
Palliative Care in patients with Diabetes Mellitus: integrative review

Os Cuidados Paliativos em pacientes com Diabetes Mellitus: revisão integrativa

Received: 15-06-2024 | Accepted: 19-07-2024 | Published: 23-07-2024

Francina Silva Timóteo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5676-5078>
Centro Universitário do Distrito Federal, Brasil
E-mail: fsfrancina@hotmail.com

Gabriel Costa

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5245-6413>
Centro Universitário do Distrito Federal, Brasil
E-mail: gabrielcosta0298@outlook.com

Gustavo Vieira Donega

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6768-9947>
Centro Universitário do Distrito Federal, Brasil
E-mail: gustavovieiradonega12@hotmail.com

Nicole Yoshie Gonçalves Sakamoto

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7549-0362>
Centro Universitário do Distrito Federal, Brasil
E-mail: nicole.yoshie@hotmail.com

Mariana Cristina dos Santos Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0304-4813>
Centro Universitário do Distrito Federal, Brasil
E-mail: marianacristinassouza@gmail.com

ABSTRACT

Objective: To synthesize scientific publications related to palliative care for patients with Diabetes Mellitus. **Method:** Integrative Review guided by the question ““what is the influence of palliative care on the comfort, quality of life and glycemic control of patients with DM1 and DM2?”. Articles published in the last ten years (2013-2023), in 8 libraries and databases, were reviewed. **Results:** After searching and applying the inclusion and exclusion criteria, 6,443 were found and, after the screening and eligibility steps, 3 were included for analysis. Four thematic classes emerged: Reluctance and taboo in Palliative Care; Glycemic control and quality of life; Family and professional involvement; Reception and Health Care Networks in the context of Diabetes Mellitus. **Conclusion:** It is emphasized how beneficial early adherence to palliative care can be for a diabetic patient, aiming for better comfort and quality of life. Some factors limited the referral of these patients to palliative care: patient and family acceptance, resource limitations in palliative care programs and difficulties in pathological prognosis. Encouraging research related to this topic would significantly strengthen the debate on effective reception and better monitoring in palliative care.

Keywords: Diabetes Mellitus; Palliative care; Patient comfort; Quality of life; Glycemic control.

RESUMO

Objetivo: Sintetizar publicações científicas relacionadas aos cuidados paliativos para pacientes com Diabetes Mellitus. **Método:** Revisão Integrativa norteada pela questão “qual a influência dos cuidados paliativos no conforto, qualidade de vida e controle glicêmico de pacientes com DM1 e DM2?”. Foram revisados artigos publicados nos últimos dez anos (2013-2023), em 8 bibliotecas e bases de dados. **Resultados:** Após busca e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram encontrados 6.443 e, após as etapas de triagem e elegibilidade, 3 foram incluídos para análise. Emergiram quatro classes temáticas: Relutância e tabu em Cuidados Paliativos; Controle glicêmico e qualidade de vida; Envolvimento familiar e profissional; Acolhimento e Redes de Atenção à Saúde no Contexto do Diabetes Mellitus. **Conclusão:** Ressalta-se o quão benéfica pode ser a adesão precoce aos cuidados paliativos para o paciente diabético, visando melhor conforto e qualidade de vida. Alguns fatores limitaram o encaminhamento desses pacientes para cuidados paliativos: aceitação do paciente e da família, limitações de recursos em programas de cuidados paliativos e dificuldades no prognóstico patológico. Incentivar pesquisas relacionadas a esse tema fortaleceria significativamente o debate sobre acolhimento eficaz e melhor acompanhamento em cuidados paliativos.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Cuidados Paliativos; Conforto do paciente; Qualidade de vida; Controle glicêmico.

INTRODUÇÃO

O Brasil, nos últimos anos, tem passado por grandes mudanças, dentre elas a transição demográfica, na qual o número de pessoas acima de 60 anos tem aumentado significativamente, e, com este aumento da expectativa de vida tem-se, também, uma maior incidência de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), gerando um impacto socioeconômico, cultural e epidemiológico (DUNNING *et al*, 2021).

As DCNT's podem ser definidas como um conjunto de patologias, com causas bem definidas ou não, prognóstico certo ou incerto, de características longas ou indefinidas. Indivíduos que possuem DCNT necessitam de um acompanhamento contínuo com profissionais de saúde, a fim de monitorar e supervisionar avanços ou controle dos sintomas. Algumas patologias que fazem parte desse conjunto de comorbidades são a hipertensão arterial sistêmica (HAS), Alzheimer, Parkinson, Neoplasias e o Diabetes Mellitus (DM) (BRASIL, 2013; DUNNING *et al*, 2021).

O DM se caracteriza por uma síndrome metabólica sistêmica, de fácil diagnóstico e tratamento contínuo, caracterizada por hiperglicemia persistente, decorrente da deficiência na produção ou ação da insulina (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2022). Este é um dos principais hormônios produzidos pelo pâncreas (células β pancreáticas), cuja principal função consiste em metabolizar a glicose para produção de ATP (Trifosfato de adenosina), que é a fonte de energia para o organismo. Sua secreção é estimulada pela elevação dos níveis séricos de glicose, sendo este o único hormônio capaz de diminuir os níveis glicêmicos. Por meio de sua secreção, tem-se o aumento do transporte de glicose do sangue para células musculares e hepáticas, sendo armazenada como glicogênio, resultando na diminuição da glicemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Os valores para diagnóstico de DM são: A1C (hemoglobina glicada) $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol), FPG (glicemia de jejum) ≥ 126 mg/dL (7,0 mmol/L), Glicose plasmática de 2 horas durante TTGO (teste de tolerância à glicose) de 75 g ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L) e Glicose plasmática aleatória ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L) e o tratamento consiste na mudança de estilo de vida (MEV), com uma alimentação nutricional balanceada, moderação no uso de álcool, abandono do tabagismo e exercícios físicos, além da terapia medicamentosa e controle glicêmico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2022).

