

MARIA DE FATIMA RODRIGUES

BUSCANDO UM MARCO CONCEITUAL E UMA METODOLOGIA
BASEADOS EM IMOGENE KING - EXPERIENCIA COM
CLIENTES ADULTOS DIABÉTICOS.

FLORIANOPOLIS - SC
ABRIL - 1992

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BUSCANDO UM MARCO CONCEITUAL E UMA METODO-
LOGIA BASEADOS EM IMOGENE KING - EXPERIENCIA
COM CLIENTES ADULTOS DIABÉTICOS.

Por

MARIA DE FÁTIMA RODRIGUES

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Enfermagem da Universidade
Federal de Santa Catarina, para obten-
ção do grau de Mestre em Enfermagem.

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
ABRIL - 1992

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIENCIAS DA SAUDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM AO ADULTO

DISSERTAÇÃO

TITULO: BUSCANDO UM MARCO CONCEITUAL E UMA METODOLOGIA
BASEADOS EM IMOGENE KING - EXPERIENCIA COM CLIENTES
ADULTOS DIABÉTICOS.

Submetida à Banca Examinadora para obtenção do grau
de

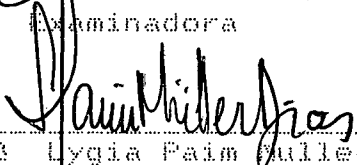
MESTRE EM ENFERMAGEM
Por
MARIA DE FATIMA RODRIGUES



Dr^a Ingrid Elsen
Presidente



Dr^a Mercedes Trentini
Examinadora



Dr^a Lygia Paim
Examinadora

Orientadoras:
Profª Dra Ingrid Elsen

Dedico à memória de CLAUDETE,
pelo seu companheirismo e
amizade nas horas incertas.

AGRADECIMENTOS

É claro que esta dissertação não poderia ter sido concluída sem o apoio e carinho de muitas pessoas que admiro que serão mencionadas e de muitas outras que não são citadas mas que de uma forma ou de outra contribuíram.

A minha orientadora profª Drª Ingrid Elsen, pela coragem que teve de propor desafios para que eu não me deixasse esmorecer, pelo carinho, pela paciência e principalmente por ter sido nesta caminhada mais do que uma orientadora, uma enfermeira.

A minha filha Lorena, que compartilhou comigo durante estes quatro anos dos momentos de angústia, de solidão, mas também de alegrias e esperanças. Obrigada filhinha pela compreensão da minha ausência!

A minha família pela torcida organizada e pela estrutura que me forneceu para que eu conseguisse superar mais essa etapa da minha vida. Obrigada a todos vocês por terem dado amor e carinho a minha filha durante quase dois anos.

Aos meus queridos amigos Zé e Alice e amiguinhos Igor e Thais por terem compartilhado deste processo com a demonstração de tanta amizade e solidariedade nos meus momentos mais sofridos. Obrigada Alice por ter me escutado tantas vezes à distância, sem nunca se mostrar desatenta às minhas

ansiedades.

Aos meus amigos Cristovam e Angela que me acolheram em seu lar com tanto carinho e alegria, amenizando a minha solidão. Januário, Joana e Carol. Obrigada pelos seus sorrisos infantis e a violetinha que presentearam a uma mãe que estava distante da filha.

A Lusani, querida conterrânea ...quantas alegrias e tristezas dividimos heim!

A querida Mercedes que tantas vezes me estimulou e que sempre acreditou em mim.

A minha inesquecível amiga Lygia, que tantas vezes me recebeu em sua casa com carinho e que me dizia: "Fatima vá em frente, você vai conseguir!"

A amigona Graça e suas filhas Thayss, Mariana e Márcia que me permitiram conviver em seu lar e que sempre me estimularam.

A querida amiga Dagmar que me estimulou para ir fazer o mestrado e que torceu por mim durante toda essa jornada.

A Alcione, que sempre me estimulou a continuar.

A Geralda, meus agradecimentos por ter me compreendido nos momentos de fragilidade.

Aos colegas do curso de Mestrado, obrigada pelo bom convívio.

Aos clientes que participaram deste estudo, meu carinho e meu respeito. Muito obrigada.

Ao Fernando, meu psicoterapeuta que soube me acompanhar com tanta competência e carinho.

Ao Núcleo de pesquisa e capacitação de docentes do Deptº de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, o meu muito obrigada.

A Universidade Federal de Mato Grosso, por haver permitido o afastamento necessário para que eu pudesse realizar o mestrado. De maneira especial aos meus colegas do Departamento de Enfermagem pelo apoio e compreensão durante o meu afastamento.

A Rosa e Mauricio por terem sido sempre gentis e atenciosos.

A Marcos pelo desenho caprichado que confeccionou .

A Tatiane e Alice pela datilografia.

A Colega Lúcia pela presteza em elaborar o Abstract muito obrigada.

ABSTRACT

This dissertation deals with the experience of constructing a conceptual framework and a nursing process, based on Imogene King's theory to assist adult clients with Diabetes Mellitus. In this study it is reported the experience of implementing a conceptual framework and nursing process with two clients the first was followed at INAMPS and at home, and the other one only at home. These patients' problems were raised through interviews observations and other data, such as exams results. The nursing assistance was given when the problems arised and it was validated by the nurse and clients, together, the objectives were established and nursing actions were implemented in order to solve the problems. The nursing assistance data was presented under the form of nursing process which included reflections about the clients' problems as well as nursing actions. These reflections were based on the selected concepts for this conceptual framework as: **perception, interaction, health and illness, role play, growthing and development, transaction, comunication, human being, transaction, nursing, environment and stress.** Based on the experience of constructing a conceptual framework and the given nursing assistance analysis it was concluded that: the definition of a conceptual framework and the nursing assistance methodology for the nursing practice is a tridimensional process that involves thinking, doing, and feeling. In addition the author says that a conceptual framework for the nursingl practice is a complex and continuous process.

RESUMO

A presente dissertação trata da experiência de construir um marco conceitual e um Processo de Enfermagem, fundamentados no marco conceitual e teoria de Imogene King, para assistir a clientes adultos com Diabetes Mellitus. Neste estudo foi relatada a experiência de implementação do marco e Processo de enfermagem construídos, com dois clientes, sendo um deles acompanhado num ambulatório do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) e à domicílio e o outro só à domicílio. O levantamento da problemática desses clientes foi feito através de entrevistas, que foram direcionadas por um instrumento que contemplava os conceitos selecionados para o marco em questão, observação e outros dados, como resultados de exames. A assistência de Enfermagem foi prestada à medida em que os problemas foram expressados e avaliados por mim e pelos clientes, os objetivos foram estabelecidos e as ações de Enfermagem foram implementadas na busca da solução da problemática.

Os dados referentes a assistência de Enfermagem foram apresentados sob a forma de Processo de Enfermagem com uma fase de reflexões, tanto acerca dos problemas apresentados pelos clientes como das ações de Enfermagem implementadas. Todas essas reflexões foram calcadas nos conceitos selecionados para este marco tais como: **percepção, interação, papel saúde e doença, crescimento e desenvolvimento, transação,**

comunicação, ser humano, enfermagem, ambiente e estresse. A partir da vivência da construção de um marco conceitual e da análise da assistência de enfermagem prestada, conclui que: a definição de um marco e de uma metodologia de Enfermagem para a prática é um processo tridimensional que envolve o pensar, o fazer e o sentir, que são apreendidos e que a implementação de um marco para a prática assistencial é um processo complexo e contínuo.

SUMARIO

CAPITULO	PAGINA
01 - INTRODUZINDO A PROBLEMÁTICA.....	01
Objetivos.....	08
Objetivo Geral.....	08
Objetivos Específicos.....	09
02 - REVISANDO A LITERATURA.....	10
O que é Diabetes?.....	10
Fisiopatologia.....	12
Sinais e Sintomas.....	14
Complicações.....	17
Diagnóstico e Tratamento.....	25
Estudos de Enfermagem sobre o Cliente Diabético.....	37
Implementação de Marcos Conceituais Baseados na Teoria do Alcance dos Objetivos (Imogene King).....	41
03 - CONSTRUINDO UM MARCO CONCEITUAL A PARTIR DA TEORIA DE KING , PARA INTERAGIR COM CLIENTES	47
Pressupostos.....	48
Conceitos.....	49
04 - ADEQUANDO UM MARCO A UMA METODOLOGIA DE ENFERMAGEM..	55
05 - PROCESSANDO AS INTERAÇÕES DE ENFERMAGEM - PRIMEIRA EXPERIÊNCIA.....	58

CAPITULO

PAGINA

	Dados de Base.....	58
	Lista de Problemas.....	60
	Planejamento e Ações de Enfermagem.....	62
	Avaliação.....	63
06 -	REFLETINDO SOBRE A EXPERIENCIA.....	69
	O Marco.....	69
	O Processo de Enfermagem.....	76
07 -	REPENSANDO O MARCO E O PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA ASSISTIR O CLIENTE DIABÉTICO ADULTO.....	80
	Repensando o Marco Conceitual.....	82
	Repensando o Processo de Enfermagem.....	88
08 -	PROCESSANDO AS INTERAÇÕES DE ENFERMAGEM - SEGUNDA EXPERIENCIA.....	91
09 -	REFLETINDO A SEGUNDA EXPERIENCIA.....	119
	O Marco Conceitual.....	119
	O Processo de Enfermagem.....	123
	A Vivência da Enfermeira.....	124
10 -	RECONHECENDO O PROCESSO DE BUSCA DA ENFERMEIRA: IDENTIFICANDO SUAS CARACTERÍSTICAS E FAZENDO ALGUMAS PROPOSIÇÕES.....	127
	Quanto à Trajetória.....	127
	Quanto ao Marco Conceitual.....	132
	Quanto ao Processo de Enfermagem.....	136

11	-	APRESENTANDO CONSIDERAÇÕES E SUGESTÕES.....	139
----	---	---	-----

12	-	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	141
----	---	---------------------------------	-----

13	-	ANEXOS.....	144
----	---	-------------	-----

Anexo 01 - O Instrumento para Coleta de Dados (Primeira Experiência)

Anexo 02 - O Instrumento para Coleta de Dados (Segunda Experiência)

Capítulo 01

INTRODUZINDO A PROBLEMÁTICA

O Diabetes Mellitus é um problema de saúde universal, afetando populações de países em todos os estágios de desenvolvimento. Nas últimas décadas sua importância vem crescendo em decorrência de vários fatores, tais como taxa de urbanização, aumento da esperança de vida, industrialização, sedentarismo, obesidade, dietas hipercalóricas e ricas em açúcares e outros (ZAGURY, 1989).

É fato conhecido que o adequado controle do Diabetes pode prevenir, retardar ou atenuar suas manifestações crônicas. Visando a que tal intento seja conseguido, é cada vez mais enfatizada a importância do diabético assumir, com maior responsabilidade, os cuidados atinentes à sua própria saúde. Para cumprir com êxito tal objetivo, faz-se necessário que o indivíduo esteja bem informado e convenientemente motivado.

Em nossos dias, a vida do homem caracteriza-se pela constante busca de informações. A cada momento, novos conhecimentos agregam-se aos antigos, enriquecendo-os, aperfeiçoando-os ou mesmo alijando alguns em função de novas descobertas. O indivíduo mais e mais precisa de estar cômscio da

necessidade de atualizar-se constantemente. Essa variada gama de conhecimentos chega ao homem cada vez menos sob a forma de educação sistemática, ou seja, aquela planejada, encomendada e transmitida formalmente pelas escolas e demais estabelecimentos de ensino. Na era da comunicação de massa, as informações fluem através de inúmeras formas e canais. A televisão, os jornais, o rádio, o cinema e outros meios bombardeiam o indivíduo constantemente, acrescentando-lhe de forma sutil, novas informações. Se estas são válidas para não-portadores de problemas de saúde, tornam-se, ao nosso ver, da máxima importância para o diabético. Este precisa se dedicar diariamente, por muitos anos, pelo menos por alguns minutos ao seu cuidado individual. Além das informações necessárias à sua vida cotidiana, ele carece ainda, de outras específicas sobre Diabetes. Precisa, mais ainda, aplicar corretamente tais conhecimentos.

Como em outras áreas da ciência, na Medicina novos enfoques e descobertas são constantemente efetuados. Alguns, como já foi dito, vindo a alterar por completo o que estava anteriormente estabelecido, reforçando a necessidade de constante informação e aprendizado. Especialmente após o advento da insulina e a partir dos conhecimentos adquiridos sobre a doença o diabético teve a perspectiva de vida prolongada. Em contrapartida, porém, surgiram condições para o aparecimento das lesões degenerativas, ou seja, o aumento da sobrevida permitiu que essas lesões viessem a manifestar-se, o que antes não ocorria em virtude da morte precoce do cliente (ZAGURY, 1989).

