

Hákilla Pricyla de Jesus Souza
(Organizadora)



POLÍTICAS E PRÁTICAS

EM SAÚDE E ENFERMAGEM

Atena
Editora
Ano 2021

Hákilla Pricyla de Jesus Souza
(Organizadora)



POLÍTICAS E PRÁTICAS

EM SAÚDE E ENFERMAGEM

Atena
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2021 Os autores

Copyright da edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro



Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Políticas e práticas em saúde e enfermagem

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Mariane Aparecida Freitas
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Hákillia Pricyla de Jesus Souza

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S729 Souza, Hákillia Pricyla de Jesus
Políticas e práticas em saúde e enfermagem / Hákillia Pricyla de Jesus Souza. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5983-779-3
DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.793211612>

1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Souza, Hákillia Pricyla de Jesus. II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

É com imenso prazer que apresentamos a coleção “Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem”, uma obra dividida em três volumes que têm como objetivo principal desvelar discussões científicas sobre as diversas interfaces de atuação do profissional enfermeiro. Os conteúdos dos volumes perpassam por trabalhos de pesquisas originais, relatos de experiências e revisões da literatura, que foram desenvolvidos em instituições nacionais e internacionais na área de saúde.

O advento da pandemia pela COVID 19 trouxe mais visibilidade e valorização à profissão de Enfermagem, responsável pelo cuidado com vistas às múltiplas dimensões do ser humano. Sabe-se que a Enfermagem deve ter a capacidade de planejar uma assistência baseada em evidências, fundamentada em políticas e práticas que evidenciem seu protagonismo frente às transformações exigidas pela Saúde Pública.

Nesta obra, o primeiro volume traz estudos relacionados ao desenvolvimento da prática de enfermagem em diferentes unidades hospitalares, destacando a importância do trabalho em equipe desde o período pré-natal até a saúde do idoso, além da assistência aos cuidados paliativos. No segundo volume, os artigos associam-se aos fatores psicossociais e políticos envolvidos na atuação do enfermeiro, além daqueles direcionados à liderança e à prática docente. No terceiro volume, são apresentados estudos que demonstram a atuação da enfermagem na Saúde Pública, nestes incluídos os cuidados às famílias e as comunidades.

Ao decorrer de toda a obra “Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem”, é notório observar que os trabalhos envolvem a atuação da Enfermagem de forma holística, com práticas integrativas e complementares para alcançar o bem-estar do paciente, o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, além de ações de educação em saúde, com enfoque na humanização do cuidado. Desta forma, firma-se o compromisso da Enfermagem como ciência, e ressalta-se a relevância da divulgação desses estudos, para que os mesmos possam servir de base para a prática dos profissionais, na prevenção de doenças, promoção e reabilitação da saúde. Nesse sentido, a Atena Editora oferece a estrutura de uma plataforma solidificada e segura para que os pesquisadores possam expor e divulgar seus resultados.


Hákilla Pricyla de Jesus Souza

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÔNICO NEURODEGENERATIVO: REVISÃO DE LITERATURA


Letícia Santos do Monte
Ester Suane Lima Monteiro
Jorge Araújo dos Santos Júnior
Jordânia Vieira da Silva
Joyce Taynara Sousa de Miranda
Amanda Almeida da Silva Carvalho
Camila Rodrigues Barbosa Nemer
Marlucilena Pinheiro da Silva
Clodoaldo Tentes Cortes
Rubens Alex de Oliveira Menezes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7932116121>

CAPÍTULO 2..... 16

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM CASOS DE INFECÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS


Janisson Bezerra de Oliveira Paz
Emile Maria dos Santos Honório
Leila Batista Ribeiro
Rodrigo Marques da Silva
Kerolyn Ramos Garcia
Lincoln Agudo Oliveira Benito

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7932116122>

CAPÍTULO 3..... 25

CARDIOMIOPATIA CHAGÁSICA NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Etrio Ananias Pereira
Sílvia Emanoella Silva Martins de Souza
Silvana Ferreira da Silva
Leila de Assis Oliveira Ornellas
Denise Corado de Sousa
Débora Aparecida de Oliveira Leão
André Ribeiro da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7932116123>


CAPÍTULO 4..... 40

COMPLICAÇÕES RELACIONADAS À TERAPIA INTRAVENOSA NA CRIANÇA HOSPITALIZADA

Tatianny Narah de Lima Santos
Fabiola Araújo Carvalho Alves Souza
Maria Solange Nogueira dos Santos
Camila Cristine Tavares Abreu
Ana Raquel Bezerra Saraiva Tavares

Vanusa Maria Gomes Napoleão Silva

Edna Maria Camelo Chaves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7932116124>

CAPÍTULO 5..... 50

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM GESTANTES COM COMPLICAÇÕES DE ALTO RISCO A SAÚDE FETAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Klinton Rafael Vilanova da Fonseca

Ângela Alzira Seabra Silva

Dixon Horiel Merces Calado


Ituany Rolim Paes

Cristiny Siqueira das Chagas

Loren Rebeca Anselmo do Nascimento

Silvana Nunes Figueiredo

Leslie Bezerra Monteiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7932116125>

CAPÍTULO 6..... 61

CUIDADOS DE ENFERMAGEM INDICADOS A PACIENTES COM RADIODERMITES

Lisiane Paula Sordi Matzenbacher

Adelita Noro

Marlize Müller Monteiro de Oliveira

Elisiane Goveia da Silva

Ana Paula da Silva Costa Dutra

Janete Mota Paixão

Luana Oliveira da Silva

Paula de Cezaro

Débora Rosilei Miquini de Freitas Cunha

Mariana Neiva Assunção

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7932116126>

CAPÍTULO 7..... 72

DIABETES E FUNÇÃO RENAL

Sabrina Zancanaro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7932116127>

CAPÍTULO 8..... 86

DILEMAS E CONFLITOS ÉTICOS VIVIDOS PELA ENFERMEIRA NO CUIDADO AO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Íris Cristy da Silva e Silva

Marluce Alves Nunes Oliveira

Elaine Guedes Fontoura

Ayla Melo Cerqueira


Déborah de Oliveira Souza

Analu Sousa de Oliveira

Mayra Luiza Matos Evangelista de Souza

Maryana Carneiro de Queiroz Ferreira

Lorraine Alves de Souza Santos
Vanessa Sena da Silva
Thamara Arianny Ventin Amorim Oliveira de Assis
Anna Carolina Oliveira Cohim Mercês

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7932116128>

CAPÍTULO 9..... 101

DOULA NA PARTICIPAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA


Mariana Duarte Nóbrega
Karina Angélica Alvarenga Ribeiro
Maura Cristiane e Silva Figueira
Mayane Magalhães Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7932116129>

CAPÍTULO 10..... 114

LEUCEMIA LINFÓIDE AGUDA: CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM


Vitória Ferreira Damas
Felipe Henrique Pereira Tomaz
Irani Ferreira de Souza
Monique Vilela Reis
Maria Celina da Piedade Ribeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.79321161210>

