

Consulta de Enfermagem: Como, Quando e Porquê?

Nursing Appointment: How, When and Why?

Z. Sousa, M. Celestino Neves, D. Carvalho

Serviço de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo, Centro Hospitalar de São João, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Resumo

Introdução: O acompanhamento regular e contínuo da pessoa com diabetes justifica a necessidade de existência de uma consulta que envolva uma equipa profissional multidisciplinar, cujo foco de ação seja a pessoa com diabetes, as necessidades de controlo da doença e as complicações a que esta dá origem. A consulta de enfermagem justifica-se porque as questões associadas à autogestão da doença implicam ter em atenção o potencial que a pessoa tem para melhorar o seu conhecimento e as capacidades para lidar com a sua condição de saúde e doença. Por outro lado, a sua realização justifica-se pelo facto dos enfermeiros serem elementos centrais no desenvolvimento de estratégias de suporte à autovigilância e à gestão dos diferentes regimes terapêuticos.

Objetivos: Explicitar a importância da consulta de enfermagem como instrumento de trabalho a integrar nos programas de educação em saúde de pessoas com diabetes.

Métodos: Reflexão sobre a experiência vivenciada na consulta de enfermagem e revisão bibliográfica

Conclusões: A consulta de enfermagem apresenta-se como um instrumento de trabalho, a integrar nos programas de educação em saúde, de extrema relevância para que as pessoas com diabetes sejam melhor informadas sobre como lidar com a doença mais ativamente. O enfermeiro valoriza a consulta de enfermagem, considera-a importante e reconhece o seu potencial para a promoção de mudanças abrangentes e significativas, que permitam à pessoa com diabetes obter resultados positivos nas questões da autogestão.

Keywords: diabetes, consulta, enfermagem, autogestão

Abstract

Introduction: Regular and continuous follow-up of the person with diabetes justifies the existence of an appointment involving a multidisciplinary professional team whose focus of action is the person with diabetes, the control of the disease and the complications which originates. The nursing appointment is justified by the issues associated with the self-management of the disease that imply taking into account the potential that the person has to improve his knowledge and skills to deal with his health and illness condition. On the other hand, nurses are central elements in the development of strategies to support self-monitoring and management of different therapeutic regimens.

Goals: To explain the importance of the nursing appointment as a work tool to be integrated into the health education programs of people with diabetes.

Methods: Reflection on the experience lived, in the nursing appointment, literature search and review.

Conclusions: The nursing appointment presents itself as a working tool to be integrated into health education programs of extreme importance to make people with diabetes better informed, so that they can deal with the disease more actively. The nurse values the nursing appointment, considers that it is important and recognizes its potential for the promotion of comprehensive and meaningful changes that allow the person with diabetes to obtain positive results in the issues of self-management.

Palavras-chave: diabetes, appointment; nursing; self-management

CORRESPONDÊNCIA

Zulmira Sousa
Rua Padre Ivo Tonelli, 86
4435-373 Rio Tinto
Tel.: +351 914904871
E-mail: zuftsousa@hotmail.com

> INTRODUÇÃO

A diabetes é hoje considerada uma doença em expansão endémica, que se tornou num grave problema mundial de Saúde Pública, quer pelo número de pessoas afetadas, quer pela elevada mortalidade e morbilidade, quer pelos custos sociais e económicos elevados que envolve. Como podemos verificar pela Figura 1, e de acordo com o relatório anual de 2016 do Observatório Nacional de Diabetes (Diabetes: factos e números - o

ano de 2015) ⁽¹⁾, a prevalência ajustada (a aplicação das taxas de prevalência por escalão etário e por sexo à distribuição da população no ano em análise) da diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,3%. Ou seja, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem diabetes. A análise comparativa com os dados relativos a 2009 (com um valor percentual de 11,7) permite constatar um aumento percentual de 1,6 pontos percentuais. Em termos de composição da taxa de prevalência da diabetes, em 56% dos indivíduos esta já havia sido diagnosticada e em 44% ainda não tinha sido diagnosticada.

Segundo o mesmo relatório ⁽¹⁾, verifica-se a existência de uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da diabetes entre os homens (15,9%) e as mulheres (10,9%). Verifica-se também a existência de um forte aumento da prevalência da diabetes com a idade. Mais de um quarto das pessoas entre os 60-79 anos tem diabetes.