Segundo informações fornecidas pelo Programa Nacional de Educação em Diabetes Mellitus (1988) o atendimento aos diabéticos a nível primário é ainda precário, principalmente em decorrência do número insuficiente de profissionais treinados para tal. Os diabéticos atendidos a este nível, são na maioria, encaminhados para os poucos serviços especializados, gerando assim redução da qualidade do atendimento. Em consequência disto se tem uma sobrecarga nos serviços de urgência, gerando um ciclo no qual a resultante será o aumento de morbidade, aumento das internações entre outros. O Diabetes Mellitus é considerado como uma das principais doenças crônicas que afetam o homem moderno, acometendo todas as classes sócio-econômicas. Juntamente com as doenças cardiovasculares, tumores malignos e traumatismos, o Diabetes ocupa o seu lugar entre os quatro mais importantes problemas de saúde, em termos de custo, tanto nos países desenvolvidos, como nos em via de desenvolvimento (FRANCO, 1987).

A partir destas considerações e por constatar na prática assistencial e na revisão de literatura que o cliente diabético apresenta resposta insatisfatória na aderência ao tratamento, mesmo quando orientado, surgiu o interesse e o desejo de implementar uma assistência de enfermagem diferente do modelo tradicional, ou seja, do modelo biologicista (que explora basicamente os aspectos biológicos do indivíduo). Daí surgiu a proposta de uma assistência de enfermagem baseada num marco conceitual que norteasse o enfermeiro na busca da solução das seguintes questões básicas: Como direcionar a assistência de enfermagem do cliente diabético de forma que este

desenvolva a compreensão do seu processo de saúde-doença? Quais os caminhos alternativos para que o diabético seja participante nos processos decisórios de medidas que o auxiliem na busca da positividade do seu processo de crescimento e desenvolvimento?

A Enfermagem tem procurado responder a estas questões oferecendo diferentes abordagens no que se refere a assistência aos indivíduos e nesta busca vem desenvolvendo teorias. Dentre estas destacam-se a teoria holística que vê o indivíduo como "um todo", a teoria sinérgica que enfoca a potencialização de ações conjuntas e as interacionistas que exploram fundamentalmente o dinamismo humano. Entre as interacionistas têm-se a Teoria do alcance de objetivos de Imogene King, a qual foi a escolhida para orientar este estudo pelo fato de eu comungar com sua pressuposição de que os seres humanos são "sistemas abertos que interagem com o meio ambiente (pessoas e eventos)" e também porque a teorista visualiza a saúde-doença como um processo.

Imagino que o processo de transição de um marco para orientar a prática assistencial de um enfoque biologicista, onde predomina a preocupação com os distúrbios orgânicos e seu tratamento e onde o profissional de saúde é o determinante de cuidados, para um tipo de assistência onde o indivíduo comunica suas necessidades de saúde e participa das decisões de como satisfazê-las, se constitua num processo de grande complexidade.

Alguns enfermeiros que optaram por este

caminho relatam o que foi essa transição. BAGNARA (1988) em sua dissertação de Mestrado diz que ao ter escolhido a teoria de King para apoiar a assistência de Enfermagem a clientes cirúrgicos sentiu a princípio a sensação de que a "teoria a sufocava" (p.12), à medida que formulava o marco tinha dificuldade em associar os conceitos entre si como também manter coerência entre os seus valores e crenças e os da teorista. Refere ainda que ao implementar o processo de Enfermagem sob esta nova ótica, tinha a impressão desta caminhada ter se constituído num misto de sucessos e fracassos, pois precisava passar por um processo de internalização de alguns conceitos que considerava mais abstratos para depois associá-los ao comportamento dos pacientes. NITSCHKE (1991) em sua dissertação utilizou o processo de Enfermagem conforme King aplicado à assistência de Enfermagem à família. Visualizou o "construir" um marco como um processo de aprendizagem contínuo, onde, mesmo de posse de uma orientação teórica, muitas respostas para os questionamentos foram encontrados à medida que a assistência foi se concretizando. SANTOS (1990) que implementou um marco conceitual apoiado na teoria de King na assistência a pacientes idosos crônicos refere que a elaboração deste foi um processo contínuo de reformulações, retroalimentadas no transcurso da prática experimental junto com os clientes.

JÁ outros enfermeiros, citam dificuldades e facilidades na implementação do marco. ROCHA (1991), que utilizou King como referencial em sua dissertação que versou sobre assistência de Enfermagem a clientes Traumato-ortopédicos, refere

como dificuldades: déficit do número de enfermeiros nos serviços de saúde, despreparo dos profissionais de Enfermagem para utilização de uma metodologia que tenha uma base de sustentação teórica de conceitos ou proposições e por ser complexo. SMITH (1988) aplicou a teoria de King, como marco de referência, numa situação prática de enfermagem, a uma parturiente primípara, que teve um parto cesariana e apresentava problema em relação ao seu novo papel de mãe, com sua auto-estima diminuída pela frustração quanto ao tipo de parto que não havia sido previamente planejado. A autora refere que a teoria de King foi útil na assistência de Enfermagem a cliente, que manteve sua capacidade de perceber, comunicar-se e interagir com a enfermeira, permitindo identificar problemas, estabelecer meios para resolvê-los e alcançar mutuamente os objetivos planejados pela enfermeira e cliente. NEVES et al. (1984) utilizaram um marco de referência, com base na teoria do alcance de objetivos de King, na assistência de enfermagem a pacientes oncológicos e afirmaram ter sido útil no direcionamento da prática de Enfermagem, favorecendo a interação enfermeiro-cliente e exigindo da enfermeira contínuo aprimoramento sobre as ciências do comportamento, das habilidades no estabelecimento das relações interpessoais, e no trato dos aspectos relacionados com a própria natureza da doença que afeta os pacientes que buscam o serviço de oncologia. HUSBAND (1988) utilizou a teoria do alcance de objetivos de King como marco de referência para prestar assistência de Enfermagem a um paciente adulto diabético, insulino dependente, com diagnóstico recente e concluiu que a aplicação desta teoria oferece algumas vantagens como: a oportunidade de levantamento das percepções

mútuas através do processo de interação enfermeiro-cliente; permitindo a identificação de problemas e de forças existentes no cliente, além do estabelecimento de objetivos mútuos e da avaliação do alcance destes; a teoria serviu de linha ética orientadora uma vez que seus pressupostos ressaltam os direitos que a pessoa tem de obter conhecimento a respeito de si própria, e de participar nas decisões que influenciam na sua vida. BAGNARA utilizou um marco de referência também baseado em King, com cinco pacientes cirúrgicos de ambos os sexos (1985); com pacientes em crise (1986) e em pacientes de clínica médica e cirúrgica, junto aos alunos de graduação (BAGNARA, PRADO, 1986) ressaltam algumas das vantagens e dificuldades, dentre as quais: favorecimento da aplicabilidade do Processo de Enfermagem na prática assistencial, passividade dos clientes em participar do estabelecimento de objetivos mútuos e dependência da enfermeira em iniciar a resolução de problemas, como também dificuldades em internalizar a mudança de uma abordagem orgânico-biológico, para uma abordagem psicossocial. Concluem que o marco de referência baseado em King proporciona à enfermeira uma visão mais ampla da assistência de Enfermagem.

Após estas citações pode-se observar quão variadas são as dificuldades que os enfermeiros enfrentam nesta caminhada, mas apesar disto todos são unânimes em afirmar que existe satisfação ao se avaliar os resultados da assistência de Enfermagem desenvolvida sob a ótica da Teoria do alcance dos objetivos. Embora estes estudos tenham contribuído para uma melhor compreensão do que seja adotar um marco para prática,

existem lacunas no que se refere ao processo de transição de um marco com visão biologicista (ou seja, que privilegia os aspectos orgânicos dos indivíduos) para um marco de maior abrangência (que vê os aspectos bio-psicossociais). Ou seja, como é o processo de elaborar e implementar um marco? Como ocorre a escolha e compreensão dos conceitos da teorista? Se dá de imediato? Se dá por etapas? Qual a relação que existe entre o elaborar e implementar o marco através do processo de Enfermagem? Como se desenvolvem as etapas do processo de Enfermagem no cotidiano do enfermeiro?

Estas são algumas das questões que precisam ser aprofundadas. Então, além de compreender o que é o cliente diabético, este estudo também se propõe a acompanhar uma enfermeira em busca de um marco e um processo de Enfermagem para assistir este cliente, observando com maior profundidade como se realiza este processo nos aspectos de compreensão e implementação do mesmo. Para conseguir este intento se determina como:

1.1. Objetivo Geral

Analisar a minha experiência em busca de um marco conceitual e de um processo de Enfermagem para assistir ao cliente diabético adulto.

1.2. Objetivos Específicos:

- Descrever a experiência de selecionar os conceitos da teoria de King, derivando um marco conceitual e um processo de Enfermagem para assistir o cliente diabético adulto;

- Analisar a implementação deste marco conceitual através do processo de Enfermagem;

- Refletir a minha vivência no processo de assistir o cliente diabético adulto fundamentado num marco conceitual.

Capítulo 02

REVISANDO A LITERATURA

1. O QUE É DIABETES?

Conforme relato feito por ARDUINO (1980), o Diabetes é uma doença tão antiga quanto a própria humanidade. Em 1500 A.C. no papiro Ebers já havia referência sobre uma doença caracterizada por emissão frequente e abundante de urina. Aretaeus (30 - 90 da Era Cristã) relatou uma doença cujos principais sintomas eram eliminação copiosa de urina, sede incontrolável e emagrecimento, atribuindo-o à influências perniciosas que afetariam a bexiga e os rins. Criou o termo Diabetes que significa "passar através", pelo fato da poliúria se assemelhar à drenagem de água através de um sifão.

O Diabetes é uma doença de ocorrência mundial, independente do sexo, cor, raça ou idade. Só nos Estados Unidos em 1975, existiam cerca de 10 milhões de diabéticos e a incidência, cresce em torno de 6% ao ano. Na Alemanha Ocidental, país de 56 milhões de habitantes, 03 milhões são diabéticos. No Brasil, a população de diabéticos está estimada em 07 milhões (ZAGURY, 1985).

Segundo dados do Ministério da Saúde, PNECD (1988), atualmente no Brasil morre-se mais por doenças não transmissíveis e entre estas está o Diabetes Mellitus. Num estudo

feito em Salvador (BA) sobre a frequência de óbitos por Diabetes Mellitus como causa básica e causa associada no período de 01/01/82 à 31/12/83, foi demonstrado que mais da metade dos óbitos ocorre em pacientes à partir de 65 anos. Para um total de 6.989 óbitos houve menção de Diabetes Mellitus em 444 atestados, sendo que em 214 o Diabetes foi a causa básica da morte. Os coeficientes de mortalidade por Diabetes por sexo (1984) registraram 13,02 óbitos por grupos de 100.000 habitantes para o sexo masculino e de 18,7 para o sexo feminino (a média para ambos os sexos é 16,0), com índices mais elevados nas regiões Sudeste e Nordeste do país. Um estudo sequencial desses coeficientes no quinquênio (1980 - 1984), comparados com os coeficientes para as doenças, no mesmo período, indica a importância crescente do Diabetes Mellitus nas estatísticas de mortalidade, sendo observado ligeiro incremento das taxas do Diabetes nos últimos dois anos no período registrado.

Nos países mais evoluídos cerca de 1% dos indivíduos com Diabetes Mellitus insulino dependente morre no ano seguinte ao diagnóstico e em torno de 33% morrem nos 30 anos seguintes. Nesses países, o Diabetes ocupa do 40 ao 80 lugar entre as causas de morte. Num estudo feito sobre a ocorrência de doenças crônico degenerativas na cidade de Florianópolis se detectou que o Diabetes mellitus apareceu em quarto lugar entre as doenças identificadas, (TRENTINI, et al, 1988).

Os livros textos, de maneira geral, definem o Diabetes como uma doença crônica de natureza genética, caracterizada por hiperglicemia e glicosúria, e consequente a

deficiência relativa ou absoluta de insulina, acompanhando-se de quadro clínico onde sobressaem poliúria, polifagia e emagrecimento. Essa definição continuará válida se a palavra "doença" for substituída por "síndrome" e se for incluída a obrigatoriedade da presença do quadro clínico, pois em boa parte dos casos a Diabetes é assintomática pelo menos durante longo período (ARQUINO, 1984). Este mesmo autor afirma que o Diabetes não é uma doença única, mas uma condição heterogênea, sob o ponto de vista genético e dos fatores ambientais que desempenham algum papel na etiopatogenia. GUTHRIE e GUTHRIE (1983, p.617) também concordam que o Diabetes é uma síndrome por considerarem que sua manifestação é o resultado final de muitas doenças que afetam a secreção de insulina ou alteram o metabolismo, especialmente e dos carboidratos.

No decorrer do tempo já foram estabelecidas várias classificações para o Diabetes mas em dezembro de 1979, foi adotada pela "American Diabetes Association" e pela "Expert Committee on Diabetes" da OMS a classificação Diabetes Mellitus tipo I (IDDM) ou Diabetes Mellitus Insulino - Dependente e Diabetes Mellitus tipo II (NIDDM) ou Diabetes não Insulino - Dependente.