CAPÍTULO 11..... 126

IMPACTO DA LIDERANÇA E HUMANIZAÇÃO NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM HOSPITALAR BRASILEIRA


Rayane Alves de Miranda
Rodrigo Marques da Silva
Leila Batista Ribeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.79321161211>

CAPÍTULO 12..... 138

MEDIDAS DE SEGURANÇA PARA A PREVENÇÃO DE ACIDENTES COM MATERIAIS PERFUROCORTANTES: REVISÃO INTEGRATIVA

Girlene Ribeiro da Costa
Márcia Teles de Oliveira Gouveia
Maria Eliete Batista Moura
Ana Livia Castelo Branco de Oliveira
Márcia Astrês Fernandes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.79321161212>


CAPÍTULO 13..... 149

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO – TOQUE TERAPÊUTICO E MASSAGEM

Thiago de Oliveira Silveira

Amanda de Jesus Silva

Lívia Xavier Meirelles

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.79321161213>

CAPÍTULO 14..... 155

O USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS

Aimê Mareco Pinheiro Brandão

Andrielly Lobato Brito

Caroline Lima de Freitas

Eloisa Melo da Silva

Rodrigo Vilhena dos Santos

Sandy Barbosa da Silva Soares

Leilson da Silva Lima


Camila Rodrigues Barbosa Nemer

Clodoaldo Tentes Cortes

Luzilena de Sousa Prudência

Nely Dayse Santos da Mata

Rubens Alex de Oliveira Menezes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.79321161214>

CAPÍTULO 15..... 168

PAPEL DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NA PROMOÇÃO DE BOAS PRÁTICAS NO PARTO: REVISÃO DE LITERATURA

Rosemary Fernandes Correa Alencar

Wallacy Pereira Arouche

Valdiclea de Jesus Veras

Maria Barbara Rocha

Emanuella Pereira de Lacerda

Amanda Silva de Oliveira

Elzimar Costa Rodrigues


Vanessa Mairla Lima Braga

Silvia Martins da Silva

Tania Cristina Cardoso

Jayna Pereira Fontes dos Santos

Leula Campos Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.79321161215>

CAPÍTULO 16..... 181

PAPEL DO ENFERMEIRO NO PERIOPERATÓRIO EM TRANSPLANTE DE PULMÃO INTERVIVOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Janete Mota Paixão

Lisiane Paula Sordi Matzenbacher


Adelita Noro

Marlize Müller Monteiro de Oliveira

Elisiane Goveia da Silva

Ana Paula da Silva Costa Dutra


Luana Oliveira da Silva
Paula de Cezaro
Débora Rosilei Miquini de Freitas Cunha
Mariana Neiva Assunção

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.79321161216>

CAPÍTULO 17..... 194

PERFIL DOS ENFERMEIROS NOS CUIDADOS PALIATIVOS DA CRIANÇA COM CÂNCER

Elio Gonçalves Mendes Silva
Hilda Samantha Silva Melo
Janca Pereira Viana
Oliver Juliano Ferreira Batista dos Anjos
Vanderson Barros Dias
Loren Rebeca Anselmo do Nascimento
Leslie Bezerra Monteiro
Silvana Nunes Figueiredo
Camila Soares Santos
Andreia Silvana Silva Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.79321161217>

CAPÍTULO 18..... 206

**PRÁTICAS CLÍNICAS NO CUIDADO DO ENFERMEIRO COM O USUÁRIO IDOSO:
REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**


Isis Michelle Pereira de Castro
Manuela Costa Melo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.79321161218>

CAPÍTULO 19..... 217

SKIN TEARS: O DESAFIO PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM


Amanda de Cassia Costa de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.79321161219>

CAPÍTULO 20..... 229

**VIOLÊNCIA SOFRIDA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DENTRO DO AMBIENTE
HOSPITALAR**

Thais Mayara da Silva Mazuquiel
Makerly Batista de Oliveira da Costa
Karla de Toledo Candido Muller
Úrsulla Vilella Andrade
Aucely Correa Fernandes Chagas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.79321161220>

SOBRE A ORGANIZADORA..... 242

ÍNDICE REMISSIVO..... 243

CAPÍTULO 7

DIABETES E FUNÇÃO RENAL

Data de aceite: 01/12/2021

Data de submissão: 06/09/2021

Sabrina Zancanaro

Mestre em Ciências da Saúde pela
Universidade do Oeste de Santa Catarina-
Unoesc
Joaçaba-SC
<http://lattes.cnpq.br/5572594984402679>

RESUMO: Este estudo avaliou o estado de saúde de diabéticos, quanto à função renal. Foi realizado com 270 diabéticos, com aplicação de questionário durante visita domiciliar. A população deste estudo constitui-se prioritariamente de pessoas acima de 60 anos, do sexo feminino, que vivem com companheiro, são hipertensas, sedentárias, com alimentação saudável, renda até dois salários mínimos e com baixa escolaridade. A taxa de filtração glomerular foi menor em mulheres e em idosos acima de 60 anos de idade, mas não teve relação com a adesão ao tratamento. Quarenta pessoas (14,8%) mostraram-se aderentes ao tratamento medicamentoso para diabetes e 230 (85,2%) não aderentes. Ressalta-se a importância do acompanhamento multiprofissional no atendimento dos diabéticos, que é essencial para melhorar a adesão ao tratamento e reduzir os riscos de complicações como a nefropatia diabética.

PALAVRAS-CHAVE: Nefropatia diabética. Taxa de filtração glomerular. Função renal.

DIABETES AND RENAL FUNCTION

ABSTRACT: This study evaluated the health status of diabetics regarding renal function. It was performed with 270 diabetics, with questionnaire application during home visit. The population of this study consists primarily of people over 60 years of age, female, living with a partner, are hypertensive, sedentary, with healthy eating, income up to two minimum wages and with low schooling. The glomerular filtration rate was lower in women and in elderly over 60 years of age, but was not related to treatment ades. Forty people (14.8%) were adherent to the drug treatment for diabetes and 230 (85.2%) were non-adherent. The importance of multiprofessional follow-up in the care of diabetics is emphasized, which is essential to improve treatment adhering and reduce the risks of complications such as diabetic nephropathy.

KEYWORDS: Diabetic nephropathy. Glomerular filtration rate. Renal function.

1 | INTRODUÇÃO

Esta dissertação discorre sobre o estado de saúde de diabéticos, quanto à função renal, adesão ao tratamento e hábitos de vida, e está vinculada a Linha de pesquisa Diagnóstico e Intervenção na Saúde. Entende-se que o tratamento básico para a Diabetes contempla o controle alimentar adequado, realização de atividades físicas regulares e o uso de medicação quando necessário, e para que isto ocorra faz-se necessário uma mudança nos padrões de

comportamento do paciente e o apoio familiar. Não se trata apenas de comportamentos que ocorrem esporadicamente, mas estas mudanças devem ocorrer na rotina cotidiana para que se obtenha sucesso com o tratamento da doença. Há três estágios, no que se entende a adesão ao tratamento pelo paciente através de seu comportamento: num primeiro momento o indivíduo concorda com o tratamento, segue as orientações dos profissionais de saúde e conta com uma boa supervisão familiar; em um segundo momento é a fase de transição entre os cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde e o autocuidado e o terceiro momento é a manutenção, período no qual o paciente faz do tratamento seu estilo de vida (ASSUNÇÃO, URSINI, 2008).