A Federação Internacional da Diabetes, através dos seus relatórios sob a forma de novas edições do “Atlas da Diabetes”, que se vêm publicando desde 2000, apresenta periodicamente dados sobre a diabetes. Esta informação de base científica disponibiliza estimativas mundiais, nacionais e regionais, entre outras, sobre prevalência da diabetes, diabetes não diagnosticada, mortalidade, gastos em saúde (2017). A diabetes é a mais comum das doenças não transmissíveis, afetando, segundo as estimativas, mais de 58 milhões de cidadãos da União Europeia, entre os 20-79 anos, prevendo-se para 2045 um aumen-

to de 16%, estimando-se que abranja cerca de 65 milhões de pessoas ⁽²⁾. Face à abordagem realizada em Portugal o OND1 salienta que se continua a registar uma evolução positiva de alguns indicadores, nomeadamente ao nível hospitalar. Destaca-se a diminuição dos internamentos associados a descompensação e complicações da diabetes (excluindo os episódios com uma duração inferior a 24 horas), a redução da mortalidade hospitalar associada à diabetes e a diminuição dos episódios de pé diabético e das amputações dos membros inferiores nas pessoas com diabetes. Contudo, registam-se outros indicadores que devem merecer acompanhamento, de que é exemplo a situação nos cuidados de saúde primários, verificando-se alguma estagnação na evolução dos indicadores, nomeadamente, uma diminuição da respetiva cobertura assistencial à população diabética registada (ao nível dos cuidados de saúde primários). Por isso, face ao aumento da prevalência, justifica-se uma aposta forte no acompanhamento das pessoas com diabetes.

Reconhece-se cada vez mais que a redução dos fatores de risco, nomeadamente associados aos hábitos de vida, constitui uma estratégia de prevenção fundamental que permite reduzir a incidência, a prevalência e as complicações da diabetes tipo 1 e tipo 2. Embora tenhamos a noção clara da necessidade de desenvolvimento de mais investigação para identificar claramente os fatores de risco para a diabetes tipo 1, já é consensual na comunidade científica que a diabetes tipo 2 é uma doença suscetível de ser prevenida e que os fatores de risco, tais como uma dieta pobre e desequilibrada, a obesidade, a falta de ativida-

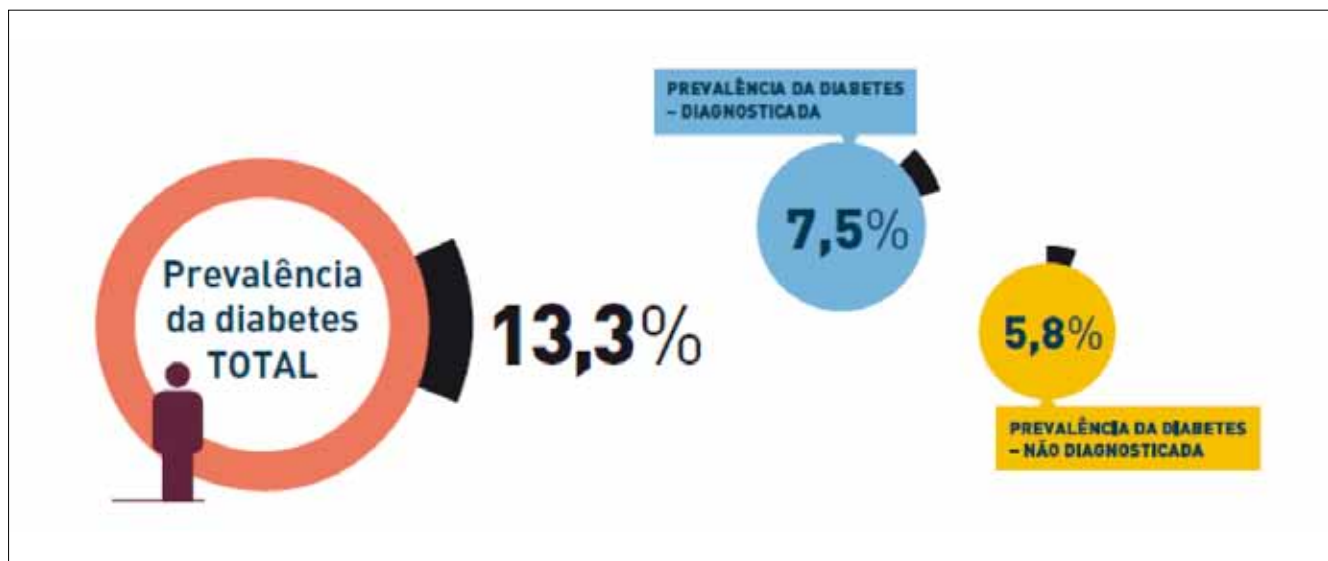


Figura 1 - Prevalência da Diabetes em Portugal – 2015 (População 20-79 anos). Fonte: PREVADIAB – SPD; Tratamento OND (Ajustada à Distribuição da População Estimada) in OND ⁽¹⁾.

de física e o consumo de álcool, foram claramente identificados e podem ser tratados através de estratégias eficazes de prevenção. Contudo, sabemos que uma vez diagnosticada a diabetes, existe um conjunto de intervenções que podem melhorar os resultados sobre a saúde. A diabetes é uma doença crónica e progressiva, mas as pessoas com diabetes podem ter uma vida longa e com qualidade de vida mediante um bom controlo glicémico.