2.FISIOPATOLOGIA

"As manifestações fisiopatológicas do Diabetes Mellitus estão ligadas aos distúrbios agudos e crônicos decorrentes da ineficácia insulínica"(Stauffer e Renold citado

por Milech in ARDUINO, 1980, p.68). A insulina é um hormônio que atua sobre o metabolismo dos glicídios e exerce um papel importante também no metabolismo dos protídios e sais minerais (Carihill, citado por MILECH in ARDUINO, p.68). No caso do Diabetes (MILECH in ARDUINO, p.70) em que a insulina não pode exercer seus efeitos adequadamente, sua deficiência irá dificultar a penetração da glicose no músculo e tecido adiposo, assim como a fixação no hepatócito, resultando uma elevação do nível glicêmico. Nos casos mais brandos, essa deficiência só poderá ser detectada após a administração de uma sobrecarga glicídica, isto é, nos testes de tolerância à glicose. A medida que essa deficiência se agrava, surge a hiperglicemia de jejum. No fígado, livre dos efeitos inibidores da insulina, os hormônios glicogenolíticos (adrenalina e glucagon) estimulam as fosforilases responsáveis pela degradação do glicogênio, contribuindo, dessa forma, para a elevação da glicemia. Segundo o mesmo autor, no setor do metabolismo das proteínas, quando ocorre deficiência insulínica os aminoácidos não mais são incorporados às proteínas musculares. Estas sofrem uma lise, liberando seus aminoácidos constituintes, elevando, como consequência, o teor destes no sangue. Desta forma não podem ser captados pelo músculo, são levados ao fígado, onde, encontrando ativadas as enzimas responsáveis pela glicogênese, em virtude da baixa concentração de insulina, são utilizados na produção de glicose.

A deficiência de insulina e a diminuição do uso de glicose têm efeitos importantes sobre a capacidade do indivíduo de sintetizar e armazenar gorduras, pois grandes

quantidades destas são mobilizadas e levadas ao sangue, sob a forma de ácidos graxos (BELAND, PASSOS 1979).

A consequência mais imediata dos distúrbios acima descritos é a redução de tolerância à glicose (MILECH in ARDUINO 1980, p.71). Quando o nível de glicose ultrapassa a concentração sanguínea de 160 mg% (taxa normal é aproximadamente 60 a 110 mg%), a capacidade de reabsorção máxima para essa ose é ultrapassada (Wuite e Smith citado por MILECH in ARDUINO, 1980, p.71), surgindo então a glicosúria. Sendo a glicose uma substância osmoticamente ativa, sua excreção pela urina acarreta a perda concomitante de água, com aumento de volume urinário - poliúria. Isto leva a uma desidratação do tipo hipertônico, que provoca sede e consequentemente aumento da ingestão hídrica - polidipsia. Esta ingestão pode contrabalançar as perdas, estabelecendo-se um novo estado de equilíbrio (MILECH IN ARDUINO, 1980, P.72).

Dependendo da magnitude da deficiência de ação insulínica, teremos os diversos graus de intolerância a carboidratos, chegando-se ao extremo da cetose, em que a lipólise e o catabolismo proteico intensos levam à neogenogênese e glicogenólise acentuadas, grande hiperglicemia e acúmulo de corpos cetônicos (NARCONDES ET AL., 1976).

3. SINAIS E SINTOMAS

Conforme ARDUINO (1980, p.79) os sintomas do

Diabetes têm habitualmente um início insidioso e só chegam a chamar atenção quando adquirem maior intensidade, KRALL (1983, p.27) diz que os sintomas podem ficar despercebidos por longo tempo e outras vezes podem ocorrer rapidamente.

O Diabetes pode também existir sob forma sub-clínica (diabetes químico), na ausência de qualquer sintoma apreciável, sendo descoberto casualmente num exame de rotina, ou no curso de uma complicação da doença. A poliúria constitui um dos sinais mais precoces do Diabetes e consiste de uma diurese osmótica consequente à hiperglicemia que de início pode ser intermitente, manifestando-se nos períodos de maior ingestão de carboidratos ou de tensão emocional, tornando-se permanente com a agravação da doença. Está constatado que o volume nictemérico de urina pode alcançar cifras muito elevadas (5-6 litros, e até mais) e que dada a diluição de seus componentes, a urina apresenta-se clara, aquosa, embora a densidade seja alta, devido à presença de glicose. Outro sintoma, consequente da poliúria, é a polidipsia. As vezes insaciável, a sede constitui um dos sintomas mais incômodos para o paciente, que causa desagradável sensação de secura na boca (p.79). O apetite exagerado é um sintoma pouco menos frequente que a poliúria e a polidipsia; resultante talvez de um distúrbio do mecanismo regulador da ingestão de alimentos. Segundo a teoria glicostática da regulação do apetite, os centros hipotalâmicos são muito sensíveis às flutuações da glicose sanguínea. A perda de peso também figura entre as manifestações clínicas do Diabetes. Apesar da polifagia,

o indivíduo perde peso, pelos seguintes fatores: 1) perda de glicose pela urina, que pode alcançar cifras de até 10 g%, com o correspondente desperdício calórico, 2) desidratação resultante da poliúria.

Coincidindo com os sintomas já referidos e que marcam os pontos cardiais da exteriorização clínica do Diabetes, a sensação de fraqueza é uma queixa quase constante e a maioria dos pacientes refere indisposição ao trabalho, preguiça mental, astenia, "peso" nas pernas, cansaço fácil, sonolência, irritabilidade, e outros. Estão presentes também a hipoglicemia espontânea e os distúrbios visuais, como "visão turva" e diminuição da acuidade visual.

Na esfera do aparelho genito-urinário, além do prurido vulvar por vulvovaginite, e do seu equivalente no sexo masculino, a bálano-postite, é preciso mencionar a impotência coeundi, manifestação que pode mesmo se antecipar aos sintomas clássicos do Diabetes. O que ocorre é uma semi-ereção do pênis (virga debilis), acompanhando-se amiúde de ejaculação precoce. Outras vezes a ejaculação é normal, mas fugaz. Da mesma forma, a diminuição da libido é uma queixa registrada com certa frequência. O correspondente à impotência na mulher são a frigidez sexual e a dificuldade de alcançar o orgasmo. Na maioria dos casos, estes distúrbios desaparecem com o controle adequado do Diabetes, ao contrário da impotência observada nas fases mais avançadas da doença.

4.COMPLICAÇÕES

Dentre as complicações do Diabetes podem ocorrer as agudas e as tardias ou a longo prazo. Segundo BELAND e PASSOS (1979, p.194) as duas complicações agudas consideradas graves, são a hipoglicemia e a acidose ou ceto-acidose que KRALL (1983) denomina de ceto-acidose ou coma. BELAND e PASSOS, no entanto, fazem uma diferença (p.195) de acordo com o nível sérico total de CO_2 ; cetoacidose ocorreria nos casos com valores entre 20 e 10 meq/litro e acidose nos casos com valores inferiores a 10 meq/litro.

A hipoglicemia ocorre quando o nível de glicose sanguínea cai para menos de 50 mg%. Os sintomas iniciais são: fome , náuseas, fraqueza, sudorese e tremores. A hipoglicemia ocorre mais frequentemente nos pacientes que fazem uso de insulina, mas podem ocorrer como resultado do uso de hipoglicemiantes orais (KRALL, 1983 P,124). BELAND e PASSOS (p.203) concordam com a afirmação do autor em pauta e relatam que há algumas condições que predispõem a hipoglicemia como atraso ou omissão de uma refeição; aumento de exercícios, melhora na tolerância à glicose, erro na medida de insulina, provocando uma dosagem excessiva e outros. Conforme Sussman et al (citado por BELAND e PASSOS, p.203) a hipoglicemia afeta o sistema nervoso na seguinte sequência: 1) sistema nervoso parassimpático 2) efeitos cerebrais, 3) sistema simpatoadrenal, 4) coma hipoglicêmico. Os efeitos cerebrais são bocejos, letargia, lassidão, incapacidade de manter uma conversa, etc. Alguns pacientes podem ficar

desorientados, confusos e afásicos, fazer comentários inadequados, desenvolver catatonia aguda ou mania. Qualquer alteração de humor ou personalidade de paciente que está tomando insulina pode ser indicação de hipoglicemia. Outros sintomas da hipoglicemia a que não se tem dado a importância devida são os que ocorrem à noite, sobretudo em crianças, durante o sono, tais como pesadelos, terror noturno, alucinações visuais com zoopia, crises de automatismo deambulatório, entre outros (ARDUINO, 1980). A fisiopatologia da hipoglicemia ocorre da seguinte forma: sendo a glicose o substrato para o consumo de oxigênio pelo tecido nervoso, o aproveitamento deste cai à medida que diminui o suprimento da glicose, criando-se situação semelhante à da anóxia. Não obstante existir geralmente correlação entre o valor da glicemia e o consumo de oxigênio, às vezes ocorrem discrepâncias, pois a queda desse consumo depende da diferença arteriovenosa da concentração de glicose, isto é, do grau de utilização desta pelo tecido nervoso.

A queda anormal da glicemia aciona um mecanismo de defesa que tende a inibir o consumo periférico de glicose (principalmente pelos músculos), a fim de poupar esse açúcar em favor do tecido nervoso. Assim, durante a hipoglicemia, ocorre aumento da secreção da epinefrina, de glucagon, de ACTH (e de glicocorticóides) e do hormônio somatotrófico. A atuação desses hormônios, sobretudo através da ativação da forma do CAMP, provoca liberação imediata de glicose pelo fígado e, mediante estímulo, a lipólise, elevação dos ácidos graxos livres para consumo periférico preferencial por intermédio do ácido

glicose-ácidos graxos. Por outro lado, ocorre um bloqueio da atividade insulínica na periferia. Diversas são as lesões nervosas que podem ser ocasionadas pela hipoglicemia (ARDUINO, p 240-241), como:

Dentre as complicações tardias estão as complicações renais que são muito comuns em pessoas com Diabetes prolongado, e são resultantes de nefrosclerose, glomerulosclerose intercapilar e pielonefrite. Essas condições geralmente são mais graves e de progresso mais rápido entre os diabéticos; podendo levar à perda da função renal e à azotemia. A complicação renal mais comum é a pielonefrite, mas a mais característica é a glomerulosclerose intercapilar ou doença de Wilson, cuja incidência está aumentando. Atualmente, segundo BELAND e PASSOS (1979, p. 198) os distúrbios renais são a causa de morte de aproximadamente metade dos diabéticos jovens.

BELAND e PASSOS (p.198-199) se referem as neuropatias na síndrome diabética afirmando que estas provocam, além de manifestações dos nervos sensoriais periféricos, sinais e sintomas que indicam comprometimento do sistema nervoso autônomo. As manifestações mais comuns são distúrbios da transpiração, impotência e bexiga neurogênica. Não se conhece bem as alterações patológicas responsáveis pelas complicações neurológicas. Sendo que as neuropatias ocorrem em qualquer região do sistema nervoso.

Há também as doenças vasculares periféricas, onde as principais manifestações clínicas são lesões

isquêmicas no pé e claudicação intermitente. O indivíduo tem menor sensibilidade à dor superficial ou profunda e às sensações térmicas, o que faz dele um forte candidato a traumas de extremidades inferiores. BELAND e PASSOS (p. 199-200) ainda referem-se às complicações oculares e às complicações cutâneas. As complicações diabéticas das várias estruturas dos olhos são também muito frequentes. A arteriosclerose de artérias da retina, bem como microangiopatias, hemorragias e exsudatos podem levar a perda da visão.

Dentre as complicações cutâneas, as mais comuns são os furúnculos e os carbúnculos, isto porque no Diabetes não controlado há depleção do glicogênio da pele e o conteúdo de glicose da pele aumenta com a hiperglicemia. Quando o Diabetes é mal controlado, a pele tem predisposição à infecção por *Staphylococcus Aureus*. Há também indicações de distúrbios do funcionamento dos leucócitos polimorfonucleares. KRALL (1983, pp.156-157) enfatiza as complicações que podem ocorrer no pé do diabético, dizendo que o mesmo é vulnerável a problemas que podem ocorrer pelas seguintes razões 1) a circulação está diminuída nas pessoas mais idosas, especialmente as áreas onde os vasos sanguíneos se tornam mais estreitos, próximo a parte inferior do pé; 2) em indivíduos diabéticos, o grau de estreitamento deve ser ainda maior e finalmente como já foi mencionado, no diabético a sensibilidade pode estar diminuída devido à neuropatia. Estes fatores, somados à tendência de desenvolver infecções em Diabetes mal controlado, dão subsídios para ocorrência de problemas. O mesmo autor ainda

se coloca afirmando que, qualquer infecção ou fator mecânico, tais como um calo infectado, trauma, pé-de-atleta não tratado e outros, podem danificar o tecido e servir de porta de entrada para infecções.