A prevalência da diabetes nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e possui uma estimativa para 40 milhões em 2030. Nos países Europeu e nos Estados Unidos este aumento se dará devido ao aumento na expectativa de vida, em contrapartida, nos países sem desenvolvimento o aumento acontecerá em todas as faixas etárias, nos grupos de 45 a 64 anos, a prevalência será triplicada e duplicada nas faixas etária de 20 a 44 anos e acima de 65 anos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012).

Na faixa etária de 40 a 59 anos, o diabetes é a terceira causa de morte em mulheres (precedida de causas cerebrovasculares e câncer de útero) e é a primeira causa de morte em homens nesta faixa etária (seguida de homicídios e acidentes de transporte terrestre) (BRASIL, 2014). Já na faixa etária dos 60 anos ou mais, as duas primeiras causas de morte foram as doenças do aparelho circulatório (cerebrovasculares e isquêmicas) para os homens, sendo a terceira causa diabetes; e nas mulheres as doenças cerebrovasculares foram a primeira causa de morte e o diabetes a segunda. É importante observar que mesmo nesta faixa etária o risco de morte para os homens, para doenças do aparelho circulatório, mostrou-se maior que o risco de morte para as mulheres. Para a morte por diabetes o risco entre as mulheres foi maior comparado ao risco dos homens (BRASIL, 2014).

Pode-se definir Diabetes como sendo uma doença crônica que afeta o organismo fazendo-o não produzir insulina ou ainda não metabolizar adequadamente a insulina produzida. A insulina é um hormônio cuja função é regular a quantidade de glicose presente no sangue, trata-se de um hormônio vital, pois é através dele que o organismo utiliza a glicose que retira dos alimentos como fonte de energia para as atividades cotidianas. Quando o organismo para de produzir insulina, então diz-se que este indivíduo desenvolveu Diabetes.

A principal consequência do Diabetes é que o organismo não consegue utilizar de forma adequada e satisfatória a glicose e desta forma o nível de glicose presente no sangue deste organismo fica elevado, o que se conhece por hiperglicemia, quadro este que se perdurar por longos períodos pode acarretar em danos graves em órgãos, vasos sanguíneos e nervos (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2018).

No indivíduo que é acometido pelo Diabetes Tipo 1, tem-se um estado clínico no

qual um equívoco leva o sistema imunológico a atacar as células beta, fazendo com que se diminua drasticamente os níveis de insulina no organismo. Este quadro acarreta num acúmulo de glicose no corpo. Estima-se que 5 a 10% do total de diabéticos são portadores do Tipo 1. É comum que este tipo de Diabetes ocorra no período de infância ou ainda na adolescência, mas sua prevalência pode afetar também os adultos. O tratamento do Diabetes Tipo 1 compreende o uso de insulina, terapia medicamentosa, acompanhamento nutricional com um adequado planejamento alimentar e ainda o estímulo ao desenvolvimento de atividades físicas, no intuito de manter sob controle os níveis de insulina presentes no organismo (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2018).

No Diabetes Tipo 2, o organismo não produz insulina suficiente para o controle dos níveis glicêmicos ou o organismo não consegue usar adequadamente a insulina por ele produzida. É mais comum a prevalência deste tipo de Diabetes em indivíduos adultos, não se exclui o aparecimento em crianças. O tratamento para este tipo de Diabetes compreende o uso de insulina, terapia medicamentosa, acompanhamento nutricional com controle alimentar e o estímulo de atividades físicas. Este é um dos casos mais comuns de Diabetes, chegando a prevalecer em 90 % dos casos. Reitera-se que o tratamento é adequado observando as particularidades de cada caso (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2018).

Pode-se caracterizar a Diabetes Mellitus (DM) como uma doença crônica que apresenta diferentes graus de resistência e também de deficiência insulínica. É notável que a ocorrência do Diabetes vem crescendo acentuadamente em todo o mundo. Outro fator preocupante é a baixa adesão ao tratamento, de forma que muitos pacientes acabam não tendo um bom controle da doença. Outra forma de definir o DM é como distúrbio do sistema endócrino que faz com que o pâncreas, órgão responsável pela produção de insulina, não produza insulina adequadamente, acarretando na utilização inadequada da glicose e elevando seus níveis no sangue, fenômeno conhecido como hiperglicemia (OKOSHI, 2007).

A Doença Renal Crônica (DRC) é considerada um grave problema de saúde pública, estimando-se que afete 10 a 15% da população adulto no mundo (FELISBERTO et al, 2015). É considerado portador de DRC o indivíduo que apresente taxa de filtração glomerular (TFG) < 60 ml/min/1,73m² e que tenha, pelo menos, um marcador de lesão do parênquima renal, por um período de três meses ou mais (LEVEY et al, 2005).

No Brasil, segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), o número de pessoas em diálise entre os anos de 2000 a 2013 aumentou em 135,15%, sendo 112.004 indivíduos em tratamento no ano de 2014 (SESSO et al., 2016), entretanto, os dados quanto a prevalência de doença renal em estágio inicial, não dialítico, são escassos (PEREIRA et al, 2016).

A DRC atinge todas as faixas etárias e tem elevada prevalência, trazendo implicações econômicas e sociais importantes. A doença é progressiva e leva à perda permanente da

função renal, sendo de extrema importância o diagnóstico precoce, a fim de prevenir ou retardar a falência renal (SCHAEFER et al; 2015). Diagnosticar a doença precocemente é essencial para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, e reduzir a morbimortalidade e os efeitos adversos da doença como complicações cardiovasculares, pulmonares e hematológicos (SPANAU, 2011).

Os principais fatores de risco para DRC incluem diabetes e hipertensão (BASTOS, BASTOS, RIBEIRO et al., 2009), que são doenças de elevada prevalência e de elevada morbidade e mortalidade, sendo que a hipertensão atinge aproximadamente 25% da população adulta brasileira (BURGOS, COSTA, BOMBIG et al, 2014), e diabetes 6% (ISER, STOPA, CHUEIRI, et al. 2015).

A nefropatia diabética é uma das principais causas de diálise, e é uma importante complicação crônica do diabetes, estando relacionada ao aumento da mortalidade nos pacientes. As alterações estruturais renais relacionadas são caracterizadas por aumento da membrana basalglomerular, espessamento da membrana basal tubular, esclerose mesangial difusa, micro aneurismas e arteriosclerose da camada hialina da íntima, produzindo graus variáveis de glomerulosclerose e insuficiência renal (ZANATTA, 2008).

A hiperglicemia é responsável pelo aumento da filtração renal, sendo assim aumentando a pressão capilar glomerular, que por sua vez medeia tanto a hipertrofia e a divisão celular quanto o processo de fibrose renal mais tardiamente, através da estimulação da produção de colágeno e fibronectina. O agravamento dessas lesões correlaciona-se com a taxa de filtração glomerular, grau de albuminúria, duração da diabetes, grau de controle da glicemia e fatores genéticos. Em virtude do prognóstico desfavorável nas fases avançadas da nefropatia diabética, torna-se essencial identificar precocemente a falha renal (MURUSSI 2008). Estimar a função renal de diabéticos, é, portanto, fundamental, para garantir o diagnóstico precoce, e assim, a adequada assistência e tratamento (KIRSZTAJN, 2007).

