natural de evolução ao esquema terapêutico e aos gestores a quem cabe garantir recursos materiais de forma efetiva e recursos humanos mínimos e necessários em cada nível de assistência (BRASIL, 2012; GROFF; SIMÕES; FAGUNDES, 2012; RIBEIRÃO PRETO, 2011).

A evolução dos diagnósticos está cada vez mais precoce, tendo em vista que as pessoas estão tirando menos tempo para cuidar da saúde, colocando outras atividades como prioridades, ocorrendo, no entanto, mais complicações, e aumentando o número de casos graves no mundo. O diabetes traz sérios prejuízos para a vida do cidadão, podendo ocorrer complicações crônicas, insuficiência renal, a amputação de algum membro, a cegueira, doenças coronarianas, entre outras comorbidades. Ocasionalmente perdas significativas e necessárias para terem uma boa qualidade de vida (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011).

Garantir a assistência aos idosos é crucial para seu o seu desenvolvimento já que o diagnóstico por si só da doença gera grandes impactos como, o estresse, ansiedade, o medo da morte etc., prevenir a ocorrência desses sintomas ajuda os idosos a compreenderem a importância da não recusa ao tratamento e aceitar fazê-lo para o seu próprio bem, prevenindo a ocorrência de novas doenças e agravos. A equipe de Estratégia Saúde da Família trabalha junto com o indivíduo na prevenção e controle da doença, tendo o enfermeiro como o principal mediador nesse momento, ele que está em contato com indivíduo, contribuindo com o tratamento, realizando atividades de capacitação e educação em saúde, contribuindo com as informações e tirando todas as dúvidas quando houver (CARVALHO, 2011).

2.2 A EQUIPE DE ENFERMAGEM PERANTE O ADOECER

A equipe de enfermagem é essencial para o tratamento de doenças, sendo o enfermeiro o elemento da equipe essencial para acompanhar as condições de saúde e realizar a educação dos pacientes sobre o estilo de vida mais adequado para os idosos. Vários são os fatores que contribuem para a aquisição da diabetes, como levar uma vida desequilibrada, não ter o controle na alimentação que leva muito açúcar, os fatores genéticos, biológicos, envelhecimento entre outros. Sendo que a combinação desses elementos configura o aparecimento precoce do diabetes tipo 2, quando relacionado ao aspecto do envelhecimento. Estando o estilo de vida um dos principais fatores que acarretam a DM2 (SILVA, et al., 2017).

O diabetes é uma das doenças crônicas que mais afetam a vida da população, estando como a principal causa de insuficiência renal e de cegueira da pessoa adulta, podendo acarretar amputações em alguma parte do corpo. Além disso, evidencia-se que em média dois terços da população com diabetes manifestam formas leves a lesões nervosas, revertendo-se na diminuição da sensibilidade dos

membros inferiores e superiores, no retardamento do esvaziamento gástrico e síndrome do túnel do carpo (NIEMAN, 1999).

A sociedade brasileira de diabetes (2007) descreve que os três eixos etiológicos propostos são os fatores contundentes para o desenvolvimento do DM2 em algum momento da vida. Sendo que o fator genético está em um alto grau de influência, contemplando o histórico familiar de DM2, principalmente parentes que são do primeiro grau, a etnia, sendo que os afro-americanos, hispano-americanos, americanos nativos, asiáticos e islandeses do pacífico existe uma maior prevalência de DM2; a síndrome do ovário policístico; o histórico do diabetes gestacional e históricos de macrossomia e de abortos sem causa determinada, estão ligados aos fatores genéticos.

Ter uma vida desequilibrada contribui e muito para a ocorrência de doenças, sendo que a alimentação é essencial para da energia ao homem, mas quando está não estiverem em ordem pode gerar muitas doenças, tendo uma diminuição de energia, se tornando uma pessoa sedentária e contribuindo para a obesidade. O sedentarismo é um fator de risco para a saúde, podendo ocorrer alteração na hipertensão arterial, ter doenças cardiovasculares etc., e conseqüentemente gerar doenças (MALTA; SILVA, 2013).

A falência do pâncreas muitas vezes é caracterizada pela não adesão ao tratamento da diabetes, estando relacionado ao envelhecimento da população. No entanto entende-se que esses fatores de riscos são prejudiciais e muitas vezes influência a precocidade de uma pessoa adquirir a DM2. A urbanização ajudou para o aumento da precocidade da doença, pois as pessoas priorizaram mais outras coisas do que hábitos de vida saudável, as vezes deixando por último plano e se tornando cada vez mais sedentárias, prejudicando a qualidade de vida (PEDRAS; CARVALHO; PEREIRA, 2016).

A monitoração dos sintomas e do nível de glicose no sangue é muito importante para obter o controle da diabetes, realizando atividades complementares, mas muito necessárias para o tratamento sendo as: atividades físicas realizando a movimentação do corpo e dando energia, a alimentação saudável também contribui com a diminuição e o controle da doença, prevenindo a ocorrência de novos riscos à saúde (KIRKMAN, 2012).

O autor supracitado diz que a diabetes tipo 2 é a mais presente em idosos, sendo aquela que começa com uma resistência a insulina, ou seja ela não consegue

controlar direito os hormônios que são produzidos pelas células, ocasionando o descontrole dos hormônios, nesse momento o pâncreas passa a realizar essa função de acelerar a produção de insulina, com o passar dos anos poderá ocorrer uma sobrecarregar ao órgão, trazendo complicações para a saúde do idoso, as células começam a falhar pela grande quantidade de produção no organismo, daí surge o diagnóstico de diabetes, que é quando o açúcar no sangue tem um grande aumento na sua proporção, ficando muito alto.

2.3A EFICÁCIA A ADESÃO AO TRATAMENTO

A estratégia de controle por meio das atividades físicas é crucial para o tratamento, uma vez que já foi comprovado que uma pessoa sedentária, poderá obter uma série de doenças, sendo um fator contribuinte a riscos e agravos, por isso a necessidade de uma vida mais saudável e com equilíbrio (BRASIL, 2011).

Silva et al (2010) orienta para a obtenção do controle e atribuir o autocuidado na vida pessoal. Ela visa a necessidade do indivíduo está realizando os exames de rotina que são fundamentais para o controle de doenças, sendo que quanto mais cedo a doença for descoberta e tratada menos riscos a pessoa correrá, sendo mais efetivo o tratamento. Alguns são os sintomas atribuídos a diabetes como: o aumento da produção de urina muitas vezes sendo mais acentuada durante a noite; a ingestão elevada de água, sendo que a boca fica muito seca; vontade descontrolada pôr alimentos, e quando ingerido a sensação de fome continua; emagrecimento muito rápido; sensação de fraqueza; falta de energia, sem vontade ou interesse na realização de tarefas, cansaço, tais como exaustão, sonolência; tremores entre outros sintomas.

O indivíduo passa por perdas na sensibilidade corporal, afetando seus movimentos, dores musculares principalmente nos pés, representando sérios riscos a saúde, doenças como úlceras, cardiovasculares, impotência sexual, paralisia, e vários tipos de infecção também são fatores contribuintes e riscos. Obter o controle dos sintomas é essencial para o andamento da doença, sendo que a busca pelo melhor tratamento, diminuindo os fatores de riscos para a saúde é crucial (CAZARINE, 2002).

O diabetes tem um grande programa na saúde, ela é uma patologia bem auxiliada na atenção primária, sendo um dos principais programas, mas ainda é um problema de saúde pública, encontrando ainda muita resistência a respeito da população idosa frente ao tratamento de diabetes mellitus. No entanto acredita-se que

seja muito importante que o profissional enfermeiro elabore programas educativos voltados a população idosa, juntamente com a família e a comunidade, sendo que o idoso necessita de estímulo dos profissionais de enfermagem, adaptando-se da melhor maneira possível para as necessidades de ações de educação permanente voltados para os profissionais que operam nas redes de básicas de saúde, sendo estas as principais redes que possuem vínculos com o usuário e a comunidade (MACHADO, 2008).

É imprescindível que o enfermeiro realize atividades que estimule as pessoas, principalmente os idosos, a se capacitarem e a participarem das atividades educativas para estimular o conhecimento, e compreenderem a doença em sua plenitude, sendo que a educação em saúde contribui para a redução de novos casos e de maiores complicações. Como os idosos são os mais propensos a adquirir a diabetes, é muito importante que a família acompanhe-os nas consultas, para ajudá-los no que for necessário, e compreenda todo o processo de tratamento, pois o que se espera é que estes se sintam confortáveis e confiantes no tratamento. A equipe multidisciplinar é crucial nesse processo, principalmente nos momentos de capacitação, pois poderão auxiliar os profissionais de enfermagem na observação e controle, garantindo os direitos e deveres de toda a comunidade (CAZARINE et al., 2002).