Além destas complicações, o indivíduo diabético pode vir a apresentar outras, pelo uso da insulina. Algumas destas complicações são de esfera imunológica, como a alergia, a resistência e, provavelmente, a lipodistrofia insulínica. ARDUINO diz que desde os primeiros anos do uso da insulina, foram registrados casos de alergia e de resistência ao hormônio e que se fenômenos de natureza imunológica pudessem ocorrer não seria de estranhar, tratando-se a insulina de um polipeptídeo, e portanto, potencialmente, um antígeno. A medida que o hormônio foi sendo purificado, porém, a incidência das manifestações alérgicas foi caindo, o que sugere, que em boa proporção dos casos, pelo menos, a alergia seja devida a contaminantes proteicos de insulina. ARDUINO (p.226) cita que existem 02 tipos de reação alérgica à insulina: o local e o sistêmico; sendo que a incidência da alergia local varia de 5 a 50%. Ainda cita que certamente existe um grande exagero nesses números, e admite que isso resulta da confusão muitas vezes feita entre a verdadeira alergia e a reação provocada pela administração incorreta da insulina. Como se costuma confundir injeção subcutânea com intradérmica, o paciente não-suficientemente instruído bem como os práticos de farmácia ou outras pessoas podem vir a aplicar a insulina intradermicamente, provocando assim a formação de pápula ou

nódulo com reação eritematosa à volta e que dura semanas. A incidência da verdadeira reação à insulina talvez não passe de 1%. A alergia local à insulina geralmente é do tipo de hipersensibilidade tardia; aparecendo como pequena pápula ou mancha de 01 a 10 cm de diâmetro em volta do ponto de aplicação do hormônio (insulina), 4 a 24 horas após a injeção e regredindo cerca de 24 horas depois, embora, em certos casos, possa persistir por alguns dias. Acompanha-se de regra, de prurido, sensação de queimadura, mas pode também passar despercebida pelo paciente. Manifesta-se cerca de uma semana após o início do tratamento pela insulina e tende a desaparecer com a continuação da aplicação de insulina, podendo no entanto, vir a generalizar-se (ARDUINO, 1988 p.236).

Quanto à resistência à insulina, ARDUINO (p. 228) refere o critério proposto por Martin e cols., segundo o qual convencionou-se que existe resistência à insulina quando as exigências do hormônio são de 200 ou mais unidades por dia, durante pelo menos 48 horas, na ausência de quaisquer complicações que sabidamente, aumentam as necessidades de insulina (acidose, infecções, certas endocrinopatias, etc.). A resistência à insulina tal como é classicamente conceituada (200 U ou mais) é, segundo ARDUINO (p.238) uma ocorrência rara, surgindo um caso em cada grupo de cerca de 1.000 pacientes tratados pela insulina. Continuando, o mesmo autor (p.228) relata que a imensa maioria dos casos de resistência à insulina é devida a formação de anticorpos anti-insulina e que apenas numa pequena minoria de pacientes, ela é provocada pelos anticorpos antireceptores e conclui (p.229) referindo que de um

modo genérico e prático, a resistência à insulina pode ser dividida, em função do mecanismo patogênico, em imunológica e não imunológica.

Outro inconveniente do uso da insulina são as deformações do tecido adiposo subcutâneo que, eventualmente, surgem nos pontos onde o hormônio é injetado repetidas vezes. A lesão resultante recebeu o nome genérico de lipodistrofia insulínica, comportando dois tipos: redução ou desaparecimento local da gordura do tecido subcutâneo, ou, ao contrário, aumento de deposição de gordura nas áreas de injeção do hormônio, caracterizando, respectivamente, a lipo-atrofia e a lipo-hipertrofia. (ARDUINO 1988, p.232). Os diabéticos jovens são mais propensos a desenvolver a lesão, que pode, entretanto, surgir em qualquer idade. O sexo parece desempenhar papel de importância na instalação da lipodistrofia, pois antes da puberdade ambos os sexos são igualmente afetados, ao passo que, no adulto praticamente ela só incide no sexo feminino. Na imensa maioria dos casos, as lesões se localizam nas zonas onde a insulina é reiteradamente injetada (coxas, nádegas, braços, abdome) mas, às vezes desenvolvem-se nas proximidades dessas áreas e mesmo à distância. Além disso, embora habitualmente as deformações sejam de um só tipo, atrófico ou hipertrófico, podem as duas lesões coexistirem ou se alternarem no mesmo paciente. (ARDUINO, p.231)

Sabe-se que os indivíduos diabéticos apresentam também complicações de ordem psicossocial, onde são observadas as mais diferentes reações emocionais. Estas surgem

ao ser diagnosticada a doença ou após terem experimentado certas limitações, particularmente as de natureza dietética que o tratamento impõe. Há pacientes que aceitam serenamente a doença e há os que, ao serem cientificados do diagnóstico sofrem verdadeiro impacto emocional.

O pavor ao Diabetes decorre de vários motivos, entre os quais se alinham os seguintes: 1) tratar-se de doença hereditária incurável; 2) obrigar a restrições dietéticas; 3) exigir, em certa percentagem de casos, o uso permanente de insulina; 4) receio das complicações da doença e 5) imposição de uma disciplina de vida quanto a horário, exercício físico, testes de urina e outros (ARBUINO, 1980 p.131). A violência do choque depende do que o diagnóstico significa para o indivíduo e pode ser intensificada por qualquer problema anterior é que os especialistas, muitas vezes, enfatizam as vantagens do Diabetes sobre outras doenças crônicas. Com o tempo, é possível que o paciente chegue a essa conclusão, mas quando se estabelece o diagnóstico ele está preocupado com o que perdeu e não pensa em outras possibilidades mais graves: compara o Diabetes com a saúde e prefere a saúde (BELAND e FASSOS, 1979).

O diabético tem sua liberdade restrita por uma programação diária que requer agulhas, seringas, uma dieta nova e o cuidado contínuo contra infecções, cuidados com a pele, e a saúde em geral, acarretando enfim fortes emoções. A reação individual é influenciada, é claro, pela idade e pela natureza do início do Diabetes. As informações sobre o Diabetes sempre confundem os pacientes. Algumas estatísticas

sobre o Diabetes, ou alguns exemplos de pacientes que apresentaram complicações, podem provocar medo (KRALL, 1983 p.189-190).

5. DIAGNOSTICO E TRATAMENTO

O diagnóstico clínico do Diabetes normalmente não oferece dificuldades quando a sintomatologia é exuberante. A presença de poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso, sobretudo nos indivíduos obesos, com mais de 40 anos de idade, dificilmente pode levar a uma omissão diagnóstica (ARDUINO, 1980). BELAND e PASSOS (1979 F.200-201) concordam que a tríade clássica do Diabetes compõe-se de poliúria, polidipsia e polifagia e afirmam que o diagnóstico é frequentemente feito pela descoberta de glicose na urina, num exame clínico de rotina, ou em associação com alguma infecção ou qualquer outra anomalia não relacionada com o Diabetes. Completam dizendo que o diagnóstico é feito pelas manifestações clínicas, glicosúria e hiperglicemia.

Quanto ao diagnóstico laboratorial do Diabetes Mellitus, pode ser feito com maior ou menor precisão através dos seguintes testes: 1) Pesquisa de glicose na urina; 2) dosagem de glicemia em jejum; 3) provas de tolerância à glicose e outros (ARDUINO, 1980). Para BELAND e PASSOS (1979 p.201) a descoberta de glicose na urina é uma indicação de Diabetes Mellitus, mas não é uma prova conclusiva, pois a glicosúria pode aparecer numa pessoa não diabética. A glicosúria após excessiva ingestão de hidratos de carbono é chamada de glicosúria alimentar

e pode caracterizar um pré-diabético. O nível em que o açúcar começa a ser excretado na urina é chamado limiar renal e surge quando a glicose sanguínea é superior a 160 mg%. No caso de um limiar renal elevado, o que é bastante comum em diabéticos idosos, este nível pode chegar a 250 mg%. Há dois tipos principais de substâncias para testar a glicosúria: testes de redução de cobre (Clinitest e Teste de Benedict) e os testes específicos da enzima glicose-oxidase (Clinistix e Testape). A hiperglicemia pode ser confirmada por vários exames. Uma glicemia em jejum superior a 160 mg% é geralmente patognomônica e não há necessidade de outro teste adicional, o que pode ser necessário para glicemias entre 130 mg% e 160 mg%. Esses testes podem incluir o exame da glicemia pós-prandial de duas horas e testes de tolerância oral ou intravenosa; a glicemia pós-prandial é o método mais simples e cômodo para o paciente de avaliar sua tolerância aos carboidratos, já que consta de dosar a glicose sanguínea 1, 2 ou 3 horas após uma refeição que contenha pelo menos 50 g. de carboidratos (ARDUINO, 1980 p.60). Em qualquer circunstância, no indivíduo normal, a glicemia não deve ser, pelo método de Somogyi - Nelson, superior a 160 mg%, 120 mg% e 100 mg%; após 1, 2, 3 horas, respectivamente, do início da refeição-teste. Embora cômodo, este teste, sempre que haja dúvida ou grande interesse em saber se realmente o paciente é diabético, ARDUINO (p.84) recomenda que, de início é preferível submetê-lo ao teste oral de tolerância à glicose (TOTO), que é mais comumente conhecido como Curva Glicêmica. Este teste oral de tolerância à glicose consiste em, após colheita de sangue em jejum, administrar glicose por via oral e repetir a colheita de

sangue 1, 2 e 3 horas após. É necessário observar certas normas para que este teste seja confiável. É preciso que, durante pelo menos três dias antes do teste o paciente esteja em uso de dieta que contenha pelo menos 150 g. de carboidratos. Como a atividade física é importante na tolerância à glicose, o teste não deve ser aplicado a pacientes acamados durante muitos dias, mas apenas aos que se locomovem. O indivíduo não pode, por outro lado, ser portador de condições que afetam o aproveitamento de glicose, como diarreia, doenças febris e situações de estresse (trauma, cirurgia, queimaduras, etc.). Devida atenção deve ser dada, também à presença de endocrinopatias que interferem na tolerância à glicose, como tireotoxicose, acromegalia e outros. No dia da prova, o paciente deve estar em jejum 8 horas e não superior a 16 horas; durante o teste o paciente deve permanecer confortavelmente sentado, sendo permitido andar um pouco à volta. Deve ser proibido qualquer exercício enérgico, como também o fumo e o café antes e no decorrer da prova. Além da amostra de sangue em jejum, as demais amostras devem ser colhidas exatamente, 60, 120 e 180 minutos após o início da ingestão da solução de glicose. Uma vez colhidas as amostras de sangue, estas devem ser submetidas a processamento o mais depressa possível dependendo do método de dosagem a ser adotado. Os devidos cuidados para evitar a glicólise devem ser tomados se a dosagem não for imediata.

Segundo os critérios do "National Diabetes Data Group" é considerado Diabetes Mellitus quando a concentração de glicose no plasma venoso em jejum é igual ou superior a 140 mg% e/ou a concentração de glicose no plasma venoso igual ou

superior a 200mg% duas horas após a ingestão de glicose; e tolerância à glicose diminuída quando a concentração de glicose no plasma venoso em jejum inferior a 140 mg% e concentração de glicose no plasma venoso duas horas após a ingestão de glicose igual ou superior a 140 mg%, mas inferior a 200 mg%.

O tratamento do Diabetes consiste basicamente em : 1) tentar corrigir a glicemia e demais alterações metabólicas da doença; 2) levar o paciente ao seu peso normal, quando for o caso; 3) dar ao diabético condições que lhe assegurem bem estar e possibilidade de uma vida praticamente normal na comunidade em que vive. KRALL (1983 p.35) relata que a dieta, insulina, agentes hipoglicemiantes orais e exercícios são os elementos disponíveis para tratamento do Diabetes durante a vida toda. As pessoas que não são acometidas pela doença aguda, com frequência não estão preparadas para lidar com os problemas tardios decorrentes do Diabetes. Tratar o Diabetes é como estar numa guerra prolongada; é possível que se perca uma ou outra batalha, mas deve-se ganhar a guerra. O Diabetes está sempre presente, e o paciente deve ser tratado não apenas para o momento mas para o futuro.

A conduta terapêutica num caso de Diabetes depende, obviamente, da existência ou não de cetoacidose ou de outras complicações que demandam tratamento agressivo. A inauguração do tratamento não-complicado, porém, deve ser conduzida, fundamentalmente, de acordo com a idade e o peso do paciente. Tratando-se de diabético obeso, sobretudo quando a idade é superior a 40 anos, a única medida que se impõe,

inicialmente, é a prescrição de dieta hipocalórica para diabético, com VCT 10% a 30% abaixo de consumo calórico calculado para o paciente. Submetido à dieta adequada, o paciente será revisto no fim de duas ou três semanas, quando peso e glicemia orientarão o prosseguimento do tratamento. O paciente que inicialmente apresenta peso ideal deve ser submetido a uma dieta isocalórica, com participação adequada de carboidratos. Como a probabilidade de controle apenas com dieta já é menor neste caso, convém, no início, rever o paciente a períodos de duas a três semanas. Se, no fim do primeiro período de dieta, o peso se manteve constante e a glicemia se normalizou ou sofreu apreciável redução, novo período deve ser tentado nas mesmas condições (ARDUINO, 1980).

O controle do tipo e da quantidade de alimento ingerido continua como a base do tratamento do Diabetes. Uma grande porcentagem de pacientes que desenvolveu Diabetes no decorrer de sua vida mantém a capacidade de produzir certa quantidade de insulina. Esta insulina, embora não seja suficiente para permitir uma dieta livre, pode ser adequada se uma certa quantidade e/ou certo tipo de alimento for ajustado e trazido a uma relação de interação com a programação estabelecida (KRALL 1983 p.36).

Na insulinização do paciente a preocupação deve ser no sentido de quando e que tipo de insulina deve ser prescrito. Quanto ao tipo, certamente deve ter preferência uma insulina de ação hipoglicemiante intermediária, NPH, ou Lenta, aplicada pela manhã, antes do desjejum. A dose

inicial a ser prescrita varia com a idade e, portanto, com o peso corporal (ARDUINO, 1980).