Existem algumas classificações do DM, como o DM tipo 1, DM tipo 2, gestacional e neonatal. O DM tipo 1 representa de 5% a 10% dos casos totais de DM e está entre as doenças crônicas mais frequentes da infância. Tem um surgimento abrupto, com hiperglicemia acentuada, devido à deficiência absoluta de produção da insulina, pela destruição das células β pancreáticas (ELSAYED *et al*, 2023; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Por sua vez, o DM tipo 2 representa de 85% a 90% dos casos totais de DM, afetando, majoritariamente, pessoas acima dos 40 anos de idade. Tem um início insidioso e brando, ocorrendo em adultos com longa história de excesso de peso, sedentarismo, HAS, dislipidemias, disfunção renal e história familiar de DM tipo 2. Ocorre pela deficiência relativa de insulina, isto é, um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção (ELSAYED *et al*, 2023; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; MUNSHI *et al*, 2020; ZANATTA *et al*, 2020).

No Brasil, em 2001, o DM foi responsável por 5,3% de óbitos em todo o país (MALTA *et al*, 2014). Atualmente, é uma doença com um impacto importante no que tange a morbimortalidade e, conseqüentemente, a saúde pública no mundo. Com base neste dado, infere-se que são necessários mais do que políticas públicas ou intervenções de tratamento às pessoas que possuem DM, estas necessitam de cuidados especializados, como os cuidados paliativos, que visam promover conforto e qualidade de vida para o paciente (WHO, 2002).

Os cuidados paliativos (CP) têm como objetivo oferecer melhor qualidade de vida aos pacientes e familiares com diagnóstico de doenças que possam comprometer ou ameaçar a vida. Através de um acompanhamento precoce, realizado por uma equipe multidisciplinar especializada, se tem como objetivo o controle dos sintomas físicos, sociais, espirituais e emocionais. Esses cuidados são longitudinais, abarcando o período de diagnóstico patológico, adoecimento, finitude e luto (WHO, 2002).

Os profissionais de saúde, inseridos no contexto dos cuidados paliativos, têm um papel essencial para o cuidado. Estes podem fornecer cuidados relacionados à educação em saúde, estratégias para mudança de estilo de vida e práticas de autocuidado e promover atividades que possam quebrar paradigmas e tabus em relação ao DM. Todas estas ações citadas devem ser ancoradas no respeito à autonomia e alívio do sofrimento do indivíduo/família, e não na doença (COUTINHO; MAIA, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Portanto, este estudo tem como objetivo geral sintetizar publicações científicas relacionadas a cuidados paliativos a pacientes com Diabetes Mellitus. Pretende-se, também, como objetivos específicos, compreender importância do cuidado paliativo na vida dos indivíduos e o papel das redes de acolhimento e de atenção à saúde; colaborar para o entendimento da sociedade e a quebra do tabu sobre esse cuidado; além do reconhecimento, entendimento e novas indagações, por parte dos profissionais de saúde, para o desenvolvimento de melhorias na saúde pública.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa (RI) da literatura. Os seguintes passos foram realizados: (1) identificação do tema e formulação da pergunta/questão norteadora para elaboração da RI; (2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos de amostragem ou pesquisa de literatura; (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; (4) busca nas bases de dados; (5) categorização dos estudos; (6) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; (7) interpretação dos resultados e; (8) apresentação da revisão e síntese do conhecimento (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para elaboração da questão norteadora, adotou-se o acrônimo PECO (BRASIL, 2014a), formado por P (Population/População) = pacientes adultos portadores de DM1 e DM2; E (Exposition/ Exposição) = Cuidados Paliativos; C (Control/Comparação) = não se aplica; e O (Outcome/Desfecho) = conforto, qualidade de vida e controle glicêmico. A estratégia PECO adotada nesta revisão pode ser consultada no Quadro 1.

Quadro 1 – Estrutura da pergunta norteadora da revisão integrativa com base no acrônimo PECO. Brasília, DF, Brasil, 2023.

Estratégia PECO	Elementos da pergunta norteadora
P	Pacientes adultos com de DM1 e DM2
E	Cuidados Paliativos
C	Não se aplica
O	Conforto, qualidade de vida e controle glicêmico

Fonte: Elaborado pelos autores

Desta forma, a pergunta norteadora da presente revisão consistiu em: “qual a influência dos cuidados paliativos no conforto, qualidade de vida e controle glicêmico dos pacientes com DM1 e DM2?”

Foram estabelecidos, como critérios de inclusão, artigos originais publicados nos últimos 10 anos (2013-2023), com a temática voltada para Diabetes *Mellitus* e cuidados paliativos e; como critérios de exclusão, artigos indisponíveis nas bases de dados, artigos de revisão, artigos realizados com crianças e os que não responderam à pergunta de pesquisa.

A busca foi realizada em 22 de março de 2023, sendo utilizadas as seguintes bases de dados e buscadores: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), SCOPUS, *Web of Science* e *Science Direct*.