Olhar o idoso em sua plenitude é essencial, não enxergá-los apenas como portadores de doenças, mas como uma pessoa que necessita de ajuda, para que isso ocorra é necessário atendê-lo da melhor forma possível, sem julgamentos ou preconceitos, sendo que a doença por si só acarreta uma série de sintomas, gerando ansiedade, estresse, medo etc., o enfermeiro tem como função contribuir e ajudá-lo a compreender a doença, identificar quais são os fatores de risco, uma vez que cada corpo lida com a doença de uma forma diferente, motivá-lo ao tratamento e dê continuidade para que não ocorra complicações, encaminhar os casos que forem necessários por conta de comorbidades aos médicos de acordo com a sua necessidade (MARASCHIN et al., 2010).

É muito importante que os profissionais amplie seu campo de visão, observe cada caso com as suas complexidades, busque ajudar as pessoas a aumentar seus limites, não se restringir ao que for mais fácil, compreenda a doença e contribua no processo de diminuição da doença, uma vez que o medo, o receio e a

negação por parte dos indivíduos é muito alto e está muito presente na sociedade (BARROS et al., 2011).

O profissional enfermeiro deve estar sempre atuando junto com a equipe multidisciplinar, para encontrar a melhor forma e solução de diminuir os casos de diabetes que está cada vez mais em alta, principalmente na população idosa. No entanto buscar alternativas que melhor se adapte a cada pessoa é crucial, pois cada corpo é um corpo e reage de forma diferente. Através disso vê-se a necessidade de atividades complementares que contribua e muito para o tratamento que são as atividades educativas de conscientização à doença, voltando-se sua atenção ao processo de cuidar a quem precisa tendo como base o conhecimento do processo de senescência e senilidade e no retorno da capacidade funcional para a realização das tarefas, com o propósito de atender as suas necessidades básicas e alcançar sua independência e felicidade.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo originou-se através do interesse pelo tema proposto, o qual se viu a necessidade de verificar a intervenção dos profissionais de enfermagem assim como os técnicos e auxiliares na promoção, prevenção e tratamento da pessoa idosa com diabetes mellitus tipo 2. Esta é uma revisão bibliográfica qualitativa, desenvolvida por meios de livros, artigos, teses de mestrado e doutorados, boletins do ministério de Saúde, entre outros. Segundo Marconi e Lakatos (1992), a pesquisa bibliográfica é o levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita. A sua finalidade é fazer com que o pesquisador entre em contato direto com todo o material escrito sobre um determinado assunto, auxiliando o cientista na análise de suas pesquisas ou na manipulação de suas informações. Ela pode ser considerada como o primeiro passo de toda a pesquisa científica.

O crescimento de pessoas com diabetes aumenta constantemente em todo o mundo podendo causar grandes complicações como o pé diabético, decorrente da patologia situada. Pôr isso vê-se a necessidade de implantação de técnicas, atividades e campanhas de conscientização e que preste orientação aos pacientes, já que a ausência de explicação prestada pelo enfermeiro na atenção primaria é um dos maiores agravantes para a ocorrência de situações graves, como lesões de membros inferiores e agravos para a vida social do sujeito.

3.2 TÉCNICAS DE COLETAS DE DADOS

Ocorreu uma criteriosa busca por meio de equipamentos eletrônicos o qual utilizou-se as palavras chaves: educação aos idosos; diabetes mellitus; assistência da enfermagem; educação em saúde. Deste modo foi utilizado as pesquisas por meio de bases de dados eletrônicos, como o Google acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciElo), Bibliotecas online, Portarias e Boletins do Ministério da saúde, que trouxeram dados referentes a diabetes em idosos, contribuindo para a construção do projeto, 2000 a 2020.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão para a seleção dos conteúdos foi através de, artigos na linguagem portuguesa, inglesa. Publicados na íntegra de acordo com a temática

referente à revisão integrativa, documentos, regulamentações, normativas de entidades de saúde acerca do tema, artigos, teses, e dissertações publicados nos referidos bancos de dados compreendendo os anos de 2005 a 2021. Tendo como materiais de exclusão aqueles que apresentaram duplicidade de referências e não estiveram disponíveis na íntegra sobre o que a pesquisa pede.

3.4 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados ocorreu com resultados trazidos por boletins de secretárias de saúde, e dos artigos selecionados a partir de uma análise crítica de leituras tendo como base o objetivo proposto, obtendo os dados necessários para verificar os níveis de diabetes em idosos, e qual a melhor intervenção que os enfermeiros devem possuir para ajudar o paciente a mudar seus hábitos e estilos de vida, alimentares, incluindo as atividades físicas na rotina, mantendo uma vida saudável a fim de diminuir a ocorrência de complicações obtida por um tratamento ineficaz.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Através do que foi elaborado é necessário que o presente estudo respeite as diretrizes e critérios estabelecidos pela resolução nº510 de 7 de abril de 2016 a qual considera a ética uma construção humana, devendo garantir os devidos cuidados éticos e zelar pelo cuidado dos dados obtidos, uma vez que as informações devem ser seguras e eficazes para o bom andamento da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De todos os materiais analisados para esse estudo, 10 (dez) foram utilizados como análise de resultados deste estudo, sendo que obter-se o conhecimentos do número de pessoas com diabetes de uma determinada população é fundamental para ser planejado as ações de saúde que são necessárias para enfrentamento da doença crônica, infelizmente em função da não disponibilidade dos dados atualizados em todos os países, trabalha-se em estimativa e a partir de uma base de dados de estudos nacionais e internacionais, vê-se o diabetes como uma preocupação mundial.

Tabela 1. Caracterização das pesquisas segundo o título de pesquisa, seus autores e seus principais resultados

Nº	TÍTULO DE PESQUISA	AUTORES	PRINCIPAIS RESULTADOS
01	Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos dependentes	SANTOS, W. P.; et al.,	Observa-se uma necessidade de o profissional de enfermagem fazer campanhas educativas de promoção, incentivar a prevenção na sociedade sobre obter uma vida mais saudável, para prevenir a ocorrência de novas doenças e agravos, e estimular o tratamento aos usuários. Tendo em vista que as interações educativas são cruciais para o desenvolvimento do usuário, ter um estilo de vida que contribua para o desenvolvimento é essencial para o desenvolvimento do usuário, pois ao realizar essas atividades o profissional tem o interesse de que as pessoas se sintam mais dispostos e percebam que podem realizar suas atividades mesmo com essa nova condição crônica, podendo desenvolver suas capacidades, mantendo os devidos cuidados
02	A (re) invenção do cotidiano no envelhecimento pelas práticas corporais e integrativas: escolhas possíveis, responsabilização e autocuidado	CAMARGO, T. C. A; TELLES, S. C. C; SOUZA, C. T. V. A	O envelhecimento populacional traz desafios não só na área da saúde, mas também na sociedade como um todo. Só para ter uma ideia do quanto a população vem envelhecendo é preciso ter um parâmetro para comparação, em 2010 existiam no Brasil 20,5 milhões de idosos que dava mais ou menos uma proporção de 39 idosos para cada 100 jovens e a população vem envelhecendo isso tem se tornado evidente nos serviços de saúde.
03	Repercussão do declínio cognitivo na capacidade	TRINDADE, A. P. N. T; BARBOZA, M. A;	Orientar sobre as medidas não farmacológicas, são uma das medidas da profissão, assim como

	funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados.	OLIVEIRA, F. B; BORGES, A. P. O.	as mudanças do estilo de vida do paciente, hábitos de vida, cessação do tabagismo, controle de peso, reabilitação alimentar, assim como avaliar, estimular o paciente a adesão ao tratamento medicamentoso.
04	Sobrecarga dos cuidadores de idosos: relato de experiência.	STEINDORFF, G. M, et al.	Conversar com o paciente sobre a situação vacinal, pois sabe-se que os paciente com doenças crônicas deve fazer a vacina contra influenza uma vez por ano, pacientes com uso de insulina é importante ensinar e supervisionar o auto monitoramento da glicemia capilar, pacientes diabéticos que faz uso de insulina, também é importante falar sobre o seu uso, técnicas de aplicação, locais de aplicação, descarte armazenamento da insulina.
05	Adesão ao tratamento de diabéticos tipo 2 usuários da estratégia da saúde da família situada no bairro Metropol de Criciúma, SC.	GROFF, D. P: SIMÕES, P. W. T. A; FAGUNDES, A. L. S.C.	As equipes de saúde devem promover o autocuidado, tendo como objetivo corresponsabilizar as pessoas com DM, para a realização do tratamento, através da motivação e modificação para um estilo de vida mais saudável. Fortalecendo a autoconfiança em si. Sendo que os benefícios do autocuidado são muitos, se o tratamento for levado a sério, e o usuário compreender que o comportamento do cuidado com a saúde é essencial para uma boa qualidade de vida.
06	Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família	ARAUJO, J. C.;; GUIMARÃES, A. C.	O profissional de enfermagem, deverá estar atento se o usuário está realizando o tratamento adequadamente, tendo em vista que seguir as recomendações que são passadas é fundamental para ter certeza que o idoso está compreendendo a gravidade da doença e que as informações estão sendo entendidas e seguidas de acordo com a nova realidade da pessoa.
07	Significados, para familiares, de conviver com um idoso com seqüelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC).	REIS, R. D, et al.	A baixa adesão ao tratamento e um das principais preocupações do profissionais de saúde, em consonância com estudos que apontam taxa de adesão entre 40 e 90% decorrentes de causas multifatoriais relacionadas ao paciente, a relação profissional/paciente, a doença e sua história natural de evolução ao esquema terapêutico e aos gestores a quem cabe garantir recursos materiais de forma efetiva e recursos humanos

			mínimos e necessários em cada nível de assistência.
08	Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II.	RIBEIRO, J. P; POPIM, R. C.	Os fatores de risco são a obesidade, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, vulnerabilidade, hábitos de vida, mudanças de comportamento que o paciente até o momento apresentou, antecedentes familiares e pessoais, alimentação, como saber como aquele paciente se alimentava até o momento, sentimentos do paciente em relação a doença.
09	Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal.	BARBOSA, L. M; NORONHA, K; SPYRIDES, M. H. C; ARAÚJO, C. A. D.	A enfermagem dentro da Gerontologia soma saberes, na verdade a arte de cuidar que a enfermagem já faz de acolher o ser humano, dentro de toda sua dimensão bio psico sócio cultural espiritual só que se soma nesse contexto da enfermagem o estudo do processo de envelhecimento, e quando se soma esses 2 saberes o cuidado com o processo de envelhecimento pode começar a pensar em promoção de saúde para essa população, começou a pensar em longevidade, como é tratar e cuidar dessa longevidade e pensar na Independência do idoso e trabalhar cada vez mais para que ele se mantenha autônomo e participante da sociedade.
10	Qualidade de vida na úlcera de pé diabético: não amputados versus amputados.	PEDRAS, S; CARVALHO, R; PEREIRA, M. G.	É muito importante que os pacientes diabéticos tenham seus pés examinados pelo menos uma vez por ano por um profissional de saúde, nesse momento é importante que se faça um exame completo dos pés dos pacientes, inspeção, palpação, teste de sensibilidade plantar através do monofilamento, assim como orientar os pacientes de como ele deve cuidar de seus pés, observar os pés todos os dias e diante se uma anormalidade procurar uma unidade de saúde para conversar com um profissional e poder intervir o quanto antes de uma possível lesão, ou uma possível ulceração.

Fonte: Autora, 2021

A tabela 2 apresenta as características das pesquisas, na qual observasse o ano em que a pesquisa foi publicada e o periódico, levando em consideração a metodologia utilizada pelos autores do trabalho, seguido dos objetivos de cada pesquisa.

Tabela 2. Detalhamento Das pesquisas, segundo ano/periódico da publicação, metodologia e objetivo.

Nº	ANO/PERIÓDICO	MÉTODO	OBJETIVOS
01	2019/ Revista Cuidar-te.	Estudo observacional, descritivo, com delineamento qualitativo	Conhecer as repercussões causadas no cotidiano de cuidadores de idosos que cuidam de idosos dependentes.
02	2018/ Rev Cade Bras Terapia Ocupacional.	Técnica da observação e entrevistas semiestruturadas.	Investigar a reinvenção no envelhecimento pela inserção nas práticas corporais e integrativas.
03	2013/ Rev Fisioterapia Mov.	Estudo de Campo e entrevistas.	Analisar o declínio da cognição e o seu impacto nas habilidades funcionais em idosos institucionalizados e não institucionalizados.
04	2018/ Rev Sanare.	Relato de Experiência.	Monitorar o uso de medicação e a pressão arterial.
05	2011, Florianópolis.	Estudo descritivo, observacional, transversal, de abordagem predominantemente quantitativa.	Conhecer o perfil epidemiológico e a prevalência da adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos tipo II usuários da estratégia da saúde da família situada no bairro Metropol da cidade de Criciúma, Santa Catarina.
06	2007/ Rev. Saúde Pública.	Estudo de Caso	Avaliar o impacto da implantação do Programa de Saúde da Família sobre o controle da hipertensão arterial, em uma Unidade Básica de Saúde.
07	2017/ Rev Interface.	Estudo de Campo e Entrevista semiestruturada.	Identificar os significados para os familiares de conviver com idosos com sequelas de AVC.
08	2010/ Esc Anna Nery.	Estudo de Campo e entrevista.	Descrever o significado de qualidade de vida, segundo relatos de idosos portadores de diabetes mellitus tipo II, e avaliar as repercussões da doença sobre sua vida.
09	2017/ Rev Bras Est Pop.	Estudo de Campo e Entrevista	Caracterizar o perfil do cuidador de idosos institucionalizados em ILPI, abordando especificamente a qualidade de vida relacionada à saúde mensurada pelo instrumento SF-36.
10	2016/ Rev psicologia, saúde e doenças.	Estudo transversal	Caracterizar a QdVRS de uma amostra de doentes com Pé Diabético e perceber se existem diferenças ao nível da QdVRS física (QVF) e QdVRS Mental (QVM) quando comparados com doentes com Pé Diabético já amputados.

Fonte: Autora, 2021

4.1 FATORES PREDISPOANTES E HÁBITOS DE VIDA NO DESENVOLVIMENTO DA DOENÇA DE DIABETES

O diabetes no mundo causa tanta preocupação porque são mais de 463 milhões de adultos entre os 20 – 79 anos que possuem a doença, com uma estimativa de chegar a 700 milhões em 2045. Vê-se também que 374 milhões de pessoas estão em risco de desenvolver diabetes, sendo que uma a cada duas pessoas com diabetes não são diagnosticados chegando a mais ou menos 232 milhões de pessoas, se somado esses dados pode-se chegar a 1 bilhão de pessoas que estão expostas a disglucemia, além disso a Federação Internacional de Diabetes no seu atlas de 2019 demonstrou que o diabetes causa 4,2 milhões de morte (CAMARGO; TELLES; SOUZA, 2018).

O diabetes é uma preocupação para a população idosa afinal $\frac{1}{4}$ da população acima de 65 anos tem diabetes, conforme a Associação Americana de Diabetes, publicado em 2020. Nas pessoas em geral a uma maior prevalência de diabetes, mais complicações crônicas, mais comorbidade e um maior gasto (SANTOS, et al, 2019).

Os autores supracitados revelam, que conforme a pessoa avança na idade, ocorre mais internações por diabetes, isso podendo gerar mais mortes, sendo que o Brasil é o 4º país em número de pessoas com diabetes no mundo e na região Saca de acordo com a Confederação Internacional de diabetes, que envolve a América do Sul e América Central, 40% das pessoas com diabetes não sabem que tem a doença, sendo 12,5 milhões de brasileiros com diabetes, chegando a ter mais de 72 milhões de pessoas por ano no Brasil.

Um ponto importa a destacar é que a cada 4 pessoas de 5 com diabetes, vivem em países de baixa ou média renda, $\frac{2}{3}$ das pessoas com diabetes vivem em áreas urbanas e a doença está 3 vezes mais presente entre aqueles que tem menor escolaridade. Esses dados nos revelam que quando o diabetes passa ser uma doença crônica, seus índices de apresentação socioeconômico, começa a demonstrar desfecho que não são favoráveis (REIS, et al, 2017).