Quanto ao exercício físico, afirma ARDUINO (p.137) que além de aumentar a tolerância dos carboidratos, o exercício dá sensação de bem-estar e é psicologicamente salutar, contrapondo-se à idéia de semi-invalidez que frequentemente domina o diabético. KRALL (p.106) diz que embora o exercício seja importante, a quantidade e o tipo depende da saúde física, das condições cardíacas e outros fatores que devem ser considerados na decisão do exercício apropriado. Reconhece a importância do exercício no tratamento do Diabetes porque enquanto o alimento, estresse e infecção podem ser fatores que favorecem o desenvolvimento de hiperglicemia, o exercício leva o metabolismo em outra direção. ARDUINO (p.136-137) reforça o pensamento desse autor dizendo que o exercício é um excelente meio auxiliar de tratamento do Diabetes.

É sabido que o músculo em repouso só consome ácidos graxos e que no músculo em atividade, a glicose passa a ser um substrato energético importante, dependendo o seu consumo, da duração e intensidade do exercício. LACERDA (1988, p.203-204) faz uma diferença entre o tipo de exercício requerido para o Diabetes tipo I e o Diabetes tipo II. Para este autor, o diabético insulino dependente, o mecanismo básico de glicorregulação durante o exercício apresenta aspectos diferentes não só pelo papel das fontes energéticas insulina e hormônios contrareguladores, como também dos vários estados de deficiência ou excesso insulínico na circulação sanguínea periférica e portal

que podem ocorrer devido a administração subcutânea de insulina exógena. Acrescenta ainda que os diabéticos que dependem de insulina oscilam geralmente entre um estado de excesso ou deficiência insulínica e o principal problema com o emprego do exercício para melhorar o controle metabólico é que seu efeito na diminuição dos níveis glicêmicos não é previsível. Num diabético do tipo I que começa a se exercitar quando seus níveis glicêmicos estão moderadamente elevados (200-250 mg/dl), a glicose plasmática deverá diminuir e, eventualmente, normalizar. Esta queda na glicemia é geralmente proporcional à duração e intensidade do exercício. Não há dúvida de que sob estas circunstâncias o exercício pode assumir um papel benéfico. Contudo, quando o paciente inicia com índice de glicose normal, desenvolverá hipoglicemia tão logo após sua atividade física ter começado, a menos que tome medidas preventivas. LACERDA (1988) recomenda que é muito importante que o paciente do tipo I que deseja se submeter a um programa de exercício rigoroso esteja apto a realizar a monitorização da glicose sanguínea, em casa, podendo desta forma, ajustar apropriadamente sua ingestão de carboidratos combinada às necessidades do trabalho muscular.

JÁ no Diabetes tipo II, segundo LACERDA (1988 p.207-208) onde os portadores são geralmente obesos, com associação a fatores de risco cardiovasculares como a hipertensão e hiperlipidemias, a obesidade também costuma se caracterizar nestes pacientes por hiperinsulinemia e resistência insulínica devido a alterações a nível de receptores e pós-receptores. Mesmo na ausência da perda de peso, o exercício tem demonstrado um aumento na sensibilidade insulínica nos obesos. Portanto, segundo

o autor em pauta, torna-se importante o papel da atividade física no tratamento do tipo II, esteja este fazendo somente dieta hipocalórica e/ou hipoglicemiantes orais. Além disso é mencionado os efeitos benéficos relacionados com a atividade física a longo prazo no que diz respeito à incidência de doenças coronarianas ou a ocorrência de seus fatores de risco. LACERDA (1988) refere vários trabalhos que tem demonstrado ter o exercício físico reduzido a concentração dos níveis de triglicerídios e colesterol plasmáticos bem como um aumento do HDL colesterol, o qual está associado com um risco diminuído de doença cardíaca coronariana.

Implícito no tratamento do Diabetes Mellitus, estão os hipoglicemiantes orais (MATTAR In: ARDUINO p.119-120), as sulfoniluréias e as biguanidas, que são atualmente os dois tipos de compostos utilizados por via oral. A absorção dos hipoglicemiantes orais é rápida, apresentando-se em níveis plasmáticos apreciáveis uma hora depois de sua ingestão. As sulfoniluréias são transportadas no plasma sob a forma de complexos proteicos. Das sulfoniluréias de segunda geração (glibenclamida, glipizida, glibornurida e gliquidona) são rapidamente metabolizadas, tendo vida média curta, com rápida excreção renal, com exceção da gliquidona, que se elimina preferentemente por via bilio-intestinal. Além disso, os metabólitos dessas sulfoniluréias são inativos ou pouco ativos, e estas duas características fazem com que a atividade hipoglicemiante seja de curta duração. Por isso, elas são prescritas em doses administradas cada 8 ou 12 horas.

O mesmo autor (p.121) cita que a ação hipoglicemiante das sulfoniluréias pode ser antagonizada ou

potencializada por uma ~~serie~~ de drogas. Todos os compostos que diminuem a tolerância aos carboidratos e que, desta forma, antagonizam a ação da insulina, o fazem também em relação às sulfoniluréias. Isto inclui os corticoesteróides, os diuréticos tiazídicos, os contraceptivos orais, os hormônios da tireóide e os betabloqueadores. De outro lado, há uma série de compostos que potencializam a ação das sulfoniluréias, como a aspirina, os salicilatos, fenilbutazona, entre outros. A potencialização se faz através de mecanismos variados, que incluem a interferência com a excreção urinária das sulfoniluréias ou de seus metabólitos ativos, a competição com as suas ligações proteicas, aumentando a concentração da forma livre, o prolongamento da meia vida biológica das sulfas por inibição de sua oxidação.

Conforme ELLINGER (In: LACERDA, 1988 p.215), além das sulfoniluréias, existe outro grupo de drogas de certa importância no tratamento do Diabetes Mellitus tipo II, que são as biguanidas. Em alguns países, como nos Estados Unidos, estão proibidas, porém no Brasil têm-se o fenformin que, segundo o autor, tem o seu lugar na terapêutica anti-diabética. JÁ MATTAR (In: ARDUINO, 1980 p.123) diz que as biguanidas têm papel menor que as sulfoniluréias no tratamento oral do Diabetes, mas afirma que elas contribuem para o melhor controle do Diabetes em casos de associação de obesidade e hiperglicemia sem cetose, pois em doses bem ajustadas, elas proporcionam perda de peso, sem risco de hipoglicemia. Relata também o fato da proibição do uso do fenformin nos EUA devido à ocorrência de acidose lática em

pacientes tratados com o mesmo. Porém o autor em pauta acredita que se as biguanidas forem utilizadas com boa indicação clínica e em doses de 50 a 150 mg diários não devem ser proibidas e têm lugar certo no tratamento do Diabetes. Diz ainda (p.123-124), que as principais indicações para o uso das biguanidas são o Diabetes do tipo maturidade associado com obesidade, sem cetonúria; o uso associado com sulfoniluréias nos casos de fracasso secundário destas; a melhor estabilização do Diabetes em alguns casos do Diabetes juvenil, quando a insulina e a dieta não são suficientes.

As contra-indicações formais das biguanidas são a presença de insuficiência cardíaca, renal ou hepática, ou ainda de pneumopatias crônicas com insuficiência respiratória. Além disso, a administração de biguanidas deve ser interrompida quando os diabéticos apresentam doenças intercorrentes graves, especialmente enfarte do miocárdio ou outras condições predisponentes à hipotensão arterial e choque. Em síntese, para MATTAR (p.125) as sulfoniluréias e as biguanidas têm importante papel no tratamento do Diabetes, nas suas devidas indicações, com a compreensão de que é altamente importante que o paciente obedeça a uma dieta que mantenha o seu peso dentro dos valores normais, ou seja, com absoluta proibição da obesidade, e sempre tentando obter a normalização dos parâmetros bioquímicos e metabólicos, não apenas da hiperglicemia de jejum.

A educação no tratamento do Diabetes ocupa posição de real significância. Segundo KRALL (1983 p.187),

"a educação não é um aditivo do tratamento - é o tratamento", afirmando que ninguém pode ser adequadamente tratado sem que aprenda os fundamentos da dieta, técnica de injeção de insulina, tratamento dos baixos níveis de açúcar no sangue, cuidados com os pés e uma dúzia de outros assuntos que ajudam o diabético a viver melhor. ARDUINO (1980 p.134-135) considera que este quesito - instrução do paciente - tem sido muito descuidado, reportando-se à uma pesquisa que realizou no IEDE - Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia e com clientes da clínica privada, onde distribuiu um formulário com 40 perguntas a três grupos com Oitenta indivíduos cada. Os grupos foram constituídos de diabéticos adultos, crianças-adolescentes diabéticas, e responsáveis por crianças diabéticas, geralmente os pais. Cada grupo comportava dois sub-grupos de quarenta indivíduos cada: pacientes ou seus responsáveis da clínica privada e, portanto, com melhor nível sócio-econômico e pacientes ou seus responsáveis da clínica hospitalar. As perguntas diziam respeito a dados gerais sobre Diabetes, dieta, hipoglicemiantes orais, insulina, testes de urina e controle da doença, sendo as respostas dadas pelo sistema de múltipla escolha. Desta forma, os 240 indivíduos responderam a 9.600 perguntas. Os resultados da pesquisa indicaram que no caso dos diabéticos adultos, apenas 32% das perguntas foram respondidas corretamente na clínica hospitalar; sendo que na clínica privada, o índice de acertos foi bem maior, 62%. Segundo o autor, sem dúvida, isso ocorreu devido à diferença do grau de instrução entre os dois grupos. As crianças e adolescentes diabéticos da clínica hospitalar responderam

corretamente pouco mais da metade das perguntas, sendo que a percentagem de respostas certas de seus responsáveis foi ainda menor. Esses dados indicam que as crianças e adolescentes aprendem mais que os adultos e que eles não podem contar com estes para esclarecer suas dúvidas. Na clínica privada, as crianças e adolescentes diabéticos mostraram sensível superioridade sobre seus pares da clínica hospitalar, sendo que, em virtude do maior grau intelectual e, talvez, de interesse, os seus responsáveis foram os que apresentaram o melhor índice de respostas corretas. Segundo ARDUINO (1980), os resultados dessa pesquisa mostram a deficiência de conhecimentos sobre Diabetes, sobretudo considerando-se a simplicidade das perguntas formuladas. No Brasil, a educação para diabéticos é extremamente deficiente, quer a nível do profissional de saúde, quer a nível institucional; MILECH (In: DAMASCENO, 1987 p.67) refere que é constrangedor constatar em pacientes que já apresentam a doença há algum tempo um profundo grau de desconhecimento da mesma, o que acarreta como consequência o mau controle e o advento de complicações que poderiam ser evitadas ou proteladas. Por outro lado, MILLER e GOLDSTEIN citados por MILECH (In: DAMASCENO, 1987 p.67) demonstraram que a educação dos pacientes foi responsável pela redução de ocupação de leitos de 5,6 dias por ano nos pacientes treinados nos programas de educação. ARDUINO (1980 p.135) ressalta que o diabético precisa saber quais os meios ao seu alcance para verificar se a doença está ou não bem controlada, entre as quais a pesquisa de glicose e cetona na urina. Deve ele ser alertado quanto aos sintomas de alarme que indicam a aproximação do coma diabético, como também aqueles que

preenunciam a ocorrência da hipoglicemia, de sorte a reconhecê-los. O diabético em uso de insulina não pode desconhecer a existência de diversos tipos e potências desse hormônio, tal como são vendidos no comércio. Necessita saber ainda como dosar com segurança a insulina e, sempre que possível, aprender a injetá-la em si mesmo, a fim de não ficar na dependência de outras pessoas. Por outro lado, de posse das instruções fornecidas, o paciente pode até fazer, sempre que necessário, os ajustes das doses de insulina.

Por todos esses motivos, a instrução ou educação do diabético deve ser iniciada na primeira consulta e todos os recursos disponíveis precisam ser mobilizados para ampliar os conhecimentos do paciente sobre a doença. É preciso que ele saiba que tem maior probabilidade de viver mais e melhor o diabético que maior soma de conhecimentos possui sobre a sua doença e procura deles tirar proveito (ARDUINO, 1980 p.136).

6. ESTUDOS DE ENFERMAGEM SOBRE O CLIENTE DIABÉTICO

É consenso que a assistência de enfermagem a clientes diabéticos, deve ter como premissas evitar ou postergar as complicações crônicas do Diabetes, fornecendo-lhes instrumentos para conscientização de sua problemática e tornando-os capazes de ter uma melhor qualidade de vida e independência.

Segundo ROCHA (1984 p.182) no conceito

atual do cliente diabético têm-se dado importância vital à manutenção de níveis glicêmicos próximos da normalidade. A experiência tem demonstrado que na condução do tratamento do Diabetes Mellitus-I é extremamente difícil atingir um controle metabólico ideal. Sabe-se que muitas variantes contribuem para a instabilidade da glicemia como alimentação, o exercício físico, a dose e tipo de insulina, educação, além do estado psíquico e condições sócio-econômicas do cliente (COSTA et al, 1984).