Para sistematizar a busca, foram elencados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH) presentes no quadro 2.

Quadro 2 – Palavras chaves utilizadas com base no acrônimo PECO. Brasília, DF, Brasil, 2023.

Estratégia PECO	Elementos da pergunta norteadora
P	Diabetes OR Diabetes Mellitus OR Diabetes Mellitus, Type 1 OR Diabetes Mellitus Tipo 1 OR Diabetes Mellitus, Type 2 OR Diabetes Mellitus Tipo 2
E	Cuidados paliativos OR Palliative Care
C	Não se aplica
O	Conforto do paciente OR Patient Comfort OR Comodidad del Paciente OR Qualidade de vida OR Quality of Life OR Calidad de Vida OR Controle glicêmico OR Glycemic Control OR Control Glucémico

Fonte: Elaborado pelos autores

A descrição da estratégia de busca utilizada para o levantamento dos artigos se encontra descrita no quadro 3.

Quadro 3 – Descrição da estratégia de busca de busca implementada em cada base de dados. Brasília, DF, Brasil, 2023.

Bases	Estratégia de Busca
MEDLINE	((Diabetes OR Diabetes Mellitus OR Diabetes Mellitus, Type 1 OR Diabetes Mellitus Tipo 1 OR Diabetes Mellitus Tipo 2 OR Diabetes Mellitus, Type 2) AND (Cuidados paliativos OR Palliative Care) AND (Conforto do paciente OR Patient Comfort OR Comodidad del Paciente OR Qualidade de vida OR Quality of Life OR Calidad de Vida OR Controle glicêmico OR Glycemic Control OR Control Glucémico))
LILACS	
BDENF	
SciELO	((Diabetes OR Diabetes Mellitus OR Diabetes Mellitus, Type 1 OR Diabetes Mellitus, Type 2) AND (palliative care) AND (Patient Comfort OR Quality of Life OR Glycemic Control))
CINAHL	
SCOPUS	
Web of Science	
Science Direct	

Fonte: Elaborado pelos autores

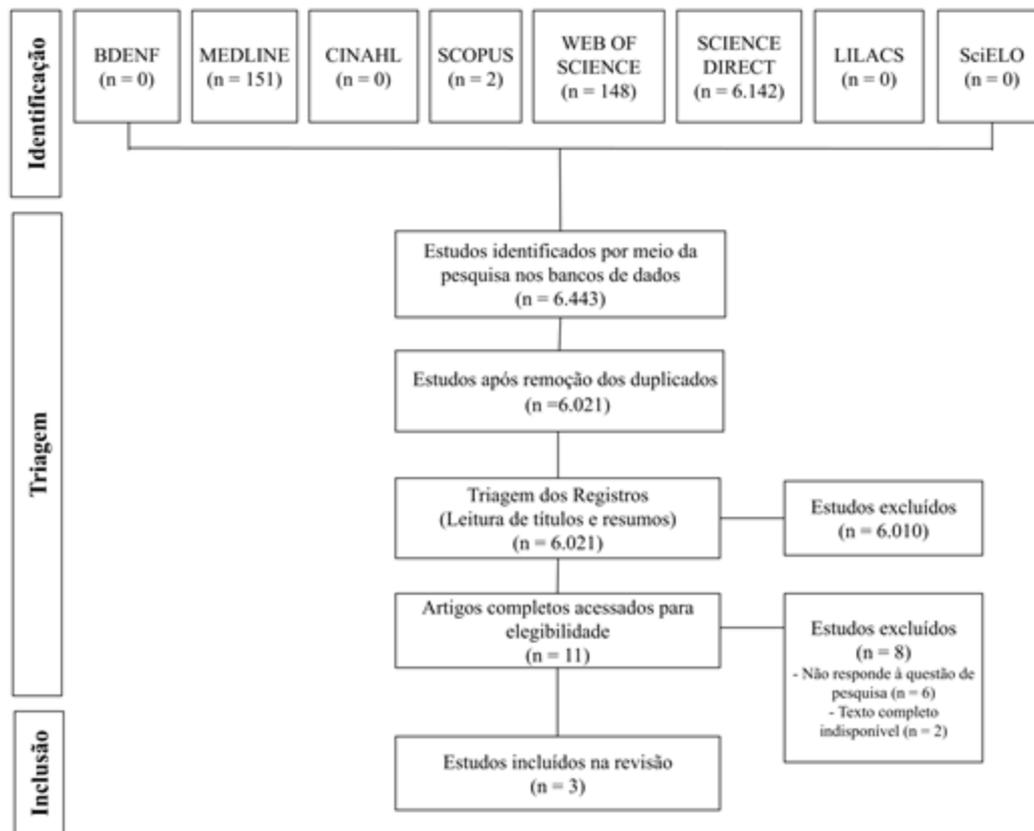
As referências foram compiladas e exportadas para a ferramenta Rayyan (OUZZANI *et al*, 2016), onde realizou-se a remoção de duplicados e a leitura de títulos e resumos em pares, aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão para determinar quais estudos estariam elegíveis para a construção da revisão.

A extração das informações dos estudos foi norteada por um instrumento estruturado de coleta de dados elaborado pelos autores e sistematizada por meio de uma planilha no Microsoft Office Excel 365[®], com as seguintes variáveis: autores; título do artigo; periódico de publicação; ano de publicação; idioma; país de publicação; objetivo do estudo; delineamento; resultados e conclusões. Após preenchimento da planilha, os dados foram compilados, revisados e apresentados na revisão em formato descritivo e posteriormente discutidos à luz da literatura científica.