De certa forma nas pessoas idosas com diabetes é uma preocupação diferente, o manejo das pessoas idosas requer uma avaliação bem regular de aspectos clínicos médicos, aspectos psicológicos incluindo também os domínios funcionais e sociais. As pessoas idosas diagnosticadas com diabetes tem mais altas taxas de morte prematura, maiores incapacidades funcional, maiores perdas muscular e com a existência de doenças e hipertensão, doenças coronarianas e acidentes

vascular encefálica se compararmos essas pessoas com os idosos mais velhos que não tem diabetes (CAMARGO; TELLES; SOUZA, 2018).

Os autores supracitados ainda trazem, que o rastreamento da complicações do diabetes nessa população idosa deve ser individualizada e revisado periodicamente, pois os resultados precoces de uma triagem podem afetar as metas e o tratamento, o que observa-se é que 8% da população entre 20 a 79 anos no Brasil apresenta diabetes e quando se faz a análise, as pessoas a cima de 65 anos observa-se um aumento de 19%, isso de acordo com o atlas da Conferência internacional de Diabetes de 2019, isso nos coloca como o 5º país no mundo com mais pessoas idosas com a doença crônica de diabetes.

Os fatores contribuintes para o aumento da diabetes na pessoa idosa, acontece primeiramente através da longevidade, as pessoas estão vivendo mais, então aumenta a chance de desenvolver doenças crônicas, a própria genética está presente nas doenças crônicas, não seria diferente no diabetes. Existem mudanças no metabolismo da glicose relacionado ao envelhecimento, como por exemplo uma diminuição de atividades de número de células betas pancreáticas, há também uma insulina-resistência ao longo do envelhecimento, a obesidade a presença de sarcopenia, redução da atividade física, sedentarismo e a mudanças no padrão alimentar favoritando aquelas dietas que não são tão saudáveis, doenças que são coexistentes que podem levar a diabetes na pessoa idosa, doença que gera insulina-resistência, polifarmácia, aqueles medicamentos e fármacos que levam insulina-resistência e também as mudanças na imunidade relacionadas ao envelhecimento, aquele estado pró-inflamatório que é conhecido como inflalid (TRINDADE; BARBOZA; OLIVEIRA; BORGES, 2013).

O diabetes tipo 2 é aquele que envolve 90% de todos os casos, mas não esquecendo que os idosos também podem ter a diabetes do tipo 1, sendo esta mais propenso as crianças. Hoje em dia as pessoas têm maiores expectativas de vida e melhores recursos tecnológicos, diagnósticos, mas com certeza o diabetes tipo 2 está ligado a alimentação não saudável, sedentarismo ao ganho de peso, aqueles com história familiar positivo é o que leva a maiores complicações nas populações, e essa proporção de diabetes tipo 2 cresce na maioria dos países, em todas as faixas etárias, não sendo diferente na população idosa. As estratégias de prevenção eficazes e relacionadas a comportamentos de vida saudável, podem ajudar muito quando tenta-

se controlar ou melhorar a glicemia, tanto das pessoas com diabetes quanto da população idosa (BARBOSA; NORONHA; SPYRIDES; ARAÚJO, 2017).

Estudos brasileiros têm demonstrado que a manutenção de hábitos de vida saudáveis é muito importante para manter o diabetes sob controle, portanto, o uso excessivo de álcool, tabagismo, hipertensão não controlada, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, obesidade, assim como o próprio diabetes, quando somados, podem causar mais danos à população, principalmente aos idosos, todos esses fatores são modificáveis se eles adquirirem um estilo de vida mais saudável com menos excesso de fatores agravantes (BRASIL, 2013).

Apesar de várias pesquisas oferecidas à população, como cartazes, etc., é muito importante reforçar cada vez mais a necessidade de incluir hábitos saudáveis no tratamento do diabetes, para que o uso excessivo de medicamentos seja reduzido e os hábitos saudáveis cresçam. Percebe-se que mesmo com o aumento de informações sobre o assunto, ainda existe muita precariedade em adquirir hábitos saudáveis (RIBEIRO; POPIM, 2010).

Souza et al (2015) reforça que trabalhar com medidas preventivas é ideal tanto para manter uma vida saudável quanto para manter o controle da doença, é importante ter iniciativas de promoção da saúde, que é um meio de prevenir doenças, melhor será o conhecimento da doença, cada vez mais pacientes poderão aprimorar suas ações de prevenção, adotando hábitos saudáveis e manterão a continuidade do tratamento, enquanto os índices de complicações serão menores.

Portanto, percebe-se que fatores de risco como sedentarismo, sedentarismo, maus hábitos alimentares, obesidade, etc., são fatores que causam grandes prejuízos à vida do doente, pois são fatores modificáveis, ou seja, estão sujeitos a mudar, só a pessoa querer (RIBEIRO; POPIM, 2010).

A fisiopatologia do diabetes tipo 2 é interrelacional e múltipla, tendo muitos fatores envolvidos a genética, por exemplo, tomada a um estilo de vida inadequada e dentro de um ambiente favorável que conhecido como epigenética gera e mantém vários fatores como a dislipidemia, e isso vai se perpetuando a outras consequências, a dislipidemia levam a um desbalanço de adiponectina a saturação do tecido adiposo ao estoque de gorduras ectópica, isso tem correlação com lipotoxicidade, e se apresenta se forma a ser uma hiperinsulinemia uma resistência insulínica, com esteatose hepática- DCV, podendo piorar doenças cardiovasculares, obesidade, hipertensão, aterosclerose, além disso existe comprovados estudos mostrando

alteração da microbiótica intestinal, inflamação crônicas, todas essas inter-relações mantêm esses mecanismos ligados ao estresse oxidativo e isso vai se perpetuando e se reproduzindo através da manutenção do estresse oxidativo e isso gera várias complicações conhecidas no diabetes (TRINDADE; BARBOZA; OLIVEIRA; BORGES, 2013).

No entanto para prevenir ou atrasar o desenvolvimento do diabetes tipo 2, inicialmente a ideia é ter uma educação com estratégias que suporte o sucesso para as mudanças de comportamento. As estratégias são as intervenções de estilo de vida, intervenções farmacológicas e a prevenção de risco para doenças cardiovascular, como exemplo de intervenção de estilo de vida, cita-se o estudo de DPP, que foi um estudo clínico inglês com ações intensivas para comer saudavelmente, na prática de 150 minutos semanais de atividade física na cessação de tabagismo, na intervenção tecnológica, como o telemonitoramento glicêmico como intervenções farmacológicas (SANTOS, et al, 2019).

Steindorff et al (2018) cita-se como exemplo o uso da metformina e acarbose em indivíduos pré-diabéticos e prevenção de fatores de riscos com doenças cardiovascular, as campanhas de cessação de tabagismo e diminuição de obesidade e controle de sobrepeso, tudo isso porque sabe-se que o indivíduo mal controlados ou não tratados, desenvolve mais complicação que aqueles que a tem controlado.

4.2A NECESSIDADE DE REALIZAR ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA IDOSOS COM DIABETES

O diagnóstico de diabetes na pessoa idosa não é diferente de um adulto ou de uma criança, para considerar uma pessoa diabética é quando a sua hemoglobina glicada acima de 6,5%, se a glicemia de jejum pelo menos uma vez esteve acima de 126 mg/dl e se em 2h do teste oral de glicose a glicemia se encontra acima de 200 mg/dl, mas também existe um outro critério que são sintomas clássicos de hiperglicemia ou uma crise hiperglicemia, ou uma glicemia do acaso acima de 200 e algum dos testes podem estar presentes um ou dois destes sintomas, considerando-se portanto a pessoa com o diagnóstico de diabetes (CAMARGO; TELLES; SOUZA, 2018).

Embora o diagnóstico de diabetes seja igual para todas as faixas etárias, as metas glicêmicas são diferentes para a população idosa diabética. A associação Americana de Diabetes classifica três módulos para as metas glicêmicas, o primeiro

módulo mostra um status saudável, são aquelas pessoas que tem a doença crônica estável que tem boa cognição e tem boa funcionalidade, essas pessoas tem uma meta de glicemia de jejum, ou pré refeição que pode gerar entre 90 a 130 mg/dl, ao deitar elas ficam com 90 a 150mg/dl como boa meta, e possuem uma meta de hemoglobina glicada a ser mantida abaixo de 7,5% (CAMARGO; TELLES; SOUZA, 2018).