Estes dados *per se* sustentam a relevância do acompanhamento regular e contínuo da pessoa com diabetes e justificam a necessidade de existência de uma consulta que envolva uma equipa profissional multidisciplinar, com experiência nas diferentes áreas importantes para a pessoa com diabetes e que atue de uma forma integrada em função das especificidades de cada doente. Podemos, neste sentido, reafirmar a importância de uma consulta cujo foco de ação seja a pessoa com diabetes e as necessidades de controlo da doença e as complicações a que esta dá origem. Será central que a pessoa com diabetes adquira o conhecimento e a capacidade para gerir de forma adequada a sua doença, de forma a melhorar o controlo glicémico e contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida ⁽³⁾. Por isso, a abordagem individualizada é fundamental para o sucesso do acompanhamento da pessoa com diabetes. Com a identificação das características de cada pessoa, os elementos da equipa podem mais facilmente articular-se para obter os melhores resultados. A avaliação da situação clínica destas pessoas deverá tentar compreender se os conhecimentos adquiridos no passado e os comportamentos quotidianos perante a doença correspondem de facto a uma gestão correta da doença. Frequentemente, em pessoas com diabetes com diagnóstico efetuado há vários anos, encontram-se comportamentos consolidados, muitas vezes correspondendo a erros que contribuem para um pior controlo da doença ⁽⁴⁾.

> AS CONSULTAS AUTÓNOMAS DE DIABETES NOS HOSPITAIS

Face ao exposto compreendemos que o crescimento da diabetes constitui um desafio à sociedade e ao sistema de saúde, ao qual urge dar resposta. E neste sentido, a legislação tem procurado dar resposta às questões de âmbito organizacional, tal como foi salientado na Resolução de 14 de Março de 2012 do Parlamento Europeu ⁽⁵⁾. O Despacho n.º 3052/2013 publicado em Diário da República n.º 40/2013, Série II de 2013-02-26 pelo Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde ⁽⁶⁾, determina a criação de Unidades Coordenadoras Funcionais da Diabete (UCFD), a criação de consultas

autónomas de diabetes nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e a criação das Unidades Integradas de Diabetes (UID) nos hospitais. Na base do modelo organizacional, este despacho considera que deverão existir consultas especializadas de diabetologia, em ambulatório, com processos e procedimentos padronizados, com envolvimento multidisciplinar, tempos e espaços dedicados, tanto nas unidades de cuidados de saúde primários como nos hospitais. O modelo organizacional da prestação de cuidados especializados, que se preconiza, pretende melhorar as medidas de prevenção e controlo da diabetes, através da promoção da articulação entre os diversos níveis de cuidados, da promoção da multidisciplinaridade e da participação de todas as instituições envolvidas, com particular destaque para as organizações da sociedade civil e local. As consultas autónomas de diabetes nos hospitais, sob a responsabilidade dos serviços de Endocrinologia, devem estar organizadas de forma a:

- Estabelecer uma estrutura organizativa multidisciplinar da consulta. A UID deve integrar as especialidades assistenciais dos cuidados de saúde necessárias ao apoio às pessoas com diabetes, nomeadamente: médicos especialistas em Endocrinologia, Medicina Interna e Pediatria com experiência em diabetologia; enfermeiros generalistas e especialistas com formação específica em diabetes; nutricionista ou dietista; podologista; apoio de outras especialidades, sempre que disponíveis na instituição;
- Garantir que a informação é inserida no processo individual e possibilite o diagnóstico, monitorização, avaliação e o tratamento de complicações;
- Estabelecer um plano educativo e terapêutico individualizado, incluindo a educação para a autogestão da doença, que abrange programas de terapêutica com dispositivos de perfusão subcutânea contínua da insulina, a utilização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica específicos, dispositivos de monitorização contínua da glicose e a coordenação de elementos responsáveis de pessoas com diabetes internadas na unidade hospitalar.