RESULTADOS

Foram localizados 10.535 artigos, sendo 6.443 do período de 2013 a 2023. Destes, 422 encontravam-se duplicados, 6.010 excluídos na triagem inicial de títulos e resumos e 8 foram excluídos após a leitura do texto completo, restando 3 estudos para a revisão integrativa, como ilustra a figura 1.

Figura 1 – Fluxograma de identificação, triagem e inclusão dos artigos na revisão integrativa. Brasília, DF, Brasil, 2023.



Fonte: Elaborada pelos autores, baseada no *Guideline PRISMA* (MOHER *et al.*, 2009).

Dentre os três estudos selecionados, três (100%) foram publicados na língua inglesa; dois (66,6%) foram realizados no Canadá, um (33,3%) realizado na Austrália; dois (66,6%) publicados no *Canadian Journal of Diabetes* e um (33,3%) publicado no *Journal of Palliative Medicine*. Os dados sobre os estudos estão disponibilizados no quadro 4.

Quadro 4 – Caracterização dos artigos que compõem a amostra da Revisão Integrativa (n=3). Brasília, DF, Brasil, 2023.

Autores e ano	Título do Artigo	Periódico	Idioma	País
JOHNSTON <i>et al.</i> , 2015	<i>Identifying Persons with Diabetes Who Could Benefit from a Palliative Approach to Care</i>	<i>Canadian Journal of Diabetes</i>	Inglês	Canadá
TRINACTY; KEELY, 2019	<i>End of Life: What Does That Mean for the Management of Adult Patients With Type 1 Diabetes?</i>	<i>Canadian Journal of Diabetes</i>	Inglês	Canadá
KLEINIG; WOODMAN; CURROW, 2020	<i>The Association between Glycemic Control in People with Diabetes and Symptoms at the End of Life: A Prospective Observational Consecutive Cohort Study</i>	<i>Journal of Palliative Medicine</i>	Inglês	Austrália

Fonte: Elaborada pelos autores

Dentre os três estudos selecionados, todos (100%) foram estudos observacionais. Estes versaram sobre os cuidados paliativos no diabetes, abrangendo a qualidade de vida, controle glicêmico, a importância familiar e profissional. Importante frisar que somente um (33%) artigos abordou sobre o diabetes de forma precoce, sendo os outros dois (66%) em contexto de final de vida. Os dados sobre os estudos estão disponibilizados no quadro 5.

Quadro 5 – Descrição dos aspectos relevantes nos estudos selecionados para Revisão Integrativa (n=3). Brasília, DF, Brasil, 2023

Autores e ano	Objetivo	Delineamento	Resultados	Conclusão
JOHNSTON <i>et al</i> , 2015	Determinar a necessidade de cuidados paliativos para DM, em pessoas identificadas através de programas de CP.	Estudo de Coorte	A porcentagem de pessoas com diabetes inscritas em cuidados paliativos aumentou de 3,2% em 1995 para 34,3% em 2009; 31,5% foram inscritos nas últimas 2 semanas de vida. A maioria não teve o diabetes registrado nos dados paliativos. Entre as 5.353 pessoas com diagnóstico de diabetes que morreram entre 2005 e 2009, 61,0% estavam no registro do <i>Diabetes Care Program of Nova Scotia</i> . Outros 19,6% foram identificados no registro <i>Cardiovascular Health Nova Scotia</i> e outros 3,7% em dados paliativos. Dentre os 5353, 65,8% a 97,9% podem ter se beneficiado de uma abordagem paliativa.	As taxas de inscrição de cuidados paliativos para pessoas com diabetes estão aumentando. Os provedores de cuidados com o diabetes precisam preparar os pacientes e suas famílias para mudanças no controle do diabetes. Aconselha-se a colaboração entre programas de doenças crônicas, cuidados paliativos e cuidados primários para identificar pessoas em fim de vida com diabetes e desenvolver e implementar diretrizes de cuidados para essa população.
TRINACTY; KEELY, 2019	Analisar através de estudo de caso, a resolução sobre estágio final de vida em pacientes com DM1.	Estudo de Caso	Observou-se a importância de criação de discussão sobre a falta de objetivos/ diretrizes canadenses em relação a orientações adequadas sobre cuidados paliativos no fim de vida de pacientes com DM1.	Desenvolver diretrizes pode ajudar a facilitar a discussão sobre preferências e desejos em estágio final de vida em pacientes com DM1, além de melhorar a documentação de tais preferências no plano de serviços de cuidados avançados.
KLEINIG; WOODMAN; CURROW, 2020	Realizar uma associação entre níveis de glicose	Estudo de Coorte	A principal descoberta desse artigo é que sintomas problemáticos comuns como náuseas,	Permanece o questionamento e sugestão para estudos futuros a relação

	sanguínea (BGL) e sintomas (náusea, fadiga, dor e apetite) e mortalidade em pacientes com DM em CP.		fadiga, dores e perda de apetite não estão associados a hiperglicemia nos níveis observados nesse estudo e que a sobrevida não diferiu entre os grupos de baixo e alto níveis de glicose sanguínea (BGL).	entre sintomas de hiperglicemia em estágio final de vida, independente de crises metabólicas, como cetoacidose diabética, estado hiperosmolar hiperglicêmico ou hipoglicemia.
--	---	--	---	---

Fonte: Elaborada pelos autores

Após a leitura dos artigos, emergiram quatro classes temáticas, que serão discutidas em profundidade: Relutância e tabu nos Cuidados Paliativos, Controle glicêmico e qualidade de vida, Envolvimento familiar e profissional e Acolhimento e Redes de Atenção à Saúde no contexto do Diabetes *Mellitus*.