No segundo status chamado de complexo são as pessoas com múltiplas, com duas ou mais alteração de atividade de vida diário ou déficit cognitivo leve a moderado, essas pessoas tem o jejum que vai gerar em torno de 90 a 150mg/dl, ao deitar 100 a 180mg/dl e uma hemoglobina glicada na faixa de 8% para aquelas pessoas considerada muito complexas, são aquelas com doenças graves ou com cuidados paliativos com duas ou mais alterações em suas atividades de vida diária, ou déficit cognitivo moderada, severa, o jejum pré refeição devem ficar entre 100 a 180mg/dl e a meta deve estar por volta de 8,5% (ARAUJO; GUIMARÃES, 2007).

Atualmente fala-se em conceito do tempo no alvo para pessoas idosas que é manter a glicemia o maior tempo possível entre o intervalo de 70 a 180mg/dl, no caso dos idosos como percebe-se pela sua funcionalidade quanto mais frágil maior deve ser a parcimônia em avaliar as metas, incluindo o conceito de tempo no alvo que muda para que as pessoas idosas fiquem com 50% dos eu dia ou mais entre 70 a 180mg/dl. Outro ponto que se deve observar é que o ideal seria não mais de 1% no dia que a pessoa idosa fique em hipoglicemia ou seja, a sua glicemia abaixo de 70mg/do, isso porque já se sabe que ia idosos são mais propensos a hipoglicemia. Uma outra situação, é que mais de 90% do dia, as pessoas idosas com diabetes idealmente ficassem abaixo de 250 mg/dl evitando, portanto, sintomas de hiperglicemia (GROFF: SIMÕES; FAGUNDES, 2011).

O tratamento para a população idosa com DM2, deve ter uma posologia simples, não podendo haver sobre tratamento, já que essa população está a risco com a polifarmácia, sendo o tratamento um ponto muito importante para as pessoas que tem risco de hipoglicemia, e isso acontece devido através da educação de diabetes e beneficiando o alto cuidado e o autogerenciamento da pessoa idosa com diabetes, e se ela não puder cuidar-se ou gerenciar-se, envolvendo um cuidado formal e informal quando um familiar, nesse ponto de baixo, risco de hipoglicemia, deve-se separar o fármaco em três categorias, os fármacos seguros e com baixo risco de hipoglicemia que são considerados metformina, inibidores de DPP-IV e inibidores de SGLT2, o uso dos fármacos deve ter algumas cautelas, os agonistas de GLP1 e os fármacos que

usa-se com moderada cautela, que são a glitazonas, secretagogos de insulinas e as insulinas propriamente ditas (STEINDORFF, et al, 2018).

Os autores supracitados trazem que, como toda doença crônica, o diabetes mellitus tem tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, como mudanças de hábitos e estilos de vida que prejudicam a vida das pessoas. Essas mudanças dependem muito da educação individual de cada paciente, pois é muito importante que eles mantenham o conhecimento sobre a doença e saibam enfrentá-la o quanto antes, evitando, no entanto, possíveis danos à saúde do idoso, prejuízos isso pode ser irreversível.

Por meio desses conhecimentos e práticas educativas, as pessoas poderão manter e adquirir hábitos alimentares saudáveis, práticas de exercícios físicos sistemáticos, redução da obesidade infantil e na adolescência, higiene pessoal, autocuidado e consciência das possíveis complicações do não controle da doença, essas são algumas ações que, quando realizadas e colocadas em prática, auxiliam no controle e prevenção do DM2 (ARAUJO; GUIMARÃES, 2007).

O tratamento medicamentoso e outras práticas educativas devem ser colocados em prática, pois esta é individualizada para cada pessoa, portanto todos devem ter conhecimento sobre o seu caso e o tratamento correto, pois seu uso dependerá da responsabilidade e preparo dos pacientes para poderem fazer. isto. administração correta e no momento certo, sabendo a quantidade certa de doses a serem aplicadas, de acordo com a orientação médica, tendo um acompanhamento sistemático e multidisciplinar, monitorado pela equipe médica (STEINDORFF, et al., 2018).

As ações educativas segundo Amorim et al (2013, p. 179) auxiliam no processo de mediação que ajuda as pessoas a viver a vida de acordo com suas possibilidades e principalmente a lidar com as limitações impostas pela doença.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2015) reforça que a equipe de saúde deve incluir junto aos familiares das pessoas com DM2, métodos e práticas educativas, desde o momento do diagnóstico, conscientizando a população, a família e os pacientes sobre alimentação saudável, a importância do autocuidado e a singularidade das decisões que precisam ser tomadas para manter o controle do diabetes tipo 2, mantendo as mudanças no estilo de vida, incluindo perda moderada do peso corporal e inclusão de práticas de atividade física.

A educação em saúde deve envolver ações individuais e coletivas, ou seja, a equipe de saúde deve atuar junto à pessoa, família e grupos, bem como a comunidade na qual está inserida. Segundo os autores, a educação em saúde deve começar nas escolas e nos diversos níveis de formação, na forma de educação continuada e permanente. Essas atividades educativas devem ser planejadas, visando criar condições para produzir mudanças de comportamento em relação à saúde (STEINDORFF, et al., 2018).

O tratamento adequado para a população idosa com DM2, deve ser individualizado respeitando decisões compartilhadas considerando independências e a autonomia dessas pessoas idosas com DM2, envolver a família ter um apoio social para esse tratamento, reconversar e dialogar sobre o custo, porque assim gera uma maior aderência da pessoa idosa diabética ao tratamento, e se a maior aderência houverá a diminuição de impactos desfavoráveis, sejam eles clínicos, psicológicos funcionais ou sociais (GROFF: SIMÕES; FAGUNDES, 2011).

Os impactos clínicos da hipoglicemia na pessoa idosa diabética, tem duas partes principais, a primeira parte é levar em consideração uma disfunção autonômica própria do envelhecimento, isso diminui a ação dos hormônios controladores e vai alterar a percepção das taxas glicêmicas menores, além disso, a disautonomia favorece os sintomas neuroglicopênicos que são tonturas, delírios, confusão e essa é um pouco diferente, porque vê se mais na população adulta sintomas adrenérgicos, que são os tremores, sudoreses então esse é um ponto que é um pouco diferente nessa população, além da disautonomia da disfunção autonomia própria do envelhecimento, a diminuição da reserva cortical cerebral, porque há mais acidentes vascular encefálico, mais infartos lacunares, mais demência de Alzheimer nessa população e isso gera menos capacidade cerebral de se recuperar completamente dos episódios de hipoglicemia (SANTOS et al., 2015).

Então integrando essas duas partes, a pessoa idosa se mostra mais susceptíveis a manifestações assintomáticas de hipoglicemia, uma menor percepção e uma menor condição de correção dessa hipoglicemia. Um outro impacto clínico que se deve relatar é a função neurocognitivo para todas as pessoas que tem diabetes, quando existe uma sinalização alterada de insulina, ela poderá aumentar um estresse oxidativo, sendo que este estresse pode aumentar a inflamação crônica, tudo isso mantém toda sinalização de insulina alterada, gerando uma insulina resistência e uma intolerância à glicose (REIS, et al, 2017).

As pessoas com diabetes têm maior incidência de demência por todas as causas, seja ela demência se Alzheimer ou demência vascular, quando comparados a indivíduos normoglicêmicos. Controle glicêmicos inadequados e diabetes de longa duração foram associados com declínio da função cognitiva, por isso é tão importante que a população idosa diabética faça uma triagem na primeira consulta de função cognitiva e essa triagem deve-se repetir toda vez que houver alguma percepção de prejuízo de autocuidado, seja por um declínio clínico ou por um declínio funcional (GROFF; SIMÕES; FAGUNDES, 2011).

Os autores ainda trazem que um outro impacto clínico é que o diabetes é um fator de risco para doenças periodontal e essa doença mantém o diabetes com um fator de risco, isso por estudos mostram que a hiperglicemia causa ao longo do tempo alterações de osso alveolar e essa hiperglicemia mantém uma sinalização pró-inflamatórias e uma sinalização pró-oxidativos no caminho pró-inflamatórias, o que se vê, é uma maior expressão de receptores de produtos finais de glicosilação.