É, neste sentido, que justifica falar numa consulta integrada, com envolvimento de diferentes profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, entre outros. O apoio de consultas de diferentes especialidades é fundamental para garantir um suporte adequado em relação ao diagnóstico e ao controlo dos problemas que podem surgir no decurso da diabetes, colocando como foco da sua ação a pessoa com diabetes e as suas necessidades de controlo da doença e das suas complicações. Por isso, a pessoa com diabetes me-

rece especial atenção da equipa de endocrinologia. Esta perspetiva de abordagem incluiu naturalmente a intervenção de enfermeiros, o que justifica plenamente uma reflexão sobre a necessidade (“porquê”) de uma CONSULTA DE ENFERMAGEM e “quando e como” deverá ser realizada.

> A CONSULTA DE ENFERMAGEM: COMO, QUANDO E PORQUÊ?

Segundo as orientações da Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) ⁽⁷⁾, entende-se como consulta “a atividade de um profissional de saúde relacionada com um utente, de onde resulta um diagnóstico e um plano”. A operacionalização do conceito de consulta depende:

1. De se tratar de uma consulta com a presença do utente (direta) ou sem a presença do utente (indireta);
2. De se tratar ou não de uma consulta de vigilância;
3. De se tratar de uma consulta médica, de enfermagem ou de outros profissionais de saúde.

Permitam-nos inverter a abordagem dos itens do subtítulo deste artigo, começando por responder à questão: CONSULTA DE ENFERMAGEM: *porquê?*

A necessidade de uma consulta de enfermagem justifica-se porque as questões associadas à autogestão da doença, implicam ter em atenção o potencial que a pessoa tem para melhorar o seu conhecimento e capacidades para lidar com a sua condição de saúde/doença. A autogestão da diabetes é um objetivo universalmente considerado como fundamental nas estratégias educacionais para o controlo da doença. Por outro lado, a sua justificação encerra-se no facto dos enfermeiros serem elementos centrais no desenvolvimento de estratégias de suporte à autovigilância e à gestão dos diferentes regimes terapêuticos. Estas estratégias implicam na maior parte das vezes modificação de comportamento das pessoas com diabetes. Este desafio torna-se, por vezes, muito complexo, quando nos reportamos a pessoas com diabetes de longa evolução, que apresentam comportamentos consolidados, dificilmente modificáveis ^(3,8,9). Na realidade, quando analisamos o perfil da maioria das pessoas com diabetes que utilizam a consulta de enfermagem, verifica-se que são de uma faixa etária mais elevada, muitas vezes com uma baixa adesão ao tratamento e com diminuição da qualidade de vida. Neste sentido, a consulta de enfermagem apresenta-se como um instrumento de trabalho, a integrar nos programas de educação em saúde, de extrema relevância para que as pessoas com diabetes sejam melhor informadas sobre como lidar com a doença mais ativamente. Continu-

ando, centremos a nossa atenção sobre “quando” deverá ser realizada a CONSULTA DE ENFERMAGEM e com que objetivos. Os momentos para a sua realização são determinados para natureza da condição de saúde/doença. Por isso, poderão fazer todo o sentido Consultas de Enfermagem:

1. No controlo da diabetes;
2. Na preparação da pessoa com diabetes para a auto-gestão da doença;
3. Na preparação do Cuidador para assistir a pessoa com diabetes.

Em pessoas com diagnóstico efetuado há vários anos encontram-se comportamentos consolidados, muitas vezes correspondendo a erros que contribuem para um ineficaz controlo da doença. Ao avaliar a condição de saúde destes doentes é importante tentar compreender se os conhecimentos e as capacidades adquiridos e os comportamentos assumidos no dia-a-dia perante a doença correspondem de facto a uma autogestão eficaz.

E, por último, centremo-nos na consulta, encarando-a “como” uma estratégia de avaliação da condição de saúde/doença da pessoa com diabetes e de estabelecimento de um programa individual de acompanhamento, o que nos levará a abordar a forma como deverão ser realizadas. Face ao exposto, já compreendemos a sua importância, nomeadamente face ao momento em que se realiza, o que condicionará claramente a forma “como” deverá ser estruturada. Por isso, em cada consulta autónoma de diabetes nos hospitais, o enfermeiro deve:

- 1) Recolher dados clínicos, entre outros: peso; altura; calcular o índice de massa corporal; perímetro abdominal; tensão arterial;
- 2) Reforçar a educação da pessoa com diabetes, particularmente nos aspetos relativos ao autocontrolo e autogestão da diabetes, nomeadamente: alimentação; atividade física; cuidados aos pés; vigilância oftalmológica; controlo da pressão arterial; esquema terapêutico;
- 3) Definir com cada pessoa as metas e objetivos individuais a atingir.