DISCUSSÃO

Relutância e tabu nos Cuidados Paliativos

Desde o seu surgimento, o significado dos cuidados paliativos passou por diversas mudanças, abrangendo desde o câncer às doenças crônicas não transmissíveis. Ainda assim, o seu sentido continua atrelado à morte, que, segundo a literatura, gera uma relutância no encaminhamento de pacientes com DM aos cuidados paliativos (JOHNSTON et al, 2015; WHO, 2002).

Algumas das explicações para tal panorama estão diretamente relacionadas ao preconceito e estigma dos profissionais de saúde ao comparar os cuidados paliativos à eutanásia, como também na aceitação do próprio paciente e sua família na visualização da morte como um fracasso, e não como um evento natural sujeito desde o nascimento (BOSELLI, 2023; CASTILHO; PINTO; SILVA, 2023; KLEINIG; WOODMAN; CURROW, 2020; JOHNSTON et al, 2015; TRINACTY; KEELY, 2019).

Assim, é vista a importância que todo o planejamento do cuidado seja abordado para paciente e familiares, de forma que a qualidade de vida destes seja fortalecida. No que tange ao diabetes, um dos estudos selecionados para esta revisão mostrou como a construção social tem um grande impacto nesse tema, evidenciando que apenas o Reino Unido e a Austrália possuíam diretrizes para atuar no campo dos cuidados paliativos relacionados ao DM (BOSELLI, 2023; TRINACTY; KEELY, 2019).

Trazendo para o território brasileiro, este é, de fato, um tema com baixa solidez educacional. Apenas em 2022, após manifestações realizadas pela organização Casa do Cuidar, foi reconhecida a necessidade de formação e treinamento para alunos da graduação, o que acarretou na alteração da Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014b; CASTILHO; PINTO; SILVA, 2023).

No que se refere à enfermagem, os avanços também são pontuais. Atualmente, os cuidados paliativos são oferecidos na graduação apenas como matéria optativa, podendo ser aprofundada posteriormente na especialização, que é reconhecida e regulamentada pelo COFEN, conforme a Resolução n.º 581/2018 (CASTILHO; PINTO; SILVA, 2023; COFEN, 2018; GONÇALVES *et al*, 2019).

À vista disso, os cuidados paliativos amadurecem gradativamente no Brasil e no mundo, sendo notória a relevância da quebra de pensamentos acerca da morte, principalmente por meio dos profissionais e sua formação. É importante também destacar a importância de movimentos como a Frente PaliATIVISTAS, cujo lema é: “Cuidados Paliativos: Políticas Públicas já”, que realizou a 1ª Conferência Livre Nacional nesse tema em 2023, com o objetivo de implementar uma Política Nacional de Cuidados Paliativos com garantias em toda a Atenção Básica por meio da Estratégia de Saúde da Família (CASTILHO; PINTO; SILVA, 2023; GONÇALVES *et al*, 2019).

Controle glicêmico e qualidade de vida

A insulinoterapia tem a função de mimetizar a secreção fisiológica de insulina que ocorre em indivíduos saudáveis, com aplicações de múltiplas doses diárias, respeitando o tratamento individual de cada paciente. Esta aplicação corresponde a secreção basal e a secreção pré/pós prandial, o que pode corresponder até 7 aplicações diárias (SILVA JÚNIOR; GABBAY; LAMOUNIER, 2022).

Os pacientes diabéticos, que fazem uso de insulina, podem ter episódios de hipoglicemias, gerando um rebaixamento do nível de consciência, necessitando de um acompanhamento constante, o que pode trazer um sentimento de peso e fardo para os familiares, afetando o conforto. Em pacientes com DM avançada, a hipoglicemia pode ser resultado do uso da insulina concomitante com outros fatores, como a anorexia, perda de peso e problemas renais (KLEINIG; WOODMAN; CURROW, 2020).

É muito comum que idosos com DM tipo 1 e 2 desconheçam a hipoglicemia, fazendo com que ela se torne mais perigosa, acarretando em risco a vida do paciente. O controle rigoroso da glicose, ao decorrer dos anos, torna-se irreal para alguns indivíduos, afetando a qualidade de vida, o que pode trazer mais malefícios do que benefícios (DUNNING, 2020).

Um dos parâmetros que são avaliados para o controle glicêmico é a hemoglobina glicada. Nota-se que hemoglobina glicada com valor de até 6.5% para um diabético jovem/adulto encontra-se dentro dos parâmetros desejados, potencializando, portanto, a qualidade de vida. Contudo, para um idoso ou mesmo um paciente jovem com outras comorbidades, este é um valor alarmante, com capacidade de trazer episódios de hipoglicemia e resultar em danos neurológicos, cardíacos e ortopédicos. Portanto, faz-se necessário avaliar cada paciente em sua singularidade e particularidades (JOHNSTON *et al.*, 2015).