Com todas essas situações o impacto psicológicos afeta e muito o quadro clínico dos idosos que tem diabetes do tipo 2, pois sabe-se que a depressão no diagnóstico de duas a três vezes mais frequentes nas pessoas com diabetes se comparado com as pessoas em modo geral, 1 a cada 3 pessoas diabéticas que faz uso de insulina e 1 a cada 4 pessoas diabéticas que não faz uso de insulina tem o diagnóstico de depressão, mas o diagnóstico de depressão na pessoa idosa diabética é subnotificado porque existe características clínicas e comportamentais que são comuns as duas doenças. Por exemplo queixa de fadiga e cansaço é uma associação que já se sabe que é bidirecional, ou seja, uma pessoa idosa diabética pode estar mais deprimida, pode ter mais disglucemia, ainda não se sabe o mecanismo ligado a isso, mas sabe-se que tem uma alta prevalência e uma alta recorrência (ARAUJO; GUIMARÃES, 2007).

O diagnóstico de depressão e diabetes também mostra ser mais associadas a outros transtornos como de estresse por sobrecarga e o transtorno de ansiedade, piorando todo o controle clínico e emocional, facilitando complicações e tem um custo comportamental e social muito alto (CAMARGO; TELLES; SOUZA, 2018).

Sabe-se que os idosos tem uma saúde óssea pior e mais propensos a quedas e isso também acontece com as pessoas idosas frágeis e diabéticos, por isso há algumas recomendações como a inclusão de exercícios físicos de contra

resistência que são os exercícios de musculação, a dieta com aporte protéico de 1.2 a 1.5g de proteínas por 1 kg de peso, caso a função seja permissiva a isso e esses usos de suplementação alimentares que são desenvolvidos especificamente para a população diabética, com maior carga protéica e calórica, sendo benéfica para essas pessoas que tinham essas necessidades (STEINDORFF, et al., 2018).

Os medicamentos antidiabéticos que promovam perda de peso nessas pessoas idosas frágeis e diabéticas, devem ser evitados ou usados com cautelas, dando preferência a drogas neutras, quanto ao peso, como por exemplo os inibidores de DPP-IV e metformina, e a insulina por ser anabolizantes pode ser usada, mas deve ser usada preferencialmente em dose mais baixa.

4.3 NÍVEL DE CONHECIMENTO DO IDOSO SOBRE A DOENÇA E A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO

Outro fator referente a diabetes em idoso são os impactos sociais, existindo muitas complicações e comorbidades associadas ao diabetes, por exemplo as pessoas idosas com diabetes que tem retinopatia/catarata, que fazem parte das micro complicações ou outras micro complicações, como nefropatias nos casos mais graves que fazem a hemodiálise, as pessoas que tem pés diabéticos ou úlceras por insuficiência arteriais e venosas, ou aquelas pessoas que tem macro complicações, doenças cardiovasculares em vários estágios no desenvolvimento tem limitações funcionais, e essas limitações também limitam a convivência dessas pessoas, elas tem dificuldade de chegar aos lugares (REIS, et al, 2017).

A estigmatização da pessoa idosa é um outro ponto crucial, pois uma pessoa pode sentir medo quando recebe a notícia de uma alimentação especial, pois tem o medo de ter uma hipoglicemia ou uma recorrência de não saber se tratar dela, podendo ter uma insegurança de que o outro não consiga tratá-lo bem. O custo da medicalização ou burocratização de recebimentos de insumos, por muitas vezes estes terem uma dificuldade de chegarem até um serviço de saúde ou se chegam ao serviço de saúde, muitas delas têm a dificuldade de manusear os glicosímetros ou as fitas para destemia capilar adequadamente (RIBEIRO; POPIM, 2010).

A preocupação para um controle glicêmico perfeito, muitas vezes sem avisar buscar-se um número correto, por isso a necessidade de manter as metas glicêmica adequado para cada perfil de pessoa idosa com diabetes, um outro fator é o isolamento social, a depressão causa mais isolamento social a sensação de ser um

fardo pode favorecer o isolamento social, e isso tudo vai impactar na qualidade de vida. (RIBEIRO; POPIM, 2010).

Nas pessoas idosas com diabetes que tem um bom status funcional que tem poucas comorbidades, que tem diabetes de curta duração, estas merecem metas mais estritas, mas aquelas pessoas que tem muita hipoglicemia que tem uma menor expectativa de vida, comorbidades ou síndrome de geriátricas, como quedas, fraturas, um status funcional comprometido, polifarmácia, essas pessoas precisam de metas mais flexíveis para garantir a qualidade de vida (BARBOSA; NORONHA; SPYRIDES; ARAÚJO, 2017).

Existem evidências de que as pessoas com diabetes mal controladas ou não tratado desenvolvem mais complicações do que aquelas com o diabetes bem controlado. E isso se repete na população idosa. Conhecer a epidemiologia mostra carga que o diabetes representa para o sistema de saúde e seus impactos. Embora o diagnóstico não seja diferente, as metas de controle glicêmico e os cuidados no tratamento para a pessoa idosa dependem de sua funcionalidade e devem ser individualizadas (RIBEIRO; POPIM, 2010).

Os impactos como hipoglicemias funções neurocognitivas, doença periodontal, presença de retino e nefropatias, depressão, síndrome de fragilidade embora não sejam exclusivas, devem ser triadas e seguidas periodicamente nesta população, já que se encontra em maior risco. A prevenção com olhar gerontológico pode gerar para esta população específica melhor igualdade de vida (TRINDADE; BARBOZA; OLIVEIRA; BORGES, 2013).

A enfermagem dentro da Gerontologia soma saberes, na verdade a arte de cuidar que a enfermagem já faz de acolher o ser humano, dentro de toda sua dimensão bio psico sócio cultural espiritual só que se soma nesse contexto da enfermagem o estudo do processo de envelhecimento, e quando se soma esses 2 saberes o cuidado com o processo de envelhecimento pode começar a pensar em promoção de saúde para essa população, começou a pensar em longevidade, como é tratar e cuidar dessa longevidade e pensar na Independência do idoso e trabalhar cada vez mais para que ele se mantenha autônomo e participante da sociedade (BARBOSA; NORONHA; SPYRIDES; ARAÚJO, 2017).

Esse papel de ficar inserido dentro do contexto de saúde paliativamente isso porque a enfermagem é a maior continente de o profissional dentro de um sistema de saúde. E se esses profissionais tiverem essa visão de envelhecimento certamente

vai poder promover uma assistência de qualidade para esses idosos, que está aumentando casa vez mais. Em 2040 serão muito mais idosos do que jovens, sendo 153 idosos para cada 100 jovens, isso faz pensar como profissionais inseridos nesse contexto (SANTOS et al., 2015).

Dentro da saúde do idoso, da Gerontologia existem ferramentas que se usa para trabalhar com a população idosa, então precisa-se fala muito da avaliação global da pessoa idosa ou avaliação multidimensional do idoso que ele vai além da avaliação física. Devendo avaliar as condições individuais, as funcionalidades, avaliar as partes cognitivas, afetivas, precisa-se entender as relações familiares sociais, e entender a rede de suporte que esse idoso tem (BARBOSA; NORONHA; SPYRIDES; ARAÚJO, 2017).

A multidimensionalidade vem no sentido de entender o corpo, o físico e se faz parte de um contexto individual, familiar e social, e tudo o que está envolvido que compõem essa complexidade humana para que se possa atuar em promoção de saúde de uma forma muito mais efetiva, para garantir esse envelhecimento ativo e saudável (RIBEIRO; POPIM, 2010).

Hoje em dia muito se discute e se tem falado sobre as escalas de avaliação, mas ainda surgem dúvidas dos profissionais sobre essas escalas, elas devem ser usada por exemplo, para avaliar o desempenho funcional e classificar saudável, pré frágil e frágil. Na literatura há uma nomenclatura como robusto, pré- frágil e frágil dependendo da pontuação para essa escala de rastreabilidade, dentro dessa classificação quando ele é classificado em saudável ou robusto e pré frágil continua se tendo um acompanhamento desse idoso, sendo aplicado depois de algum período (PEDRAS; CARVALHO; PEREIRA, 2016).

Isso vai depender do protocolo local de quanto em quanto tempo esse idoso vai ser avaliado, e quando é classificado como frágil tem uma pontuação elevada ele é encaminhado a um serviço especializado da sua região especializada em saúde do adulto para que ele possa passar pela equipe multiprofissional para ser avaliada em profundidade e poder fazer um acompanhamento mais assertivo desse idoso.

4.4 A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO PODE SER UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.

Quando o idoso chega nesse serviço especializado em saúde, ele vai ser atendido pela equipe de enfermagem, onde o profissional vai estar fazendo a consulta

se respaldando pela resolução 358 de 2009, sendo que o processo de enfermagem tem que existir aonde tiver cuidado de enfermagem acontecendo (SANTOS, et al, 2019).