Uma experiência no atendimento ao diabético, desenvolvido no setor de Diabetes da Previdência de Minas Gerais é apresentado por ROCHA (1984). Neste setor, implantado como Unidades de Cuidados Terciários, uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos procuram fornecer aos clientes conhecimentos técnicos e motivação para o auto-controle do Diabetes. Este trabalho foi desenvolvido no período de junho/1982 a fevereiro/1984, quando foram inscritos no setor 580 pacientes dos quais 42% receberam orientação de enfermagem quanto à aplicação de insulina, à realização da glicosúria, os cuidados com os pés, noções de hipoglicemia e como tratá-la. O enfermeiro desenvolvia atividades a nível ambulatorial e na unidade de internação. No primeiro, as orientações já citadas eram dadas no momento da consulta de enfermagem, que eram agendadas conforme a necessidade da consecução dos objetivos propostos. Aos pacientes internados eram reforçadas as orientações, que a autora do trabalho considera como "uma oportunidade única de instrução", já que as técnicas podiam ser realizadas diariamente com supervisão

do enfermeiro. Continuando a exposição do seu trabalho, ROCHA (p.184) diz que foram fornecidas orientações sistematizadas a um total de 140 pacientes hospitalizados e que destes, 46% continuaram sendo acompanhados no ambulatório perdendo-se o controle dos 54% restantes. Ao questionar os motivos da perda do controle destes 54%, a autora acredita serem os seguintes: 1) pacientes do interior com difícil acesso à capital; 2) pacientes com diagnóstico antigo sendo controlados no ambulatório por médico não pertencente ao setor e, 3) pacientes "rebeldes".

PAIVA et al (1986) partindo da necessidade de estruturar um trabalho de integração docente-assistencial que possibilitasse uma metodologia de trabalho, cujas estratégias fossem de ação educativa para a auto-ajuda dos clientes diabéticos, desenvolveu um estudo exploratório para identificar as necessidades de saúde de um grupo de pacientes diabéticos. Para este trabalho utilizou uma população amostra de 68 pacientes do ambulatório de Diabetes do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Ceará, sendo 60 adultos na faixa etária entre 40 a 60 anos e 08 infanto-juvenis na faixa etária entre 02 a 20 anos. A metodologia vinculada constou de sondagem para a formação do grupo de auto-ajuda, através do questionamento ao cliente sobre a importância da formação do mesmo. Foi observado que durante o encontro, a maioria do grupo expressou-se com grande entusiasmo. Foram implementadas reuniões com o grupo de diabéticos e familiares, utilizando-se inicialmente a técnica de relaxamento entre outras, o que motivou o grupo a participar do conteúdo apresentado. A liberação de tensões pelo relaxamento, a apresentação dos clientes, uma

palavra ou uma pergunta lançadas ao grupo foram suficientes para incentivar um diálogo franco e honesto no seio do mesmo. A terceira etapa constou da testagem dos planos assistenciais de ação educativa em enfermagem para as necessidades de auto-ajuda do diabético partindo-se de uma metodologia assistencial (através do histórico de enfermagem, ação educativa em saúde para o diabético e ficha de encaminhamento para a enfermagem). Por último foram instituídas a consulta de enfermagem, visitas domiciliares e utilização adaptada do processo de enfermagem de Wanda Horta. A autora conclui o trabalho com algumas sugestões e enfatizando que este possibilitou primordialmente a inter-relação do profissional/cliente/família com a finalidade de gerar estímulos necessários ao diabético, no desenvolvimento de atitudes realísticas.

SPERANDIO, M.A. et al fizeram uma análise do grau de conhecimento do diabético no controle da sua doença correlacionando dados como idade, tipo de diabetes, tempo da doença, grau de escolaridade, renda individual e hemoglobina glicosilada. Para tal foi utilizado um questionário que constava de 10 perguntas de múltipla escolha, sendo 03 conceituais, 05 básicas e 02 prospectivas. A amostra foi de 100 pacientes escolhidos aleatoriamente no ambulatório de endocrinologia do Hospital da Lagoa do INAMPS/RJ. 91 pacientes completaram o protocolo sendo 46 pacientes insulino-dependentes com idade variando entre 07 a 85 anos, com pico entre 10 e 19 anos (21 pacientes) e 40 a 59 anos (37 pacientes). As autoras concluíram que a idade, tipo de Diabetes, tempo da doença, grau de

escolaridade e renda individual influenciaram tanto no controle como no conhecimento sobre a doença e que o nível de conhecimento foi o fator significativo do controle. Portanto, o controle do Diabetes está relacionado a múltiplos fatores do contexto bio-psico-sócio-econômico. Conforme os achados da pesquisa, os autores relatam que os pacientes melhor informados sobre sua doença foram os diabéticos tipo I de 0 a 19 anos, em segundo os insulino-dependentes de maneira geral e por último os não insulino-dependentes. Enfatizaram ainda que a renda foi o item que teve maior significado em relação ao grau de controle do Diabetes.

Como se pode observar a tendência central para a assistência de enfermagem ao diabético tem como enfoque principal a ação educativa. Por este motivo, o Ministério da Saúde já desenvolveu um Programa Nacional de Educação e Controle do Diabetes que já se encontra implantado em várias capitais brasileiras.

7. IMPLEMENTAÇÃO DE MARCOS CONCEITUAIS BASEADOS NA TEORIA DO ALCANCE DOS OBJETIVOS (IMOGENE KING)

KING (1981) construiu a Teoria do Alcance dos Objetivos a partir de uma estrutura de sistemas abertos, no qual o indivíduo constitui um tipo de sistema do ambiente denominado **sistema pessoal**. Os indivíduos interagem para formar díades, tríades e pequenos grupos os quais

constituem um outro tipo de sistema, o **interpessoal**. Finalmente, grupos com interesses comuns e necessidade de organização que caracterizam comunidades ou sociedades, os chamados **sistemas sociais**. Esses três sistemas são dinâmicos e interativos. Cada um compreendendo vários conceitos, como "interação", "percepção", "comunicação", "transação", "self (o eu)", "papel", "estresse", "crescimento e desenvolvimento", "tempo", "espaço", dentre outros. Embora os sistemas sociais e interpessoais influenciem na qualidade do cuidado de enfermagem, os maiores elementos da teoria em questão são descobertos nos sistemas pessoais em que duas pessoas, geralmente desconhecidas, podem organizar juntas o cuidado à saúde para ajudar e ser ajudado no sentido de manter um estado de saúde que permita aos indivíduos funcionar em seus papéis. Essa teoria descreve a natureza das interações enfermeiro-cliente como guia para o alcance dos objetivos, onde o enfermeiro tem o propósito de interagir com o cliente para que de forma mútua, estabeleçam os objetivos, explorem e concordem com os meios para alcançá-los.

Vários enfermeiros que acreditam nas pressuposições e conceptualização de King sobre o que seja "assistir em enfermagem", estruturaram marcos conceituais para a assistência de enfermagem a diferentes tipos de clientela. No Brasil, a maior concentração desses trabalhos se encontra nas dissertações de mestrado de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

ROCHA (1991), na sua dissertação de

mestrado, intitulada Assistência de Enfermagem a Clientes Traumatológico-ortopédicos, trabalhou com os conceitos "percepção", "self", "imagem corporal", "comunicação", "interação", "transação", "papel", "estresse", "crescimento e desenvolvimento", "tempo", "ambiente", "espaço" e "tomada de decisão" conforme proposta de King, com algumas adaptações no sistema de registro. Referiu que percebeu a "interação" diretamente relacionada com "percepção", "comunicação" e "transação" e que estes conceitos permearam e favoreceram a implementação do processo de enfermagem. Relatou ainda que "estresse" foi o conceito que concentrou o maior número de problemas apresentados pelos clientes no decorrer de sua prática assistencial. Sentiu dificuldade em trabalhar com "self", "imagem corporal", "crescimento e desenvolvimento", "papel" e "tomada de decisão", principalmente porque seu instrumento para a coleta de informações não contemplava perguntas que favorecessem o cliente expressar esses aspectos. Como avaliação final referiu que a utilização de um marco de referência lhe permitiu: a) ter uma visão do ser humano como um todo e avaliá-lo no contexto da sua situação de vida e como portador de lesão ortopédica em um dado momento; b) aprofundar os conhecimentos sobre o comportamento humano, considerando-os juntamente com as percepções do cliente; c) manter uma relação interpessoal e terapêutica com o cliente e sua família. Quanto à dinâmica do processo de enfermagem, referiu-se como um constante "ir e vir", procurando sintonizá-lo com o marco referencial e a Teoria do Alcance dos Objetivos. Como dificuldade considerou que o marco referencial como rotina nos

serviços de saúde, ainda é inviável pelas seguintes razões: a) déficit do número de enfermeiros nos serviços de saúde; b) despreparo dos profissionais de enfermagem para utilização de uma metodologia que tenha uma base de sustentação teórica de conceitos ou proposições, estabelecendo uma linha ético-filosófica de trabalho assistencial com o ser humano; c) por ser mais complexo e exigir dos profissionais maior reflexão, disposição, conhecimento e habilidade para levantar dados, avaliar, planejar, executar, reavaliar e replanejar a enfermagem junto com o cliente.

NITSCHKE (1991), selecionou a teoria do interacionismo simbólico para o qual adaptou o processo de enfermagem sob a ótica de King na tese de dissertação de mestrado **Nascer em Família**: uma proposta de assistência de enfermagem para a Interação Familiar saudável. Fez adaptações adotando etapas mais adequadas a realidade de seu trabalho. Esta autora refere (p.245) que o mais significativo de ter trabalhado com o processo de enfermagem na prática assistencial interagindo com famílias de recém-nascidos foi na realidade a sua dinamicidade, pois diz que apesar de tê-lo caracterizado teoricamente como dinâmico, não imaginava a força desta característica na prática. Referiu que as fases do processo ficaram superpostas, sendo algumas vezes difícil delimitá-las, visto sua interligação e complementariedade.

VECCHIETTI (1991) trabalhou com todos os conceitos propostos por King. Utilizou o processo de Enfermagem

baseado em King com adaptações feitas para atender a comunidade (86 etapas). Apesar de ter utilizado todos os conceitos propostos por King refere que na implementação do processo explorou mais os conceitos do Sistema Pessoal e Interpessoal(p.80). Relata que a implementação do processo de enfermagem previu a inclusão gradual dos conceitos. As etapas do processo foram num crescendo variável, de acordo com os níveis de compromisso e participação de enfermeiro e cliente. Considerou importante a assistência de Enfermagem pautada num marco com contribuição para o ensino e exercício profissional de Enfermagem em Saúde Comunitária; entendendo que poder-se-á enriquecer o conteúdo teórico do "ensinar ser e fazer", com um enfoque sociológico e político, a fim de que a enfermagem atue de forma consciente e crítica num Sistema Social, dentro e fora das instituições oficiais dos Sistemas de Saúde e Educação.

ELSEN e MARQUES (1991), no trabalho "Aplicação de uma teoria à prática de Enfermagem - Um relato de experiência" (com 24 primíparas e 82 secundíparas em trabalho de parto), desenvolveram o processo de Enfermagem baseado em King, mas acrescentaram a etapa de INTERAÇÃO PROPOSITAL. Quanto aos conceitos trabalhados, as autoras detectaram que o estresse nesta situação de parto, foi o conceito mais presente. Quanto ao processo de Enfermagem, relataram que foi importante para avaliar a real efetividade do trabalho realizado, mas que necessitou de constantes ajustes para poder torná-lo fiel e operacional para a prática. As etapas do processo de Enfermagem foram concomitantes e dinâmicas.

Para essas autoras trabalhar com o marco conceitual baseado na teoria de King foi importante na diminuição da ansiedade das mulheres no período pré-parto, parto e puerpério, possibilitando-as transpor este período em melhores condições.

Pelo relato das autoras mencionadas, a assistência de Enfermagem calcada na teoria proposta por King parece viabilizar um cuidado de Enfermagem mais eficaz porque o processo de assistir se configura com maior dinamicidade, já que o marco conceitual, pelo menos teoricamente, instrumentaliza os enfermeiros a prestar uma assistência de Enfermagem mais global, ou seja assistir aos indivíduos em sua totalidade de ser humano. Todas as autoras relataram contudo, dificuldades de ordem pessoal e do contexto social como empecilho para assistência de Enfermagem sob nova ótica, que acredito possam ser dirimidas com a divulgação das teorias e novas experiências.

Capítulo 03

CONSTRUINDO UM MARCO CONCEITUAL A PARTIR DA TEORIA DE KING PARA INTERAGIR COM CLIENTES

Sentindo a necessidade de prestar uma assistência de enfermagem científica e reconhecendo que as teorias de outras áreas do conhecimento não eram suficientes para descrever e explicar os fenômenos à partir de uma referência própria da Enfermagem, surgiram as teorias de enfermagem (NEVES e TRENTINI, 1987). Conforme essas autoras, para se aplicar uma teoria na prática é necessário que se tenha além do domínio do seu conhecimento, a identificação pessoal com a mesma. Assim, esses valores, crenças e conhecimentos internalizados pelo enfermeiro com referência numa teoria é que constitui um marco conceitual. Ainda mais, o marco funciona como "estrutura guia" para apoiar e dar sentido às coisas que fazemos e aos fatos que se passam nos empreendimentos de uma profissão. Para CARVALHO et al. (1985) o marco conceitual deve ser concebido como abstração daquilo que entendemos como necessário à consecução de metas e propósitos tangíveis ao profissional, no âmbito da prática de enfermagem.