Avaliar adequadamente a função renal é de suma importância para se fazer o diagnóstico precoce e proceder ao tratamento adequado para a doença renal. A taxa da FG se torna essencial para administrar doses adequadas de medicação, definir prognóstico, interpretar possíveis sintomas urêmicos e a tomada de decisão sobre quando iniciar o tratamento terapêutico (BOSTOM, 2002).

A TFG é a avaliação da depuração de uma substância que é filtrada livremente pelos glomérulos e não sofre reabsorção ou secreção tubular, por esse motivo é frequentemente usada como medida padrão da avaliação da função renal, sendo um indicador importante para detecção, avaliação e tratamento da doença renal crônica. Para ser um marcador ideal da TFG, é necessário haver uma produção constante pelo organismo, ser livremente filtrado, não pode ser reabsorvido e nem secretado pelos túbulos renais e não ser metabolizado ou eliminado por vias extrarrenais (BRITO; OLIVEIRA; SILVA, 2016).

Para tentar estimar o valor real de TFG são utilizadas equações, sendo as mais

utilizadas a Modification of Diet in Renal Disease (MDRD), e a equação de Cockcroft Gault (SODRE et al, 2007). O MDRD possui uma versão simplificada e uma completa, na qual três analitos são usados ao mesmo tempo (creatinina sérica, albumina e nitrogênio ureico). O MDRD simplificado e Cockcroft Gault utilizam apenas a creatinina sérica e outras variáveis como sexo, idade, peso e etnia (KIRSTAJN, 2009).

2 | ADESÃO AO TRATAMENTO E HÁBITOS DE VIDA

É fundamental para a adesão ao tratamento que se leve em conta as características deste, observam que os padrões que são estabelecidos durante o primeiro ano de tratamento costumam se manter ao longo do tempo, apesar de esta adesão inicial ao tratamento não resistir aos agravos da doença. Observa-se que nos primeiros dois anos após o diagnóstico há um período de dificuldade de adaptação ao DM e os hábitos que são adquiridos nos primeiros anos de adesão ao tratamento persistem no decorrer da doença. Corroboram para a fraca adesão ao tratamento aspectos como o fato desta ser uma doença crônica que não proporciona um grande desconforto num primeiro momento e não apresenta nenhum risco evidente, seu tratamento implica em grandes adaptações do estilo de vida, a complexidade do tratamento medicamentoso, a falta de supervisão do comportamento do paciente, o fato de ser um tratamento paliativo, que não possibilita cura e por fim as grandes mudanças necessárias no comportamento do paciente podem se configurar como entraves decisivos para a não adesão ao tratamento. Quanto mais complexo o tratamento vai se tornando, mais a adesão fica comprometida, portanto, é importante avaliar os fatores estressantes que fazem com que o paciente desiste de aderir ao tratamento (SILVA, PAIS-RIBEIRO, CARDOSO, 2006).

Os vários estudos que buscam estabelecer quais são os fatores responsáveis pela adesão ao tratamento de doenças crônicas apontam um fator novo no tangente ao DM, que é o fato da terapêutica farmacológica não ser capaz de garantir a estabilidade da doença. Este é um fator relevante e preocupante, pois é necessário que o paciente compreenda a importância que o conjunto de fatores que compõem o tratamento, como a ação medicamentosa e o efetivo controle glicêmico e a real mudança em hábitos de vida não saudáveis, têm. Aconselha-se manter o paciente em um padrão de vida o mais próximo possível de seu padrão normal para tentar garantir a efetividade da adesão ao tratamento. É importante que o paciente entenda que a adesão ao tratamento lhe proporcionará uma sobrevivência de qualidade. Um dos aspectos que não se pode descuidar no processo de adesão é sem dúvidas o alimentar, tanto que a Sociedade Brasileira de Diabetes e o Ministério da Saúde elaboram várias publicações para orientar os pacientes e seus familiares (RUBIN, AZZOLIN, MULLER, 2011).

Pode-se entender como um tratamento complexo aquele exige que o paciente integre várias tarefas em seu cotidiano. Estes chamados regimes terapêuticos não possuem taxas

de adesão altas, tendo um percentual de 50% de adesão apenas em países desenvolvidos. Quando o paciente não adere a estes tratamentos, geralmente faz-se necessário o uso de fármacos mais potentes ou ainda o aumento das dosagens, comprometendo assim sua qualidade de vida. Quanto as custas do tratamento para o sistema, estes chegam ao percentual de 15% dos custos nacionais voltados para a saúde, de modo que as complicações crônicas da doença são um sério problema de saúde pública. A DM por se tratar de uma doença crônica, necessita de cuidados contínuos e isso onera sobremaneira os cofres públicos (FARIAS et al, 2016).

Buscando uma melhor qualidade de vida do paciente e a prevenção de complicações do DM, torna-se indispensável o cuidado com as atividades físicas e a dieta e o devido acompanhamento médico e nutricional. A prática da atividade física promove um gasto aumentado da glicose e promove um bom controle glicêmico. Quando o paciente alia dieta e atividade física os benefícios são tantos que diminuem o risco do aparecimento de doenças cardiovasculares. Uma dieta balanceada aliada a pratica de atividades físicas irá evitar a obesidade que é um agravante na presença do DM. Observa-se que pacientes menos instruídos quanto aos cuidados com sua alimentação tendem a ter um consumo excessivo de sal, açúcar e óleo. É necessário que o paciente entenda que modificar estes hábitos também faz parte do tratamento. O controle metabólico do paciente irá evitar o aparecimento das complicações pertinentes ao DM (COSTA et al, 2011).

É necessário que o paciente compreenda a importância das mudanças em seu cotidiano para minimizar a progressão da doença. A pratica de atividade física proporcionará aos pacientes redução de peso, diminuição da circunferência abdominal e controle dos níveis de colesterol. O adento da insulina possibilitou ao paciente a ingestão de carboidratos, porém a alta ingestão destes alimentos causa ganho de peso e acaba por acarretar danos para a saúde do já fragilizado paciente, sendo assim aconselhado um rigoroso

Para análise dos hábitos de vida foi utilizado o questionário “Estilo de vida Fantástico”, que considera o comportamento dos indivíduos no último mês e cujos resultados permitem determinar a associação entre o estilo de vida e a saúde. O instrumento possui 25 questões divididas em nove domínios que são: 1) família e amigos; 2) atividade física; 3) nutrição; 4) cigarro e drogas; 5) álcool; 6) sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro; 7) tipo de comportamento; 8) introspecção; 9) trabalho. As questões estão dispostas na forma de escala Likert, 23 possuem cinco alternativas de resposta e duas são dicotômicas. A codificação das questões é realizada por pontos: zero para a primeira coluna, 1 para a segunda coluna, 2 para a terceira coluna, 3 para a quarta coluna e 4 para a quinta coluna. As questões que só possuem duas alternativas pontuam: zero para a primeira coluna e 4 pontos para a última coluna. A soma de todos os pontos permite chegar a um escore total que classifica os indivíduos em cinco categorias que são: “Excelente” (85 a 100 pontos), “Muito bom” (70 a 84 pontos), “Bom” (55 a 69 pontos), “Regular” (35 a 54 pontos) e “Necessita melhorar” (0 a 34 pontos). O questionário foi validado por Añez Reis e Petroski

(2008).