Um dos artigos selecionados nesta revisão diz respeito a um estudo de caso de um paciente com 70 anos, que tinha DM tipo 1 há mais de 50 anos. Este também foi diagnosticado com melanoma metastático, afetando o SNC e o pulmão. Em sua admissão, foi mantido a insulino-terapia via bomba, porém avaliou-se que ele apresentou piora em seus sintomas neurológicos, incluindo rebaixamento do nível de consciência. Devido a este caso, foi suspenso por completo o uso de insulina, sendo que o paciente faleceu 24h após essa suspensão, porém o cuidador relatou que o paciente se apresentava mais confortável. O intuito principal da retirada da insulina, nesse caso, foi de proporcionar mais autonomia e qualidade de vida, lembrando que isso é uma decisão que envolve vários fatores, e, também um acordo entre a família e o paciente (TRINACTY; KEELY, 2019).

No que tange a equipe de saúde, o principal desafio, neste caso, foi a mudança do tratamento, que saiu de uma tratativa rigorosa, com foco em benefícios a longo prazo, para benefícios a de curto prazo, onde o paciente obteve conforto e não necessitou de medidas invasivas, como a aplicação de insulina diversas vezes ao dia (JOHNSTON *et al.*, 2015).

Os cuidados paliativos são centrados na qualidade de vida, e não em sua duração. Oferecem assistência humana e compassiva para os pacientes que se encontram com uma doença que ameaça a vida, para que possam viver o mais confortavelmente possível e com a máxima qualidade, e, referenciando o caso supracitado, foi importante essa propedêutica. Outros casos precisam ser avaliados individualmente, prezando sempre

pela qualidade de vida e conforto, que são as premissas dos cuidados paliativos (ACS, 2019; WHO, 2002).

Envolvimento familiar e profissional

As famílias têm papel social importante em relação a formação, desenvolvimento e socialização dos sujeitos. Nos Cuidados Paliativos, elas auxiliam no apoio ao paciente durante o diagnóstico, tratamento e no processo final, facilitando a aceitação e compreensão de uma forma mais saudável e humanizada. Desde o diagnóstico patológico até a morte do indivíduo, familiares e profissionais prestadores de cuidados fornecem suporte ao paciente em cuidados paliativos, auxiliando na aceitação de mudanças corporais em relação ao processo da doença, restrição de autonomia do paciente, impacto sobre as finanças, alívio de dores e sintomas e afirmação da vida (ESPINDOLA *et al*, 2018).

É de grande importância a discussão sobre cuidados paliativos e fim de vida, que vão além do indivíduo, abordando também sua família. Familiares, que podem ser biológicos ou adquiridos (amigos e parceiros), possuem papel fundamental na colaboração e parceria à equipe multiprofissional, que presta os cuidados paliativos. Essas pessoas conhecem as particularidades e peculiaridades dos pacientes, e com isso, tais benefícios em ações voltadas ao paliar podem ser melhor implementada (CASTILHO; PINTO; SILVA, 2023; DUNNING; MARTIN, 2018).

Em relação a equipe multiprofissional de cuidados paliativos, que pode ser constituída por profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e espirituais, cada um terá um planejamento para sua assistência e, de maneira conjunta, o Projeto Terapêutico Singular, sempre voltado ao sujeito de ação, ou seja, o próprio paciente e família. Estes colocam seus conhecimentos em prática, respeitam as decisões, desejos e necessidades do paciente e familiares, criando uma abordagem terapêutica holística, observando cada paciente como um ser biográfico, mais do que somente um ser biológico (CASTILHO; PINTO; SILVA, 2023). Por isso pode-se definir que, para que aconteçam os cuidados paliativos, é necessário o envolvimento não somente do paciente com a equipe de saúde, mas também com a família em si.

Para pessoas com DM, os cuidados paliativos são aspectos essenciais na saúde, tratamento e bem-estar, porém são negligenciados, não somente pelo paciente e família,

mas também pela equipe de saúde ou profissionais que não tenham um foco paliativo ou conhecimento maior sobre a área. Contudo, é ideal um melhor posicionamento sobre o CP associado DM, atrelando profissionais prestadores de cuidados paliativos e familiares, que possuam o mesmo foco terapêutico, não deixando de lado os estágios de vida de paciente (CASTILHO; PINTO; SILVA, 2023; JOHNSTON et al, 2015).

Acolhimento e Redes de Atenção à Saúde no contexto do Diabetes Mellitus

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma das portas de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017). Esta é definida como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que envolvem a promoção em saúde, prevenção, proteção, diagnóstico de doenças e tratamento, a reabilitação, a redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, tendo como foco oferecer uma atenção integral a saúde e bem-estar da população. Tem como princípios a universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde, sendo estes os princípios doutrinários do SUS (BRASIL, 2011;2017). Dentro da APS, tem-se, também, as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

As RAS são organizações de gestão, logística e planejamento das ações em saúde, com o propósito de garantir a integralidade do cuidado. É definida com base nos limites geográficos e por regiões. Dentro do âmbito do SUS, existem cinco redes de atenção prioritárias: Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil - Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2011;2017).

A Rede de Atenção à Pessoa com Doença Crônica foi instituída por meio da portaria nº 483, de 1º de abril 2014 e tem como objetivo e plano promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, controle e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco (BRASIL, 2014c).

As ações em saúde são formuladas de acordo com seus eixos estratégicos, que seriam: vigilância, informação, avaliação e monitoramento, visando a promoção em saúde no cuidado integral. Dentro de um dos princípios da portaria está o acesso e acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção e atendimento centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais. Sobre este

assunto, visa prestar cuidado integral e multiprofissional, tendo como internações eletivas e de urgência a pessoas com DCNT, que podem ser encaminhadas através de outros pontos de saúde ou não, sendo baseadas por protocolos e diretrizes clínicas estabelecidas pelo MS ou por diretrizes a nível local/regional (BRASIL, 2014c).