A Enfermagem, na busca de organização de seus conhecimentos vem desenvolvendo teorias próprias. Dentre outras

salientam-se a teoria holística que vê o homem como um "todo"; a teoria sinérgica que enfoca a potencialização de ações conjuntas e as interacionistas que enfocam basicamente o dinamismo humano. Dentre estas, optei pela teoria de Imogene King (teoria do alcance dos objetivos) para orientar minha prática assistencial em decorrência, tanto da minha concordância com o enfoque interacionista e sistêmico abordado pela teorista, como pelo fato de crer que os diabéticos são seres humanos sociais, conscientes, racionais e perceptivos que reagem e têm propósitos conforme pressuposição de King. Vislumbrei ainda, que o relacionamento enfermeiro-diabético é uma "troca de experiências", onde essa diáde funciona como sistema aberto, interagindo de forma a descobrir caminhos que solucionem e/ou amenizem os conflitos ocasionados pelo Diabetes no processo saúde-doença.

Pressupostos

Alguns pressupostos estabelecidos por King (1981) foram adotados em sua íntegra, neste marco, sendo que outros sofreram adaptações para a situação específica (enfermeiro-diabético). As pressuposições sobre o cliente diabético e o enfermeiro focalizam:

- os clientes diabéticos e o enfermeiro como sistemas abertos que interagem com o meio ambiente. Eles são seres sociais, racionais, conscientes, perceptivos, reativos, orientados no tempo e para ação, com capacidade de controlar e estabelecer propósitos;

- os clientes diabéticos têm direito a compartilhar informações com o enfermeiro sobre sua doença e tratamento; participar ativamente em decisões que influenciem no seu processo de saúde-doença e aceitar ou rejeitar qualquer aspecto de cuidado à saúde;

- o processo de interação enfermeiro-diabético é influenciado pelas percepções, conhecimento pessoal, necessidades, objetivos, expectativas e experiências passadas de ambos. Pode assim, ocorrer incongruência entre os objetivos definidos pelo enfermeiro e os estabelecidos pelo cliente;

- a assistência de enfermagem ao cliente diabético deve ocorrer como um processo dinâmico, onde a ação, reação, interação e transação estejam presentes.

Conceitos

Os conceitos selecionados para este marco, foram, em sua maioria decorrentes do sistema pessoal e interpessoal conforme KING (1981). Especificamente para este marco foram selecionados os conceitos: ser humano, saúde-doença, enfermagem, ambiente, percepção, crescimento e desenvolvimento, estresse, interação, comunicação e transação.

Ser Humano

KING (1981, p.10) define o ser humano como um sistema aberto que interage com o meio ambiente. Refere também que os seres humanos são seres sociais, conscientes, racionais,

perceptivos e reativos, capazes de comunicar suas necessidades de saúde, suas percepções, expectativas e estabelecer os objetivos e os meios para atingi-los (MELEIS, interpretando King, 1985, p.233). O diabético é pois um ser social, racional, consciente e perceptivo que no seu processo de crescimento e desenvolvimento tem o conflito "Diabetes" presente.

Saúde e Doença

Para KING (1981) saúde é um processo de crescimento e desenvolvimento humano que nem sempre transcorre tranquilamente e sem conflitos. Esta autora acrescenta ainda que a **saúde** consiste em experiências dinâmicas de vida de um ser humano, a qual implica em contínuos ajustes a estresses do ambiente interno e externo através do ótimo aproveitamento de seus recursos para atingir o potencial máximo para viver o dia-a-dia. A partir desta definição, optei por afirmar que **doença** é a não superação dos conflitos instalados no processo de crescimento e desenvolvimento humano, ou então, a impossibilidade do indivíduo em se ajustar continuamente aos estresses provocados pelo ambiente interno e externo, não desenvolvendo assim, o potencial máximo para viver com dignidade o seu cotidiano.

Transportando esta conceituação para o diabético, este seria **saudável** à medida que desenvolvesse habilidades que o capacitasse a conviver com os estresses provocados pelo conflito "Diabetes", ajustando-se às mudanças que se fizessem necessárias. Além disso, o ser humano diabético "saudável" no seu processo de crescimento e desenvolvimento, que é uma busca para auto-realização, faz esta busca convivendo com

toda as suas limitações, tentando desenvolver o seu "potencial máximo" a cada dia. Por outro lado, o diabético, seria considerado **doente** quando lhe faltasse capacidade de desenvolver habilidades de ajustamento à realidade do Diabetes; ou quando houvesse impossibilidade de ajustar os estressores do Diabetes às mudanças necessárias; ou ainda a incapacidade de conviver com as limitações impostas pelo Diabetes impedindo-o de dar continuidade ao seu processo de crescimento e desenvolvimento.

Enfermagem

KING (1981, p.2) define Enfermagem como um processo de ação, reação e interação pelo qual enfermeiro e cliente compartilham informações sobre suas percepções numa situação de enfermagem. Esta diz respeito ao ambiente imediato, a realidade espacial e temporal, na qual o enfermeiro e cliente estabelecem uma relação para enfrentar diferentes estados de saúde e ajustar às mudanças na atividade diária se a situação exigir tal ajustamento.

Ambiente

O ambiente externo se constitui no sistema social onde o cliente diabético está inserido, desempenhando papéis e interações como qualquer outro cidadão, acrescido de situações peculiares à condição do diabético. Neste estudo o ambiente espacial é o ambulatório do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) e seu domicílio.

Percepção

Percepção é a representação que cada ser humano tem da realidade (KING, 1981, p.20). É a consciência sobre pessoas, objetos e acontecimentos. Pressupõe-se que os seres humanos vivem num mesmo mundo e têm experiências comuns onde os indivíduos diferem no que selecionam para penetrar no seu meio perceptual. Uma percepção se relaciona com experiências passadas, com o conceito que o indivíduo tem de si mesmo, com a herança biológica, com os antecedentes educacionais e com os grupos sócio-econômicos.

Crescimento e Desenvolvimento

Crescimento e desenvolvimento é um processo que ocorre na vida do ser humano que o ajuda a mover-se no sentido de alcançar a maturidade e a auto-realização. Caracteriza-se por mudanças a nível celular e comportamental, resultantes de propriedades genéticas, de experiências significativas e de ambiente favorável às mudanças (KING, 1981, p.31).

No indivíduo diabético o crescimento e desenvolvimento se processa com maiores dificuldades devido a presença do Diabetes. O processo de busca do indivíduo para auto-realização está permeado pelos estressores do Diabetes. Assim, a possibilidade deste indivíduo em ajustar estes estressores às mudanças, tornando-os positivos é que o ajudará a mover-se no sentido da auto-realização. Pode-se pois afirmar que, se o indivíduo diabético ajustar os estressores do Diabetes às

mudanças que se fizerem necessárias, estará em franco processo de crescimento e desenvolvimento.

Estresse

Para NEVES et al. (1984, p.5) interpretando King, estresse é um estado dinâmico do organismo através do qual o ser humano interage com o ambiente para manter o equilíbrio, visando o seu crescimento, desenvolvimento e desempenho. O estresse pode ser negativo ou positivo, construtivo ou destrutivo e se manifestar nas formas fisiológica, psicológica e social. Estresse é uma resposta de energia de indivíduo para indivíduo, objetos e eventos, denominados estressores.

Interação

é o processo entre dois indivíduos representada por uma sequência de condutas verbais e não-verbais que está dirigida a um objetivo. No processo de interação, os indivíduos identificam de maneira mútua os objetivos e os meios para alcançá-los (KING, 1984, p.60-84-85). Interação é uma experiência única, na qual, tempo, local, circunstâncias e pessoas envolvidas não podem ser repetidas. Cada indivíduo numa situação tem um conhecimento pessoal, necessidades, objetivos, expectativas, percepções e experiências passadas que influenciam nas situações.

Comunicação

Comunicação é o processo pelo qual a informação é transmitida entre pessoas através de símbolos

significativos para possibilitar a interação. É irreversível, irrepetível e envolve a pessoa como um todo. A comunicação, para KING (1981), estabelece uma relação recíproca entre os que proporcionam o cuidado e os que o recebem. É o meio pelo qual se dá informações em situações específicas de Enfermagem, para identificar interesses ou problemas e para compartilhar informações que ajudem os indivíduos a tomar decisões voltadas para o alcance dos objetivos.

O processo de comunicação entre enfermeira-diabético se dará junto com a interação, quando informações serão compartilhadas através de sinais e símbolos verbais através dos quais ambos expressarão suas metas.

Transação

NEVES et al. (1984, p.5), afirma ser a transação o processo de interação pelo qual os seres humanos se comunicam buscando alcançar objetivos valorizados por ambos. Desta forma, os enfermeiros e os indivíduos ao estabelecerem transações nas situações de Enfermagem, se comunicam, interagem e alcançam os objetivos. Isto requer barganhas e intercambio social de ambas as partes.

Capítulo 04

ADEQUANDO UM MARCO A UMA METODOLOGIA DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem é "um processo dinâmico interpessoal em curso no qual enfermeiro e cliente são vistos como um sistema, cada qual afetando o comportamento do outro e ambos sendo afetados pelos fatores dentro da situação" (Daubenmire e King, 1973, citado por NEVES et al., 1984, p.13). Os componentes do processo de enfermagem são ação, reação, interação e transação, entendendo-se que, numa situação de enfermagem, o enfermeiro com suas percepções e conhecimentos sobre assistir em enfermagem faz propostas e desencadeia ações para as quais o cliente desenvolve reações. Neste processo de ações-reações acontece a interação e transação.

Neste estudo, a situação de enfermagem foi considerada como a relação a ser estabelecida pela enfermeira e cliente diabético adulto que estiver sendo atendido pela equipe de saúde do ambulatório do INAMPS, havendo, se necessário, atendimento à domicílio.

Baseado na definição de King e tentando manter coerência com o marco conceitual elaborado, desenvolvi o processo de enfermagem acreditando que na realidade iria acontecer o processo de interação. Para facilitar o entendimento deste processo, utilizei o termo "fase" para discriminar os pontos considerados importantes no desenvolvimento do mesmo.

Tracei quatro fases, assim denominadas, 1a. fase: **dados de base**; 2a. fase: **lista de problemas**; 3a. fase: **planejamento e ações de enfermagem** e 4a. fase: **avaliação**.

1a. fase: Dados de base

A obtenção dos dados de base foi feita através de informações compartilhadas e de outros dados que constavam no prontuário do cliente, considerados relevantes para Enfermagem. Este processo de informações compartilhadas se deu através de entrevista e observação no ambulatório do INAMPS e acompanhamento ao domicílio. No instrumento para a entrevista (anexo 1) estavam implícitos os conceitos traçados para este marco. Acreditava-se que desta informação compartilhada derivaria a lista de problemas ou preocupações constatadas nos encontros.

2a. fase: Lista de problemas

Com os dados de base levantados, através de acordo (enfermeira-cliente) se estabeleceu uma lista de problemas. Ocorreria então um processo de reflexão feito pela enfermeira e cliente sobre a problemática que se apresentava e sobre quais seriam os objetivos mais realísticos e pertinentes à resolução destes problemas.

3a. fase: Planejamento e Ações de Enfermagem

O planejamento foi elaborado através de objetivos que foram concordados e estabelecidos mutuamente (enfermeira-cliente). Foram definidos objetivos para resolução de cada problema ou grupo de problemas, caracterizados como tais no estabelecimento da lista de problemas.

As ações de enfermagem, na realidade, foram

os meios acordados pela enfermeira e cliente para atingir os objetivos estabelecidos.

4a. fase: Avaliação

Consistiu na identificação da eficácia dos objetivos, ou seja, se estes foram alcançados e se não o foram, suas possíveis causas. Se avaliou igualmente a ocorrência ou não do processo de interação durante a assistência de enfermagem. Se comprovou ainda a efetividade do cuidado à saúde através da transação que culmina com o alcance dos objetivos.

Capítulo 05

PROCESSANDO AS INTERAÇÕES DE ENFERMAGEM

PRIMEIRA EXPERIENCIA

Conforme me referi na introdução deste trabalho, os clientes para este estudo foram selecionados no ambulatório do INAMPS. O critério principal para seleção do cliente era que o mesmo fosse adulto e diabético, concordasse em participar deste estudo e que aceitasse acompanhamento à domicílio. Interagi com três clientes, porém selecionei a experiência que se segue, para este relatório, por acreditar que neste caso se deu um compartilhamento de informações mais intenso.

Dados de base

M.L.M., sexo feminino, 66 anos, casada, seis filhos. Procedente do bairro Trindade e residindo há 48 anos em Caieira (Saco dos Limões). Tinha o conflito "Diabetes Mellitus" instalado há 14 anos, tendo procurado o médico na época porque apresentava "sede intensa", "sensação de secura na boca", "muita fome" e "urinava muito". O médico lhe receitou "um comprimido" e "dieta". Durante muitos anos fez glicemias que ficavam em torno de 190 mg%. Com o passar do tempo parecia não sentir mais nada e foi relaxando, abusando da dieta. Nos últimos quatro anos já não procurava mais o serviço de saúde. Quando se "sentia mal" deixava de comer massas, gorduras e açúcar; "só comia um bolinho de vez em quando..."