Para análise da adesão foi utilizado o Brief Medication Questionnaire (BMQ). O BMQ é dividido em 3 domínios, que identificam barreiras à adesão, considerando regime, crenças e recordação em relação ao tratamento medicamentoso. Para análise da função renal foi usada a equação do MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) simplificada. A equação MDRD com quatro variáveis tem sido a mais utilizada, pois seu desempenho é tão bom quanto da equação inicial (SCHAEFER et al, 2015).

Os dados quantitativos foram descritos por média e desvio-padrão e os categóricos por contagens e percentuais. A comparação de variáveis quantitativas entre grupos será realizada pelo teste t de Student, a associação de variáveis quantitativas entre si será realizada utilizando-se o coeficiente de correlação de Pearson ou Spearman. Os cruzamentos de dados categóricos serão realizados pelo teste de Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher. O nível de significância adotado é de $\alpha=0,05$.

Os resultados deste estudo mostraram que quanto à adesão ao tratamento, 40 (14,8%) são aderentes ao tratamento medicamentoso para diabetes e 230 (85,2%) são não aderentes. Dezoito pessoas (6,7%) souberam nomear os medicamentos que incomodam, 172 (63,7%) referem que esquecem de tomar a medicação algumas vezes, 258 (95,6%) acreditam que a medicação funciona bem, 196 (72,6%) falharam em listar as medicações que tomam, 167 (61,9%) relataram eventuais falhas de dias ou doses e 14 (5,2%) relataram já ter tomado medicações extra (a mais do que o prescrito). A média da TFG foi de $70,8 \pm 23,6$ ml/min, sendo que a mínima foi de 12,9 ml/min e o máximo 152,20 ml/min. A média da creatinina foi de $13 \pm 0,5$ mg/dL. A TFG apresentou-se inferior a 60 ml/min em 91 pessoas, que corresponde a 33,7% dos pacientes estudados. Dentre as pessoas com TFG abaixo de 60ml/min, 69 (75,8%) tem ensino fundamental incompleto e 87 (95,6%) recebe até dois salários mínimos. A TFG não teve relação com o tabagismo ($p=0,22$), uso de álcool ($p=0,75$), alimentação saudável ($p=0,19$), hipertensão ($p=0,16$), escolaridade ($p=0,82$) e prática de exercícios ($p=0,58$). O estilo de vida não teve correlação com a TFG ($r=-0,05$; $p=0,39$), nem com a creatinina ($r=0,10$; $p=0,10$), mas sim com a idade ($r=0,1$; $p=0,02$), demonstrando que os mais idosos tiveram melhor estilo de vida.

Além destes, destaca-se os principais resultados de acordo com cada uma das variáveis que constituem o questionário Fantástico. Observou-se que 59,6% quase sempre tem alguém para conversar, 58,9% quase sempre dá e recebe afeto, 67% considera-se vigorosamente ativo por pelo menos 30 minutos em um dia da semana, 27,4% considera-se moderadamente ativo mais que cinco vezes por semana, 58,5% algumas vezes come uma dieta balanceada, 48,5% come frequentemente em excesso açúcar, sal, gordura animal e salgadinho, 40,4% estão com mais de oito quilogramas acima do peso ideal, 0,4% relatou que algumas vezes usa drogas como maconha e cocaína, 1,5% relatam que frequentemente abusam de remédios, 97,8% ingerem semanalmente entre 0 e 7 doses, 90,7% nunca ingerem mais de 4 doses em uma ocasião, 98,9% nunca dirigem após

ingerir bebida alcoólica, 40,7% com frequência dorme bem e sente-se descansado, 92,6% sempre usam cinto de segurança, 12,2% sente-se capaz de lidar com o estresse do dia-a-dia, 70,4% com frequência relaxam e desfrutam do tempo de lazer, 71,9% quase nunca praticam sexo seguro (com preservativo), 46,7% com relativa frequência aparenta estar com pressa, 11,9% com relativa frequência sente-se com raiva e hostil, Introspecção 72,6% quase sempre pensa de forma positiva e otimista, 8,1% com relativa frequência sente-se tenso e desapontado, 33,3% raramente sente-se triste e deprimido e 19,3% raramente sente-se satisfeito com o trabalho ou função.

A população deste estudo constitui-se prioritariamente de pessoas acima de 60 anos, do sexo feminino, que vivem com companheiro, são hipertensas, sedentárias, com alimentação saudável, renda até dois salários mínimos e com baixa escolaridade. Estudos semelhantes também mostram prevalência do DM em pessoas com faixa etária compreendida entre 60 a 75 anos e do sexo feminino (ASSUNÇÃO, URSINE, 2008; FARIA et al, 2014). Moraes et al (2009) relatam que 55% dos participantes de seu estudo eram mulheres e justificou o fato do DM afetar mais mulheres do que homens porque as mulheres são mais sedentárias e obesas, mas por outro lado mais cuidadosas com sua saúde, portanto aderem ao tratamento mais facilmente.

Analisando o manuseio da medicação, observou-se maiores dificuldades para lembrar de tomar os remédios e pelo número de comprimidos a serem ingeridos ao mesmo tempo. Giroto et al (2013) referem que nas doenças crônicas, o número de medicamentos e o esquema terapêutico prescrito, aliado aos efeitos adversos dos medicamentos, interferem diretamente no uso da medicação e na adesão ao tratamento.

Ao analisar a adesão ao tratamento, observou-se predomínio de baixa adesão e dificuldade para relatar os medicamentos em uso. Aliado a isso, ainda foram frequentes relatos de esquecer de tomar os remédios ou tomar doses a mais ou a menos do que o prescrito. De acordo com Maldaner et al (2008) são nove os fatores determinantes para a adesão ao tratamento não farmacológico do paciente portador de doenças crônicas. Fatores como a confiança na equipe multidisciplinar e redes de apoio e ainda a própria aceitação da doença são cruciais. O nível de escolaridade e os efeitos colaterais ocasionados pela medicação também são fatores relevantes. Quando se observa a parte medicamentosa, pode-se dizer que o difícil acesso ao medicamento, o fato de ser um tratamento complexo e de longo prazo também pesam quando o paciente resolve aderir ao tratamento de forma integral. Em alguns casos a doença pode ser assintomática e dar ao paciente a ideia errada de que este está bem, fazendo com que ele não venha a aderir corretamente ao tratamento.