O processo de enfermagem deve que ser ativo, efetivo, sistemático, porque todo o direcionamento do cuidado a esse idoso vai partir dessa consulta de enfermagem, e essa consulta tem fases, como a, coleta de dados o diagnóstico de enfermagem, planejamento implementação e avaliação, então para avaliar o idoso é preciso usa a consulta de enfermagem como ferramenta ou melhor usa-se o processo de enfermagem como ferramenta, e como esse processo acaba fazendo esse planejamento de cuidado somando saberes nessa consulta, tendo uma percepção multidimensionalidade (RIBEIRO; POPIM, 2010).

Onde o profissional faz uma avaliação multidimensional, durante a consulta de enfermagem e da coleta de dados o profissional tem uma percepção das alterações fisiológicas do envelhecimento e das doenças associadas, porque o que acontece e tem que compreender é que quando o profissional está avaliando o idoso existem alterações que fazem parte da fisiologia do envelhecimento, conforme o nosso corpo vai envelhecendo algumas alterações vão acontecendo e isso é natural do processo de envelhecimento (GROFF: SIMÕES; FAGUNDES, 2011).

Então a pessoa acaba tendo por exemplo, uma diminuição de neurônios, acaba tendo uma diminuição de neurotransmissores, uma diminuição da acuidade visual, uma diminuição da elasticidade pulmonar. Existindo uma série de pequenas alterações fisiológicas, como também, alterações no sistema digestivo, diminuição de colagem e tudo isso vai impactando em algumas atividades ou algumas atividades que acabam comprometendo um pouco a funcionalidade (TRINDADE; BARBOZA; OLIVEIRA; BORGES, 2013).

Os autores revelam que, o profissional deve partir dessa avaliação fisiológica que pode ser um simples processo natural de envelhecimento ou ainda somado a esse processo natural do envelhecimento, o profissional acaba tendo ainda a alteração fisiológica de doenças associadas, como a hipertensão, diabetes, enfim outras doenças que podem vir acompanhada na história de doença desse idosos

Essas alterações fisiológicas acabam impactando na capacidade funcional, que acaba trazendo alguma dependência desses idosos. Na capacidade funcional o profissional vai avaliar a capacidade cognitiva, como o humor a motricidade e a comunicação que são pontos importantes para que ele tenha autonomia,

independência e quando se percebe que essa capacidade funcional, a cada segundo ela é alterada, percebe-se que isso vai ter um impacto familiar, porque é um idoso que faz parte de um contexto familiar e isso vai gerar uma relação de dependência da família, cuidador (GROFF; SIMÕES; FAGUNDES, 2011).

Os mesmos autores supracitados relatam que esse idoso vai precisar de um acompanhamento que pode ser um familiar ou não, e se existe um papel de dependência se mudou a interação familiar porque passou a ser dependente ele foi perdendo sua capacidade de forma funcional. Se tornando dependente de alguém, onde vai ter uma alteração do ambiente da sociedade que ele vive, porque ele fazia parte dessa sociedade interagindo, as demais.

Então todo esse contexto o profissional acaba percebendo dentro da consulta de enfermagem, usando a escalas para avaliar todas essas questões, não só das alterações fisiológicas, mas da capacidade funcional assim como a relação cuidador e as adaptações precisam surgir com essa relação de dependência que pode acontecer (PEDRAS; CARVALHO; PEREIRA, 2016).

Para se fazer uma avaliação multidimensional é preciso fazer um planejamento, dos cuidados, sendo importante que se pense em pontos que são fundamentais por exemplo, a prevenção é um ponto na saúde do idoso que ela tem que ser muito forte, porque a gente tem um número de idosos que são saudáveis ou robustos e pré frágeis, se intensificar a prevenção do cognitivo, do humor, da motricidade, certamente eles serão idosos independentes e ativos por muito mais tempo e também diminui o impacto social que esses idosos poderiam ter se tornarem dependentes (REIS, et al, 2017).

Então existem municípios, cidades que já implementam programas efetivos e muito bem estruturado sobre prevenção, que criam centros de saúde do idoso, onde os idosos têm atividade física, onde eles têm jogos, interação social, sendo que essa interação social é para o idoso se sentir pertencente a um grupo, senso fundamental para prevenir a depressão geriátrica, além de jogos que se acha simples como, um jogo de cartas, de dominó, que acabam estimulando a parte cognitiva, os artesanatos e a motricidade através da atividade física, onde se criam um meio social para aqueles idosos que é fundamental, quando chega na média complexidade nas consultas, começam a identificar que existe um comprometimento funcional desses idosos, sendo hora de pensar em estratégias de reabilitar e adaptar para que esse idoso mantenha a sua Independência (ARAUJO; GUIMARÃES, 2007).

Além disso, pensa-se como o planejamento em manter um equilíbrio nas condições de saúde e doença, trabalhando com educação em saúde com o idoso, com o cuidador e a família, para que se possa mudar hábitos de vida, diríamos ainda que um idoso talvez não consiga mudar totalmente hábitos de vida, já que são décadas com os mesmos hábitos, mas muitas vezes não consegue adaptar uma vida de melhor qualidade e não pode esquecer nunca de acolher um familiar e ou cuidador dentro desse processo do cuidado, porque ele é um ator fundamental na assistência ao idoso (SANTOS, et al, 2019).

Santos et al (2019) E se não conseguir acolher esse familiar esse cuidador com assertividade com seriedade, se negligenciar esse cuidador o profissional não estará fazendo saúde do idoso efetiva, pois deve-se sempre considerar esse nome do cuidador como atores principais, para assim poder conduzir uma assistência de qualidade.

Outro ponto que precisa ser comentado, é que o idoso internado passa a ser um ponto de atenção que precisa começar a refletir, como profissional de saúde porque muitas vezes a alta complexidade, os hospitais ainda não estão preparados para assistência ao idoso, mesmo já existindo programas do hospital, como o amigo do idoso, essa tentativa do governo de conscientizar a necessidade dessa visão gerontológica dentro dos serviços, mas isso ainda está começando, já existe alguns hospitais que já estão credenciados no programa, mas alguns ainda não, e o hospital acaba sendo um ponto de iatrogênia no atendimento ao idoso, impactando principalmente na redução da capacidade funcional e trazendo para os idoso uma dependência que muitas vezes ele não tinha quando entrou nessa internação (REIS, et al, 2017).

Então vale pensar nessa questão das iatrogênias do contexto de saúde, e o que pode fazer como profissional de enfermagem é acolher esse idoso, seu cuidador o seu familiar da melhor forma possível, mantendo esse raciocínio da gerontologia que a manter-se idoso independente autônomo pôr o máximo de tempo possível.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das patologias que mais crescem no mundo é a diabetes mellitus em idosos, tornando -se um dos problemas de saúde pública em virtude do estilo de vida que está sendo adotado hoje em dia, a modernização e o aumento da expectativa de vida da sociedade. No entanto este estudo tem como destaque verificar a intervenção adotada pelos profissionais de enfermagem a respeito da diabetes mellitus tipo 2 em idosos, sendo que muitas pesquisas relatam sobre esse assunto, mas ainda não se vê uma diminuição de casos.

Adotar medidas preventivas e terapêuticas é fundamental para a minimização dos riscos e agravos, aderindo-se mudanças no estilo de vida do idoso, sendo uma necessidade em todo o mundo. O profissional enfermeiro ao aderir a assistência para o idoso deverá manter sua atenção nas diversas alterações que ocorrerem no indivíduo, podendo ser físicas, psicológicas e sociais, tendo que adquirir medidas diferenciado de cuidados aos idosos, já que está é uma doença séria que poderá acarretar grandes complicações na vida do indivíduo, pois se tratando em qualidade de vida para a pessoa idosa, carece disponibilizar, esclarecer e sensibilizá-lo não somente sobre a doença ou as formas de tratamento, mas esclarecer sobre as mudanças de atitudes que são necessárias para a manutenção e controle dos níveis de açúcar no sangue, assim aumentando a possibilidade de sobrevida, ou o prolongamento do tempo de vida da pessoa adoecida, deixando sempre claro, quais as atividades, alimentação e exercício físico necessário para auxiliar nesse processo.

Esta pesquisa originou- se como forma de contribuição ao profissional enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem para incluir e garantir a intervenção de práticas educativas de saúde como forma de auxiliar e levar o conhecimento a contribuir na diminuição dos casos de diabetes em idosos, já que são os mais afetados, entende-se que há necessidades de mais estudos e pesquisas sobre o tema com o objetivo de avaliar estes problemas e contribuir com as atividades preventivas como forma de controle da doença.