Em um dos artigos selecionados para a presente revisão, foi realizada uma pesquisa na Nova Escócia, com dados entre 1995 e 2009, objetivando identificar pacientes diabéticos que poderiam se beneficiar com uma abordagem paliativa de cuidados. Observou-se que a porcentagem de pessoas com diabetes inscritas no programa de cuidados paliativos aumentou, de 3,2% em 1995 para 34,3% em 2009 e que 31,5% das pessoas foram registradas nas últimas 2 semanas de vida. Conclui-se que as taxas de inscrição em programas de cuidados paliativos para pessoas com DM estão aumentando, mas ainda é observado um déficit em relação ao período de inscrição, que no caso, muitos foram inscritos em estágio final da doença (JOHNSTON *et al*, 2015).

Diante dos resultados obtidos, a falta de acolhimento em relação a adesão de cuidados paliativos é comumente questionada. Com o aumento da expectativa de vida dentre os pacientes diabéticos, faz-se necessário que redes de atenção, juntamente com a atenção primária, criem e implementem estratégias que facilitem a busca, de forma ativa, a pacientes diabéticos que possam usufruir dos CP (JOHNSTON *et al*, 2015).

Algumas estratégias possíveis de implementação seriam a inclusão de debates paliativos, em conjunto a programas de doenças crônicas, o que aumentaria, de forma significativa, a adesão dos pacientes com DM nos cuidados paliativos e; abordagens, de forma precoce, em relação aos CP, para melhor conforto e qualidade de vida em pacientes que receberam tais cuidados. Com isso, é notório que um acolhimento eficaz e precoce, atrelado a atenção primária e redes de atenção, beneficiaria grande parte dos pacientes diagnosticados com DM que receberiam cuidados paliativos.

CONCLUSÃO

À luz da literatura científica, nota-se que os Cuidados Paliativos, quando específicos para o Diabetes Mellitus, obtiveram pouca notoriedade. Alguns fatores limitam o encaminhamento de pacientes diabéticos aos cuidados paliativos, como a aceitação do paciente e da família, limitações de recursos em programas de cuidados paliativos e dificuldades no prognóstico patológico.

O envolvimento profissional e familiar é resultante de uma construção social centrada em tabus, que leva a uma relutância a esses cuidados, e, quando estes são fornecidos, são centrados numa maior qualidade de vida e controle glicêmico, com mínimas mudanças ao longo da vida com o propósito de diminuir o sofrimento desses pacientes. Nesse contexto, a atenção primária tem extrema importância para a população, pois desempenha um papel fundamental na promoção de sistemas de saúde eficientes e na melhoria dos resultados de saúde da população e, no DM, papel chave para acolhimento e implementação de cuidados paliativos centrados nos pacientes.

Enfatiza-se, portanto, o quão benéfico pode ser a um paciente diabético a adesão precoce aos cuidados paliativos, visando um melhor conforto e qualidade de vida. Ações como suspensão do tratamento de insulino terapia no estágio final de vida, com base na vontade do paciente, e priorização ao momento presente da vida do paciente, prevenindo possíveis casos de distanásia, são benéficos durante o tratamento.

Os pontos positivos do presente estudo foram a vasta pesquisa na literatura, com uma estratégia pré-estabelecida, baseada em descritores da área de saúde e a seleção dos estudos para compor a revisão em pares, com o auxílio de uma ferramenta específica. Como pontos fracos, ressalta-se pequena quantidade de publicações em periódicos acerca do tema.

Mais pesquisas relacionadas a esse tema fortaleceriam o debate sobre um acolhimento eficaz e melhor acompanhamento voltado ao cuidado paliativo, não somente em estágio final de vida. Sugere-se, devido à baixa produção científica acerca do tema, a importância e necessidade de novos estudos centrados nessa área, além de um maior envolvimento nas universidades e políticas governamentais.

REFERÊNCIAS

American Cancer Society. **What Is Hospice Care?** 2019. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/end-of-life-care/hospice-care/what-is-hospice-care.html>. Acesso em: 04 mai. 2024.

BOSELLI, Gisele Machado Figueiredo. **Cuidados paliativos e a valorização do indivíduo frente à doença.** 2023. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/379967/cuidados-paliativos-e-a-valorizacao-do-individuo-frente-a-doenca>. Acesso em: 04 mai. 2024.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa,**

e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.html. Acesso em 04 mai. 2024.

BRASIL. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_norteador.pdf. Acesso em 04 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes Metodológicas:** elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 132 p.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº 3/2014. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.** Diário Oficial da União. 2014b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view. Acesso em 04 mai. 2024.

BRASIL. Portaria nº 483/2014, **Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.** Diário Oficial da União. 2014c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em 04 mai. 2024.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 2/2017. **Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em 04 mai. 2024.

CASTILHO, Rodrigo Kappel; PINTO, Cristhiane da Silva; Silva, Vitor Carlos Santos da. **Manual de Cuidados Paliativos.** 3a Ed. São Paulo: Atheneu; 2023.

COFEN. Resolução nº 581, de 19 de julho de 2018. **Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós – Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades.** Brasília, DF: COFEN, 2018.