Para Bezerra, Lopes e Barros (2014), a adesão do paciente portador de doença crônica ao tratamento seja ele medicamentoso ou não, está relacionada a fatores internos e externos a este. Como fatores internos pode-se citar as crenças do paciente, sua percepção, seu conhecimento e principalmente sua motivação. A baixa adesão medicamentosa é comum entre os idosos, relacionando-se com a complexidade dos esquemas medicamentosos, falta

de entendimento, diminuição da acuidade visual e o esquecimento (GELLAD, GREARD, MARCUM, 2011). Um fator decisivo para aumentar adesão é a confiança do paciente na equipe de saúde. Trata-se de tempo dispensado nas consultas, atendimento acolhedor e linguagem adequada ao paciente (LEITE, VASCONCELLOS, 2003).

Ao relacionar a adesão às variáveis estudadas, constatou-se que as pessoas que fazem uso de múltiplas doses de medicamentos, e aquelas que omitiram medicações no momento da entrevista, foram as menos aderentes. A complexidade do tratamento é um fator significativo para a adesão ou não ao tratamento. Pacientes que necessitam de múltiplas doses acabam por omitir medicação e tem maior dificuldade em aderir ao tratamento (TAVARES et al, 2016). Não houve associação significativa entre a adesão e o sexo, bem como em relação à faixa etária, renda, e alguns hábitos de saúde, como ter alimentação saudável, prática de exercícios, fumo e consumo de bebida alcoólica. No estudo de Giroto et al (2013), a adesão teve relação com a pratica de exercícios e a escolaridade. A adesão não teve relação com o estado civil, mas Moraes et al (2009) afirmam que a taxa de mortalidade e complicações é mais alta entre os pacientes solteiros, pois o parceiro do paciente age como um cuidador deste. De acordo com Faria et al (2014), isto ocorre devido ao fato de que o companheiro presta atenção em seu cônjuge observando possíveis complicações e facilitando assim a adesão ao tratamento e também diminuindo os níveis de mortalidade por DM.

Para Moraes et al (2009), a escolaridade baixa pode dificultar a compreensão das informações acerca da doença e seu tratamento, diminuindo a adesão, e que a renda influencia no tratamento, por ser um fator limitante, principalmente na adesão do tratamento nutricional. O baixo nível de instrução é comum nas pesquisas realizadas com esta população, fator que pode limitar o acesso às informações, diminuindo a compreensão das orientações recebidas pelos profissionais (ROSSI, SILVA, FONSECA, 2015). Neste estudo a adesão não teve relação com a escolaridade.

Análise da TFG mostrou que foi menor em pessoas acima de 60 anos e do sexo feminino, mas não houve associação entre a TFG e a adesão ao tratamento. Estudo realizado no Meio Oeste de Santa Catarina também mostrou pior desfecho em relação à TFG em mulheres e pessoas acima de 70 anos (BRAGA et al, 2016), assim como outro estudo realizado em Joaçaba/SC e que corrobora com esses achados (DALLACOSTA, DALLACOSTA, MITRUS, 2017).

Na análise da função renal, observou-se elevado número de pessoas com TFG abaixo do ideal, considerando-os em risco de evoluir para insuficiência renal. A nefropatia diabética é uma complicação microvascular frequente, que acomete cerca de 35% a 40% dos indivíduos com DM, e é a principal causa de Insuficiência Renal Terminal (IRT) em países desenvolvidos (QUEIROZ et al, 2017; BRAGA et al, 2016), o que ratifica a importância da detecção precoce e acompanhamento destes pacientes.

A respeito do controle da DM não se pode afirmar que estabelecer um rigoroso

controle dos níveis glicêmicos tenha uma ação protetora nos pacientes, mas este controle é recomendado na prevenção da microalbuminúria. O controle glicêmico configura-se como uma medida bastante simples e eficaz na prevenção de possíveis complicações de saúde, e aliado ao controle da albuminúria, são dois pilares fundamentais do tratamento do portador de diabetes (BASTOS et al, 2004).

Ao analisar o estilo de vida, observamos predomínio de um estilo de vida bom ou muito bom, mas não houve associação entre melhor estilo de vida e melhor função renal ou maior adesão. Sabe-se, porém, que os hábitos de vida influenciam diretamente na taxa de mortalidade, e a avaliação periódica realizada por equipe multiprofissional é de grande importância nos portadores de doenças crônicas, como o diabetes (CARVALHO et al, 2012).

Para Gimenes et al (2009), o uso de medicamentos como a insulina, requer que o paciente ajuste alguns de seus hábitos diários, como os horários das refeições e a prática de atividade física. Em um estudo realizado, observou-se que os pacientes detinham o conhecimento do que era necessário ser modificado em seu dia a dia para que o tratamento surtisse efeito, porém ao serem questionados quanto a aplicabilidade destes novos conceitos de hábitos saudáveis em seu cotidiano, a maioria demonstrou não aderir aos novos hábitos, o que ratifica a importância e acompanhamento da equipe multiprofissional com esta população (ASSUNÇÃO, URSINE, 2008). O sucesso do tratamento do portador de diabetes está diretamente relacionado a mudança nos hábitos de vida e a adoção de um estilo de vida saudável, necessários para o controle glicêmico e prevenção de complicações (SALES PERES et al, 2016).

3 | CONCLUSÃO

A população deste estudo constituiu-se prioritariamente de pessoas acima de 60 anos, do sexo feminino, que vivem com companheiro, são hipertensas, sedentárias, com alimentação saudável, com baixa renda e baixa escolaridade.

A adesão ao tratamento foi menor nos indivíduos que usam múltiplas medicações e naqueles que omitiram doses. A taxa de filtração glomerular foi menor em mulheres e em idosos acima de 60 anos de idade, mas não teve relação com a adesão ao tratamento. O estilo de vida não apresentou relação com a adesão e com a função renal.

O tratamento da diabetes é complexo e envolve a tríade: alimentação correta, exercício físico e uso das medicações. Garantir a adesão constante em uma doença crônica permanece um desafio para a equipe multiprofissional, e conhecer as características da população a ser trabalhada é uma medida para que ações de promoção da saúde e melhora da adesão sejam implementadas.

Este estudo apresentou limitações pelo tamanho da amostra, e pelo fato da análise da função renal não ter incluído a microalbuminúria, devido às limitações dos dados existentes no serviço onde foi realizado, inclusive relativos a falta de exames de creatinina

nos prontuários. Mas os resultados demonstram a importância de se trabalhar de modo interprofissional com os diabéticos, avaliando seus hábitos de vida e realizando exames periódicos para avaliação da adesão ao tratamento e da função renal.

Um fator importante para o profissional de saúde que acompanhará este paciente é que ele consiga ter a sensibilidade de perceber o paciente além da doença; que o entenda como um ser humano, social e político complexo em suas estruturas emocionais e psicológicas e que construa uma relação embasada no respeito mútuo entre seres humanos antes de se entenderem como paciente e profissional da saúde. Este talvez seja o eixo norteador para a correta adesão do paciente ao tratamento que lhe proporcionará uma sobrevida de qualidade.

REFERÊNCIAS

ASSUNCAO, Thais Silva; URSINE, Priscila Guedes Santana. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2189-2197, Dec. 2008.

BASTOS, Rita Maria Rodrigues et al. Prevalência da doença renal crônica nos estágios 3, 4 e 5 em adultos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 55, n.1, p.40-44, 2009.