REFERÊNCIAS

- ADA, Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, 35 Suppl. 2012, n. 1, p. 64- 71. Disponível em: file:///C:/Users/Helena/Downloads/385-1-1347-1-10-20121206.pdf acessado em 20 de maio de 2021.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes - 2011. **Diabetes Care**, v. 34, n.1, p. 11-61.
- AMORIM, M. M. A; RAMOS, N; BENTO, I. C; GAZZINELLI, M. F. Intervenção educativas na diabetes mellitus. **Psicologia saúde e doença**, v. 14, n. 1, p. 168-184.
- ANTUNES, G. N. **Nível de conhecimento dos pacientes diabéticos, em relação a sua doença e adesão ao tratamento, nos postos de saúde cadastrados no programa de saúde da família, no município de Criciúma**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Unesc, Criciúma, Santa Catarina, 2006.
- ARAUJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Rev. Saúde Pública**, 2007, v. 41, n. 3, p. 368-74.
- ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; GIGANTE, P. D. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev. Saúde Pública**, 2001, v. 35, n. 1, p. 88-95.
- BARBOSA, L. M; NORONHA, K; SPYRIDES, M. H. C; ARAÚJO, C. A. D. Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal, Rio Grande do Norte. **Rev Bras Est Pop**. 2017; v. 34, n. 2, p. 391-414. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0004>. Acesso em 04 de outubro de 2021.
- BARROS, T.B; MAIA, E.R; PAGLIUCA, L.M. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na estratégia de saúde da família. **Rev Rene**, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de Saúde**. Brasília, DF. 2010 Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm#morbidade>>. Acesso em: 18 de maio de 2021.
- BRASIL, Ministério da saúde. Diabetes. 2012. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/diabetes> Acesso em: 12 maio de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus / MS**, Cadernos de Atenção Básica, 2006, n.16, p. 64.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, n°36, p. 160, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMARGO, T. C. A; TELLES, S. C. C; SOUZA, C. T. V. A (re) invenção do cotidiano no envelhecimento pelas práticas corporais e integrativas: escolhas possíveis, responsabilização e autocuidado. **Rev Cade Bras Terapia Ocupacional**. 2018; v, 26, n. 2, p. 367-80. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1238>. Acesso em: 05 de outubro de 2021.

CARVALHO, F. F. S. S; NOGUEIRA, L. T; VIANA, L. M. M. Hiperdia: adherence and perception of users accompanied by the family health strategy. **Rev Rene**. 2011, v.12, p. 930-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v12i0.438>. Acesso em: 24 de maio de 2021.

CAZARINE, R. P. **Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus**: porcentagem e causas. *Medicina*, Ribeirão Preto, 2002, v.35, p.142-150.

GROFF, D. P; SIMÕES, P. W. T. A; FAGUNDES, A. L. S.C adesão ao tratamento de diabéticos tipo 2 usuários da estratégia da saúde da família situada no bairro Metropol de Criciúma, SC. **Arquivos Catarinenses de medicina**, Florianópolis, 2011, v.40, n .3, p.43-48.

IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/default.shtm>. Acessado em: 22 de maio de 2021.

KIRKMAN MS, B. V. J; CLARK, N et al. Diabetes in olderadults. **Diabetes Care**, 2012, v. 35, p. 265-270.

MACHADO, C. A. Adesão ao tratamento - Tema cada vez mais atual. **Revista Brasileira de Hipertensão**, 2008, v.15, n.4, p.220-221.

MALTA, D. C; SILVA, J. R. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 151–164, mar. 2013.

MARASCHIN, J. F.; MURISSI, N; WITTER, V; SILVEIRO, S. P. Classificação do diabete melito. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.95 n.2, agosto 2010.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Editora Atlas, 1992. 4ª. ed. p.43 e 44.MCLELLAN, K. C. P; BARBALHO, S. M; CATTALINI, M; LERARIO, A. C. Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. **Revista nutrição**: campinas, 2007, v.20, n.5, p. 515-524.

NIEMAN, D. C. **Exercício e saúde: como se prevenir de doenças usando o exercício como seus medicamentos**, São Paulo, 1999

OIGMAN, W. **Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo**. Revista Brasileira de Hipertensão. São Paulo, 2006, v.13. p. 30-34.

PEDRAS, S; CARVALHO, R; PEREIRA, M. G. Qualidade de vida na úlcera de pé diabético: não amputados versus amputados. **Rev psicologia, saúde e doenças**, 2016, v. 17, n. 1, p. 89-96.

REIS, R. D, et al. Significados, para familiares, de conviver com um idoso com seqüelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). **Rev Interface**. 2017; v. 21, n. 62, p. 641-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0206>. Acesso em: 06 de outubro de 2021.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria municipal de saúde. **Protocolo de Atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético no município de Ribeirão preto**. 2011. Disponível em: www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br. Acesso em 17 de maio de 2021.

RIBEIRO, J. P; POPIM, R. C. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. **Esc Anna Nery**, 2010, v.4, n.14, p.765-771.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Morbidade e a sua interferência na capacidade funcional de idosos. **Act Paul Enferm**, 2008, v.21, n.4, p. 643-648.

SANTOS, A. L; CECÍLIO, H. P. M; TESTON, E. F; ARRUDA, G. O; PETERNELHA, F. M. N; MARCON, S. S. Complicações microvasculares em diabéticos tipo 2 e fatores associados: inquérito telefônico de morbidade autorreferida. **Revista Ciência e Saúde coletiva**, 2015, v. 20, n. 3, p. 761-770.

SANTOS, W. P.; FREITAS, F. B. D.; SOUSA, V. A. G.; OLIVEIRA, A. M. D., SANTOS, J. M. M. P; GOUVEIA, B. L. A. Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos dependentes. **Revista Cuidar-te**, 2019, v. 10, n. 2, p. 1-11.

SILVA, H. G. N; LOPES, R. M. A. L; FEITOSA, M. C. P; SOUSA, K. F; OLIVEIRA, R. A. Avaliação da qualidade de vida de pacientes diabéticos tipo 2 e a prevalência de déficit sensitivo em membros inferiores. **Revista Brasileira de qualidade de vida**, 2017, v. 9, n. 2, p. 165-177.

SILVA, L. M. C; PALHA, P. F; BARBOSA, G. R; PROTTI, S. T; RAMOS, A. S. Aposentados com diabetes tipo 2 na Saúde da Família em Ribeirão Preto, São Paulo Brasil. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v.44 n.2, junho 2010.

SILVA, T.R, FELDMAN C, LIMA MHA, NOBRE MRC, DOMINGUES RZL. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade Básica de saúde. **Saúde Soc**. 2006; v.15, n. 3, p. 180-9.

SBD- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Tratamento e acompanhamento da Diabetes Mellitus: diretrizes da SBD 2007. Rio de Janeiro: **Diagraphic**, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**: 2015-2016. São Paulo: SBD; 2016, maio 25. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2021.pdf>. Acesso em 07 de maio de 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Alvos no controle metabólico de crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1**. São Paulo, 2007, p. 80-83.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**. 2016, set 02; v. 107, n. 3, p. 1-83. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_hipertensao_arterial.pdf). Acesso em: 06 de maio de 2021.

SOUZA, N. P. G; OLIVEIRA, G. Y. M. D; GIRÃO, A. L. V; SOUZA, L. M; MANIVA S. J. C. D. F; FREITAS, C. H. A. D. Adoecimento por hipertensão arterial e Diabetes Mellitus: concepções de um grupo de pacientes hospitalizados. **Revista de Enfermagem da UERJ**. 2015: v. 23, n. 1, p. 52-7

STEINDORFF, G. M, et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos: relato de experiência. *Rev sanare*. 2018; v. 17, n. 1, p.125-31.

TORRES, H. C.; PACE, A. E.; STRADIOTO, M. A. Análise sócio demográfica e clínica de indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2 e sua relação com o autocuidado. **Cogitare Enferm.**, 2010, v. 15, n.1, p. 48-54.

TRINDADE, A. P. N. T; BARBOZA, M. A; OLIVEIRA, F. B; BORGES, A. P. O. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Rev Fisioterapia Mov**. 2013; v. 26, n. 2, p. 281-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-51502013000200005>. Acesso em: 06 de outubro de 2021.