COUTINHO, Verailza Santos; MAIA, Luiz Faustino dos Santos. Pacientes oncológicos terminais: desafios do enfermeiro na percepção e enfrentamento dos cuidados paliativos. **Revista Atenas Higeia**, Passos, v. 2, n. 2, p. 21-32, 2020. Disponível em: <http://atenas.edu.br/revista/index.php/higeia/article/view/45>. Acesso em 04 mai. 2024.

DUNNING, Trisha Lynette. Palliative and End-of-Life Care: Vital Aspects of Holistic Diabetes Care of Older People With Diabetes. **Diabetes Spectr [Internet]**, v. 33, n. 3, p.

246-54, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/ds20-0014>. Acesso em 04 mai 2024.

DUNNING, Trisha Lynette; MARTIN, Peter. Palliative and end of life care of people with diabetes: Issues, challenges and strategies. **Diabetes Res Clin Pract [Internet]**, v. 1, n. 30, p. 454-63, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.09.018>. Acesso em 04 mai 2024.

DUNNING, Trisha Lynette; MARTIN, Peter; MILNES, Sharyn; SIMPSON, Nick; LEE, Georgie; ORFORD, Neil. Discussing diabetes, palliative and end of life care: choosing the 'right' language. **Ann Palliat Med**, v. 10, n. 4, p. 3739-49, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21037/apm-20-1548>. Acesso em 04 mai 2024.

ELSAYED, Nuha *et al.* Introduction and Methodology: Standards of Care in Diabetes-2023. **Diabetes Care**, v. 46, n. 1, p. 1-4, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc23-Sint>. Acesso em 04 mai 2024.

ESPÍNDOLA, Amanda Valério; QUINTANA, Alberto Manuel; FARIAS, Camila Peixoto; MÜNCHEN, Mikaela Aline Bade. Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. **Revista Bioética [Internet]**, v. 26, n. 3, p. 371-377, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361558417007>. Acesso em 04 mai 2024.

GONÇALVES, Rafaella Guilherme; SILVEIRA, Bruna Ruselly Dantas; PEREIRA, Wanessa Caroline; FERREIRA, Lucas Batista; QUEIROZ, Ana Angélica Rego, MENEZES, Rejane Maria Paiva. Teaching palliative care in undergraduate nursing education. **Rev Rene**, v. 20, n. 1, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192039554>. Acesso em 04 mai 2024.

International Diabetes Federation. **IDF Diabetes Atlas 2022**. 2022. Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org/>. Acesso em 04 mai 2024.

JOHNSTON, Grace; LETHBRIDGE, Lynn; TALBOT, Pam; HENDERSON, David; D'INTINO, Anne Frances; MCINTYRE, Paul. Identifying Persons with Diabetes Who Could Benefit from a Palliative Approach to Care. **Can J Diabetes [Internet]**, v. 39, n.1, p. 29-35, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2014.01.009>. Acesso em 04 mai 2024.

KLEINIG, Paul; WOODMAN, Richard; CURROW, David. The Association between Glycemic Control in People with Diabetes and Symptoms at the End of Life: A Prospective Observational Consecutive Cohort Study. **J Palliat Med [Internet]**, v. 23, n. 3, p. 406-10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0083>. Acesso em 04 mai 2024.

MALTA, Deborah Carvalho; MOURA, Lenildo; PRADO, Rogério Ruscitto; ESCALANTE, Juan Cortez; SCHMIDT, Maria Inês; DUNCAN, Bruce Bartholow. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 23, n. 4, p. 599-608, 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n4/v23n4a02.pdf>. Acesso em 04 mai 2024.

MOHER, David; LIBERATI, Alessandro; TETZLAFF, Jennifer; ALTMAN, Douglas. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Med [Internet]**, v. 6, n. 7, p. 1-6, 2009. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1000097>. Acesso em 04 mai 2024.

MUNSHI, Medha et al. Diabetes in ageing: pathways for developing the evidence base for clinical guidance. **Lancet Diabetes Amp Endocrinol [Internet]**, v. 8, n. 10, p. 855-67, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(20\)30230-8](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(20)30230-8). Acesso em 04 mai 2024.

OUZZANI, Mourad; HAMMADY, Hossam; FEDOROWICZ, Zbys; ELMAGARMID, Ahmed. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. **Syst Rev [Internet]**, v. 5, n. 1, p. 1-10, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>. Acesso em 04 mai 2024.

SILVA JÚNIOR, Wellington; GABBAY, Monica Andrade Lima; LAMOUNIER, Rodrigo Nunes. **Insulinoterapia no DM1**. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.29327/557753.2022-5>. Acesso em 04 mai 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: Clannad; 2019. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf> . Acesso em 04 mai 2024.

SOUZA, Marcela Tavares; SILVA, Michelly Dias; CARVALHO, Rachel. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>. Acesso em 04 mai 2024.

TRINACTY, Jill; KEELY, Erin. End of Life: What Does That Mean for the Management of Adult Patients With Type 1 Diabetes? **Can J Diabetes [Internet]**, v. 43, n. 4, p. 261-2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2018.06.002>. Acesso em 04 mai 2024.

World Health Organization (WHO). **WHO Definition of Palliative Care**. 2002. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em 04 mai 2024.a

ZANATTA, Elisangela Argenta; SCARATTI, Maira; ARGENTA, Carla; BARICHELLO, Ângela. Vivências de adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. **Rev Enferm Ref [Internet]**, v. 1, n. 4, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/rv20044>. Acesso em 04 mai 2024.