BASTOS, Marcus G.; KIRSZTAJN, Gianna M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J Bras Nefrol*; v.33, n.1, p.93-108, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n1/v33n1a13.pdf>. Acesso em: 20.out. 2016.

BASTOS, Marcus G. et al. Doença Renal Crônica: Problemas e Soluções. *J. Bras Nefrol*; v, 26, n.4, p. 202-211, 2004. Disponível em <https://docplayer.com.br/17657407-Doenca-renal-cronica-problemas-e-solucoes.html>. Acesso em 14 ago 2018

BEZERRA, Amanda Silva de Macêdo; LOPES, Juliana de Lima BARROS, Alba Lúcia Bottura Leite de. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. *Rev Bras Enferm*; v. 67, n.4, p.550-555, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670408>. Acesso em: 25 Jun 2018.

BOSTOM, Andrew G.; KRONENBERG, Florian; RITZ, Eberhart. Predictive performance of renal function equations for patients with chronic kidney disease and normal sérum creatinine levels. *J Am Soc Nephrol*, v.13, p.2140-4, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442011000100002. Acesso em: 18 out. 2016.

BRAGA, Denis C. et al. Avaliação da função renal em pacientes com Diabetes Mellitus em um município rural do Meio Oeste de Santa Catarina. *Arq. Catarin Med*; v45, n.3, p.84-92, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>. Acesso em: 26. Jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 384p.: Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf. Acesso em : 11.abr. 2018.

BRITO, Neuma de Souza; OLIVEIRA, Renan de Araújo; SILVA, Karingy Chaves da. Taxa de filtração glomerular estimada em adultos: características e limitações das equações utilizadas. Rev Bras Analises Clin; 2016. Disponível em: <http://sbac.org.br/rbac/artigos/taxa-de-filtracao-glomerular-estimada-em-adultos/>. Acesso em: 18. out. 2016.

BURGOS, Paula F.M, COSTA W , BOMBIG MTN B, BIANCO HT. A obesidade como fator de risco para a hipertensão Rev. bras. Hipertens; v.21, n.2, p.68-74, 2014.

CARVALHO, Andre Luis Menezes et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). Ciênc saúde col; v.17, n.7, p. 1885-1892, 2012. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700028&lng=en&nrm=iso>. Aceso em: 25 jul. 2018.

CARVALHO de Ariana Creto; XAVIER, Fabio Branches. Introdução de carboidratos simples na dieta de indivíduos diabéticos tipo I. Rev Uningá, v. 39, n. 1, 2018. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1156>>. Acesso em: 23 ago. 2018

COSTA, Jorge de Assis. BALGA, Rômulo Sangiorgi Medina. ALFENAS, Rita de Cássia Gonçalves. COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde, 2002. Ciência & Saúde Coletiva; v.16, n.3, p.2001-2009, 2011. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/34.pdf>, Acesso em 25 Jun 2018.

DALLACOSTA, Fabiana Meneghetti; DALLACOSTA, Hotone; MITRUS Lilian. Detecção precoce de doença renal crônica em população de risco. Cogitare Enferm; v22, .n.2, p.48714, 2017.

FARIAS, Raquel de Fátima Santos de. LIMA, Ana Wlândia Silva de. LEITE Antônio Flaudiano Bem. SANTOS, Zailde Carvalho dos. SANTOS, Ellen Cristina Barbosa dos. DIAS, Ariane Auxiliadora. Adesão ao tratamento de diabetes mellitus em área rural do município de Vitória de Santo Antão-PE. Rev APS, n. 19, n.2, p.181-190, 2016. Disponível em: <https://aps.uff.br/emnuvens.com.br/aps/article/view/2307>. Acesso em 23 ago 2018.

FELISBERTO, Mariano; NESI, Vanessa, SULDOSKI, Mônica Tereza, SILVA, Edson Antonio Alves. Comparação das equações MDRD e CKD-EPI na estimativa da taxa de filtração glomerular em pacientes diabéticos e hipertensos não diagnosticados com doença renal crônica atendidos em ambulatório de um hospital universitário. RBAC; v47, n.4, p.147-52, 2015.

GELLAD, Wallid; GRECARD, Jerry; MARCUM, Zachary. A Systematic Review of Barriers to Medication Adherence in the Elderly: Looking Beyond Cost and Regimen Complexity. The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy; v.9, p.11-23, 2011.

GIMENES, Heloisa Turcatto; ZANETTI, Maria Lúcia; HAAS, Vanderlei José. Factors related to patient adherence to antidiabetic drug therapy. Rev. Latino-Am. Enferm; v. 17, n. 1, p. 46-51, 2009. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 jul. 2018.

GIROTTI, Edmarlon et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*; v18, n.6, p. 1763-1772, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/campos-novos/panorama>. Acesso em: 25 jul 2018.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Diabetes atlas update 2012: Regional & Country Facctsheets. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-2012-regional-countryfactsheets>>. Acesso em: 22 nov. 2012.

ISER, Betine P.M. et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*; v.24, n.2, p.305-314, 2015.

KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Avaliação do ritmo de filtração glomerular. *J. Bras. Patol. Med. Lab.* [online]; v.43, n.4, p.257-264, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-24442007000400007>. Acesso em: 11 nov. 2016.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELOS, Maria da Penha Costa. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Col*; v.8, n.3, p.775-782, 2003.

LEVEY, Andrew S. et al. Definition and classification of chronic kidney disease: A position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney Int*; v67, n6, p.2089-100, 2005. Disponível em:http://www.fundacionvidasaludable.org/Docs/RenalHealthProgram/Kidney_International_June_2005_KDIGO.pdf. Acesso em: 19. out. 2016.

MALDANER, Claudia Regina et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Rev Gaúcha Enferm*; v.29, n4, p.647-53, 2008. Disponível em <https://pt.scribd.com/document/94417751/adesao-ao-tratamento-doencas-cronicas>. Acesso em: 25 Jun 2018.

MORAES, Suzana Alves et al. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. *Cad. Saúde Pública*; v.26, n.5, p. 929-941, 2010.

MURUSSI, Marcia; MURUSSI, Nádia; CAMPAGNOLO, Nicole and SILVEIRO, Sandra Pinho. Detecção precoce da nefropatia diabética. *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]; v.52, n.3, p.442-451, 2008. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302008000300004. Acessado: 14/11/2106.

OKOSHI, Katashi et al. Miocardiopatia Diabética. *Arq Bras Endocrinol Metab*; v51, n. 2, p.160-167, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. 2010.

PEREIRA, Edna Regina Silva et al. Prevalence of chronic renal disease in adults attended by the family health strategy. *J Bras Neurol*; v38, n.1, p. 22-30, 2016.

QUEIROZ, Maria do Socorro R. et al. Avaliação da função renal em pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis. *BIOFARM*, v 13, n. 03, 2017.

ROSSI, Vilma E.C; SILVA, Ana Luiza; FONSECA, Gabrielli S.S. Adesão ao tratamento medicamentoso entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2. RECOM-R. Enferm. Cent. O. Min; v.5, n 3, 2015.