Resultados de um estudo realizado na consulta externa do CHSJ ⁽¹⁰⁾ permitiram constatar a existência de uma correlação positiva entre a disponibilidade dos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) e a satisfação dos utilizadores da consulta com o “aconselhamento e clarificação das dúvidas sobre como lidar com a sua doença/regime terapêutico” ($r_s 99=0,608$; $p<0,01$) e com “a sua participação no plano terapêutico” ($r_s 99=0,602$; $p<0,01$). Estes resultados reforçam a importância da definição de estratégias de implementação de novas abordagens na relação com a pessoa com diabetes. Elas re-

querem não apenas um grande envolvimento por parte dos doentes, mas também dos profissionais que lhes fornecem apoio. A educação na diabetes deverá ser encarada como um processo de colaboração entre o profissional de saúde e a pessoa com diabetes, para que este possa tomar decisões informadas acerca da gestão da sua doença.

Os profissionais de saúde devem reconhecer que constituem uma fonte de suporte fundamental para as pessoas com diabetes. Por isso, torna-se necessário o desenvolvimento de modelos organizacionais sustentados em cuidados continuados e integrados, que forneçam suporte, vigilância e monitorização de fatores de risco responsáveis pelo desenvolvimento das complicações da diabetes.

> CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na base do modelo organizacional de cuidados dirigidos à pessoa com diabetes deverão existir consultas especializadas de diabetologia, em ambulatório, com processos e procedimentos padronizados, com envolvimento multidisciplinar. O tratamento da diabetes exige, geralmente, mudanças complexas no comportamento da pessoa que engloba para além da terapêutica medicamentosa um conjunto de novos hábitos alimentares e de exercício físico. Para isso, é necessário que a pessoa com diabetes desenvolva competências (cognitivas e instrumentais) que permitam alcançar os objetivos propostos de modo a conseguir uma eficaz autogestão da doença. O modelo organizacional da prestação de cuidados especializados, que se preconiza, pretende melhorar as medidas de prevenção e controlo da diabetes, através da promoção da articulação entre os diversos níveis de cuidados, da promoção da multidisciplinaridade e da participação de todas as instituições envolvidas, com particular destaque para as organizações da sociedade civil e local.

A consulta de enfermagem tem o objetivo de prestar assistência sistematizada de enfermagem, identificando os problemas de saúde-doença, planeando, executando e avaliando cuidados de enfermagem (que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas com diabetes). O enfermeiro valo-

riza a consulta de enfermagem, considera-a importante e reconhece o seu potencial para a promoção de mudanças abrangentes e significativas, que permitam à pessoa com diabetes obter resultados positivos nas questões da autogestão, nomeadamente, melhorar o seu conhecimento sobre a doença e sobre os aspetos relevantes para o seu controlo. <

BIBLIOGRAFIA

1. Observatório Nacional de Diabetes - Relatório anual de 2016 do (Diabetes: factos e números - o ano de 2015). Disponível em: <http://www.spd.pt/index.php/noticias-topmenu-19/663-2017-03-16-16-19-17>.
2. Federação Internacional de Diabetes. Atlas da Diabetes da FID, 8. edição. 2017. Disponível em: <http://diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html>.
3. Sousa Z, Neves, C, Carvalho D. Monitorização do controlo glicémico. Revista Portuguesa de Diabetes. 2016; 11 (1): 33-37.
4. Rosário F, Garrão A. Abordagem multifactorial na diabetes *mellitus* de longa duração. Caso clínico, in: Dinis da Gama A, ed. Casos Clínicos Hospital da Luz 2007-2008. Lisboa: Espírito Santo Saúde; 2008. P.53-7.
5. Parlamento Europeu - Resolução do Parlamento Europeu sobre as medidas para fazer face à epidemia de diabetes na EU (Documento da Sessão de 14 de Março de 2012). Disponível em: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i017142.pdf>.
6. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Despacho nº 3052/2013 publicado em Diário da República n.º 40/2013, Série II de 2013-02-26 pelo Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.
7. ACSS – Bilhete de identidade dos indicadores de monitorização dos cuidados de saúde primários, Versão detalhada, 1ª edição, 2013. Disponível em: http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/R_DOC_BI_01_DETALHADO_2013_01_11.pdf.pdf.
8. Bastos F. Adesão e Gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: participação das esposas no plano educacional. Porto: [s.d.], 2004. Dissertação de Mestrado de Saúde Pública, Área de Epidemiologia, Universidade do Porto.
9. Bastos F, Severo M, Lopes, C. Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a Diabetes traduzida e adaptada. Acta Medica Portuguesa. 2007; 20: 11-20.
10. Sousa Z. Regime terapêutico em pessoas com diabetes *mellitus*: as estruturas de suporte como fator preditor da adesão, CHS), 2012.