RUBIN, Onilda; AZZOLIN, Karina; MULLER, Suzana. Adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus tipo 1 atendidos em um programa especializado em Porto Alegre. Medicina (Ribeirão Preto. Online), v. 44, n. 4, p. 367-376, 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47448>. Acesso em 23 ago 2018.

SALES-PERES, Silvia Helena de Carvalho et al. Estilo de vida em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1: uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva [online]; v. 21, n. 4, p. 1197-1206, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015214.20242015>>. Acesso em 25 jul 2018.

SCHAEFER JCF, PEREIRA MS, JESUS CR, SCHUELTER-TREVISOL F, TREVISOL DJ. Estimativa da função renal na população de 18 a 59 anos da cidade de Tubarão-SC: Um estudo de base populacional. Braz. J. Nephrol; v37, n.2, p.185-191, 2015.

SESSO, Ricardo Cintra et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014. J Bras Nefrol; v38, n.1, p.54-61, 2016.

SILVA, Isabel; PAIS-RIBEIRO, José; CARDOSO, Helena. Adesão ao tratamento da diabetes Mellitus: A importância das características demográficas e clínicas. Rev Referência, n.2, 2006. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/5525/2/83221.pdf>. Acesso em 23 ago 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/publico/diabetes/que-e-diabetes>. Acesso: 10.abr.2018.

SODRÉ, Fábio L; BARRETO COSTA, Josete Conceição; LIMA, José Carlos C. Avaliação da função e da lesão renal: um desafio laboratorial Evaluation of renal function and damage: a laboratorial challenge. J Bras Patol Medicina Lab; v. 45, n.5, p.329-337, 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3935/393541937005.pdf>. Acesso em 05 ago 2018.

SPANNAUS, Katharina-Susanne et al. Creatinina sérica, cistatina C e proteína β -traço no estadiamento diagnóstico e na predição da progressão da doença renal crônica não diabética. J. Bras. Patol. Med. Lab. [online]; v.47, n.1, p.13-23, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-24442011000100002>. Acesso em: 11. nov. 2016.

TAVARES, Noemia U.L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. Rev Saúde Pública; v50, supl 2, p10, 2016.

ZANATTA, Claudete Maria et al. Papel do sistema endotelina na nefropatia diabética. Arq Bras Endocrinol Metab [online]. 2008, v.52, n.4, p.581-588. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302008000400003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso: 14.nov.2016.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidentes de trabalho 138, 140, 141, 142, 146, 147, 148, 157, 162, 163

Assistência de enfermagem 1, 3, 4, 12, 13, 21, 23, 45, 47, 49, 172, 174, 177, 184, 199, 205, 208, 210, 216, 217, 219

Avaliação em enfermagem 217

C

Cardiomiopatia chagásica 25, 26, 27, 28, 30, 31, 34, 35, 38

Centro cirúrgico 16, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 99, 144, 161, 181

Conhecimento 7, 8, 10, 11, 12, 20, 22, 23, 28, 40, 41, 42, 44, 47, 48, 51, 52, 79, 81, 87, 89, 90, 93, 94, 97, 98, 105, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 122, 123, 124, 132, 133, 136, 142, 144, 145, 146, 147, 156, 159, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 171, 178, 183, 185, 193, 196, 197, 199, 202, 203, 206, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 215, 216, 225, 227, 231, 239

Criança 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 115, 116, 117, 118, 120, 121, 122, 174, 194, 195, 196, 197, 198, 200, 201, 202, 203, 242

Cuidados de enfermagem 22, 50, 52, 53, 54, 56, 61, 67, 70, 120, 135, 182, 185, 208, 210, 214, 215

Cuidados paliativos 3, 15, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205

D

Diabetes 56, 58, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 81, 82, 83, 84, 85, 207

Doença de Alzheimer 2, 4, 7, 8, 10, 11, 14, 15

Doença de Parkinson 2, 4, 6, 7, 10, 11

Doula 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113

E

Educação em saúde 12, 179, 217, 223, 224, 242

Enfermagem 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 28, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 88, 89, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 109, 110, 112, 114, 115, 116, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 155, 156, 157, 158, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 192, 193, 194, 195, 197, 198, 199, 200, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 222, 226, 227, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242

Enfermagem obstétrica 50, 53, 57, 149, 150, 168, 169, 170, 172, 173, 174, 176, 177

Enfermagem oncológica 195, 198

Enfermeira 6, 10, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 179, 183, 184, 209, 210, 214, 215, 230, 240, 242

Equipamento de proteção individual 156, 165, 166

Equipe de enfermagem 3, 10, 20, 21, 22, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 57, 70, 88, 89, 94, 98, 99, 121, 126, 130, 132, 135, 136, 137, 138, 141, 144, 146, 160, 163, 164, 165, 181, 197, 199, 200, 204, 205, 209, 210, 214, 215, 217, 218, 226, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 237, 238, 239, 240, 241, 242

Ética 87, 88, 89, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 121, 128, 136, 171, 193, 223, 242

F

Ferimentos e lesões 217

G

Gravidez de alto risco 50, 52, 53, 56, 58, 59, 152

H

Hospital 6, 18, 20, 22, 25, 32, 40, 42, 48, 55, 56, 59, 83, 87, 90, 91, 95, 98, 102, 110, 112, 126, 127, 132, 138, 142, 143, 146, 147, 148, 163, 164, 166, 167, 168, 174, 177, 179, 184, 210, 211, 215, 225, 227, 229, 230, 233, 234, 235, 237, 242

Humanização 101, 102, 103, 105, 106, 108, 109, 112, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 145, 169, 171, 172, 173, 175, 176, 177, 178, 179, 199, 206, 211, 214, 216

I

Idoso 7, 8, 10, 13, 14, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 223, 224, 228

Infecção de sítio cirúrgico 16, 17, 19, 21, 23, 24

L

Leucemia 114, 115, 116, 117, 121, 122, 123, 125

Liderança 23, 126, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137

N

Navegação de pacientes 206, 208

Nefropatia 72, 75, 80, 84, 85

O

Obstetrícia 60, 105, 109, 110, 113, 149

P

Parto 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109,

110, 111, 112, 113, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180

Pele 17, 22, 46, 47, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 149, 153, 174, 187, 191, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228

Prática avançada de enfermagem 206, 208

Prática profissional 47, 51, 93, 156, 169, 202

Prevenção de acidentes 138, 139, 140, 141, 143, 147, 163

Processo de enfermagem 21

R

Riscos ocupacionais 138, 139, 140, 141, 143, 144, 146, 147, 157, 161, 163, 165

S

Saúde do trabalhador 138, 140, 144, 145, 148

Saúde mental 133, 136, 233, 238, 241

T

Transplante de pulmão 181, 182, 183, 184, 192, 193

U


Unidade de terapia intensiva 86, 87, 88, 89, 99, 100, 233, 241

V

Violência no trabalho 229, 230, 231, 233, 235, 237, 240, 241

POLÍTICAS E PRÁTICAS

EM SAÚDE E ENFERMAGEM

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

POLÍTICAS E PRÁTICAS

EM SAÚDE E ENFERMAGEM

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br