Com a acentuação do "mal-estar", em fevereiro deste ano fez uma glicemia (355 mg%). A esta altura apresentava "tonturas", "muito cansaço" e "dor nas pernas". Como estava preocupada com o resultado das glicemias e confusa em relação ao tratamento, resolveu procurar o ambulatório do INAMPS nos meados de setembro, quando fez outra glicemia (459 mg%) - 26/09. Recebeu orientações do médico, que prescreveu 40 U. diárias de INPH 100 e encaminhou-a ao ambulatório de enfermagem onde recebeu mais orientações. Acreditava que ficou diabética porque comia muito doce, dizendo que sempre foi gulosa. Achava que Diabetes era açúcar na urina.

Tomava insulina diariamente e quem aplicava era uma vizinha que morava a dois quarteirões de sua casa. Reclamava que sentia tonturas pela manhã. Tomava o desjejum entre 8:30 e 9:00 horas, fazendo a última refeição do dia às 19:00 horas. Quando questionada à respeito da auto-aplicação da insulina, denotava ansiedade, dizendo que "não enxergava os números da seringa". Locais onde foram administradas insulinas estavam íntegros.

Não tinha conhecimento sobre o teste de glicosúria e durante todo este período nunca se utilizara desta prática, apesar de ter referido anteriormente que "diabetes é açúcar na urina". Apresentava muitas dúvidas a respeito da restrição dietética e apesar de ter sido orientada pela enfermeira do INAMPS a procurar a nutricionista, não o fez. Demonstrava estar bastante ansiosa frente à possibilidade de ter

que fazer uso de insulina pelo resto da vida. Chegou a declarar esta ansiedade através de sua fala.

A cliente cursou até o 2o. ano primário, conseguindo ler, porém com dificuldade; queixava-se de "visão turva". Aparentava ser simpática (com variações de humor) e sociável. Eu tinha a percepção de que a senhora M.L.M. era muito querida pelas suas filhas, pois sempre estavam ao seu redor. Acompanhavam-na às consultas no INAMPS e pareciam estar atentas às orientações fornecidas. Seus familiares costumavam se reunir em casa para comemorações tais como: aniversários, batizados e outros. A cliente em pauta não participava com entusiasmo destas confraternizações, pois não podia comer bolo e que "o que os olhos não vêem, o coração não sente".

Era católica, mas não frequentava a igreja; preferia ficar com "seu velhinho" e de noite antes de dormirem, rezavam. Além do Diabetes referia a presença de hemorróida mas isto não lhe incomodava muito. Apresentava surdez no ouvido esquerdo mas já usava aparelho auditivo.

Lista de problemas

A partir do compartilhamento de informações identificamos os seguintes problemas:

a) Conhecimento insuficiente sobre (Diabetes em si, ação da insulina e dieta)

Reflexões: apesar de apresentar Diabetes há 14 anos, a cliente parecia estar alheia à sua presença. Porque? (falta de orientação adequada? Como será que percebia esta

ocorrência? Sintomatologia ausente? Não havia impedimento no desempenho de seus papéis usuais?) Porque procurou outro serviço de saúde quando observou que a cada exame a glicemia aumentava? Será que com a exacerbação dos sintomas tomou consciência da problemática? Teve medo? Por que a insuficiência de informações sobre a ação da insulina? Quanto às dúvidas sobre a dieta parecia ser um bom motivo para comer tudo, sem se sentir culpada. Muitas destas reflexões foram compartilhadas com a cliente e outras foram questionadas apenas por mim. Estas reflexões me levaram a considerar que deveríamos trabalhar com **percepção, crescimento e desenvolvimento, estresse e saúde-doença.**

b) Apresentação de tonturas no período matutino (visão turva).

Reflexões: esta tontura, segundo a minha percepção, ocorria pelo fato da cliente fazer um intervalo muito grande entre as refeições. Esta fazia a última refeição às 19 horas e só ia tomar o desjejum no outro dia entre 8:30 e 9:00 horas, após a administração da insulina. Eu acreditava que se tomasse a insulina mais cedo e se fizesse a última refeição às 20:30 horas, este problema poderia ser eliminado. Nesta situação, continuavam envolvidos os conceitos **percepção, saúde e doença, crescimento e desenvolvimento, estresse além de ambiente interno.**

c) Participação inefetiva da cliente nos encontros sociais

Reflexões: este problema parecia estar ligado à aceitação da dieta. Será que nestas confraternizações a alegria girava em torno da comida? Será que a família não poderia ajudar, no sentido de confeccionar tortas e outras guloseimas próprias para

diabéticos? Poderíamos discutir a importância do congraçamento familiar. Aqui, como nos problemas já relatados, diversos conceitos estavam envolvidos, porém ressaltavam-se a **percepção e interação.**

Planejamento e Ações de Enfermagem

Após as reflexões sobre os problemas levantados, eu e a cliente estipulamos os seguintes objetivos e ações de enfermagem, na tentativa de equacioná-los:

PROBLEMA A - CONHECIMENTO INSUFICIENTE SOBRE (diabetes em si, ação da insulina e dieta)

- **Objetivos:** - compartilhar informações sobre o Diabetes e ação da insulina;
- estabelecer uma dieta adequada e esclarecer as dúvidas à respeito.

- **Ações de enfermagem:**

Informações compartilhadas através de discussões à respeito do processo fisiopatológico do Diabetes, sintomatologia, complicações e terapêutica. Fornecimento do folheto "conheça seu diabetes" com análise posterior da leitura feita. Encaminhamento à nutricionista do INAMPS, com acompanhamento do enfermeiro à consulta, para reforço posterior.

PROBLEMA B - APRESENTAÇÃO DE TONTURAS NO PERÍODO MATUTINO

- **Objetivo:** - Eliminar as tonturas apresentadas no período matutino.

- Ações de enfermagem:

Fazer orientações no sentido de que faça 05 refeições ao dia, fazendo a última refeição às 20:30 horas. Ensinar a filha da cliente a administrar a insulina, para que a mesma pudesse tomar o desjejum mais cedo.

PROBLEMA C - PARTICIPAÇÃO INEFETIVA NOS ENCONTROS SOCIAIS

- Objetivo: - Estimular a cliente a participar dos encontros sociais.

- Ações de enfermagem:

Compartilhamento de informações dando ênfase à questão da importância do lazer na preservação da saúde mental.

Avaliação

06/10/89 - O primeiro contato com a cliente em questão ocorreu no ambulatório do INAMPS, quando ela foi tomar insulina. Conversamos sobre sua participação neste estudo, a qual após ouvir as explicações concordou que eu fosse visitá-la à domicílio.

13/10/89 - O início do compartilhamento das informações ocorreu (enfermeira-cliente) à partir de questões levantadas com base num questionário com perguntas abertas (calcadas nos conceitos desenvolvidos para o marco). Os dados de base coletados naquela primeira visita, após reflexões feitas com a cliente, denotavam que seu conhecimento sobre o Diabetes e sua terapêutica era insuficiente. Naquele momento, cedi para a cliente o folheto "Conheça seu Diabetes" com o propósito de

discutirmos sobre esta leitura no encontro posterior. Vislumbrei que o conceito "percepção" estava envolvido neste primeiro problema (conhecimento insuficiente sobre o Diabetes) porque a cliente demorou muito a dar continuidade ao tratamento. Como ela mesmo referiu, "com o passar do tempo parecia não sentir mais nada e foi relaxando". Então havia indicação de que não tinha introjetado a gravidade da doença (como as complicações).

Crescimento e desenvolvimento e saúde-doença também deveriam ser trabalhados por serem conceitos intimamente relacionados e interdependentes. Acreditava que à medida que a cliente tivesse elementos que a ajudassem a perceber o Diabetes de forma diferente, desenvolveria outras atitudes e consequentemente cresceria (ambiente interno) e se desenvolveria (ambiente externo) de forma positiva. Ocorrendo consequentemente alterações no processo saúde-doença. O **estresse** estava presente no diabetes por si só. Pensava como reverteria os efeitos negativos do estresse em positivos.

18/10/89 - No nosso segundo encontro, a cliente havia lido o folheto "Conheça seu Diabetes" e conforme acordo estabelecido no encontro anterior, fizemos a discussão sobre a leitura. A cliente levantou dúvidas sobre o que vinham a ser crises hiper e hipoglicêmicas. Neste momento, foram reforçadas as causas da hipoglicemia (dose de insulina superior às necessidades da cliente, erro de dosagem na prescrição médica, atraso ou omissão de uma ou mais refeições, atividade física exagerada, entre outros), como tratá-la (ingestão de suco de frutas, água com açúcar e outros) e as manifestações mais comuns

(sensação de fadiga, sonolência, bocejo, náuseas e tremor das mãos, dentre outros). Foram também esclarecidas dúvidas quanto à hiperglicemia no que diz respeito aos cuidados na manutenção da dieta prescrita, uso adequado da insulina e controle constante do nível de glicos (glicosúria e glicemia). Verifiquei que a cliente parecia ter entendido a importância da insulina no seu tratamento pois estava tomando insulina diariamente. Talvez ainda continuasse com dúvidas sobre sua ação, uma vez que me fez bastante perguntas a respeito. Apresentou dúvidas em relação à dieta, questionava se podia comer isto ou aquilo. Relatou que desde o dia do resultado da última glicemia só estava utilizando adoçante dietético. Nesta oportunidade reforcei a necessidade da sua ida à nutricionista, orientação que já havia sido fornecida pela enfermeira do INAMPS desde o dia 6/10. A cliente colocava obstáculos na ida à nutricionista. Observei neste dia que a cliente caminhava pelo quintal (terreno acidentado e com acúmulo de lixo) de chinelo e por isso orientei-a para que usasse sempre calçado fechado prevenindo um possível traumatismo, já que o diabético apresenta dificuldade no processo de cicatrização. Combinamos que no próximo encontro a acompanharia ao INAMPS para realização de glicemia capilar.

Pensei neste dia que necessitaria reforçar os esclarecimentos sobre a ação da insulina e explorar os motivos que a faziam justificar o fato de não seguir a dieta por não ter conhecimentos a respeito e mesmo assim resistia em ir à nutricionista. Todos os esforços desenvolvidos neste sentido impulsionariam a cliente no seu processo de crescimento e

desenvolvimento revertendo o processo de saúde-doença. O volume de informações compartilhadas a ajudariam a formar outro quadro perceptual de sua problemática.

19/10/89 - Segundo o combinado no último encontro, acompanhei a cliente ao INAMPS onde foi realizada a glicemia capilar cujo resultado foi 271 mg%. Aproveitamos a oportunidade e marcamos consulta com a nutricionista para o dia 23/10. Depois fomos para casa da cliente onde conversamos sobre a mudança da dieta para cinco refeições diárias (me senti em condições como enfermeira de tomar esta decisão antes de conversar com a nutricionista), com a qual concordou. Discutimos também sobre a possibilidade de sua filha aplicar-lhe a insulina para que fosse administrada mais cedo. Acreditávamos que estas medidas amenizariam a tontura matutina, apresentada em função do jejum prolongado. A cliente concordou com o objetivo (eliminar a tontura) mas não aceitava o fato da filha administrar a insulina. Referia que a filha tinha medo e a filha, por sua vez falava que era ela que não queria. Neste dia a cliente foi ao quintal de chinelo... questionei-a se não lembrava do que eu havia lhe explicado... respondeu: "posso muito bem andar de chinelo e ter cuidado".

Observei então: Será que a cliente tinha entendido por que não devia andar de chinelo? Ou será que estava convicta de que ao invés de calçar sapato fechado poderia se precaver mesmo de chinelo? Resolvi respeitar esta sua atitude. Por que será que havia concordância de objetivos e discordância dos meios? (caso da administração de insulina). Estas todas eram

questões que seriam reservadas para serem retomadas na discussão teórica quando da conclusão deste estudo, e quem sabe esclarecidos por ocasião de uma próxima experiência.

23/10/89 - Fomos à consulta com a nutricionista, porém a cliente não pode ser atendida, uma vez que esta profissional faltou ao serviço. A cliente ficou bastante aborrecida com esta ocorrência. Como ela não havia tomado a insulina, fomos ao ambulatório de enfermagem, onde a enfermeira do serviço fez-lhe a aplicação. Aproveitei a oportunidade para demonstrar à sua filha os procedimentos técnicos de preparo e administração da insulina. Solicitou nova consulta com a nutricionista para o dia 26/10.

Observei neste dia os fatores do ambiente externo ou sistema social, com a ausência do profissional ao serviço, interferindo no processo de crescimento e desenvolvimento da cliente. Embora soubesse, antes de elaborar este marco, que os sistemas sociais têm um fator de importância na condução de assistência a qualquer tipo de cliente, decidi não me aprofundar nesta questão, já que a proposta do marco só girava em torno dos conceitos dos sistemas pessoal e interpessoal.

26/10/89 - Neste dia a cliente foi atendida pela nutricionista. Eu e sua filha acompanhamos a consulta e questionamos os esclarecimentos fornecidos pela nutricionista. A cliente pareceu satisfeita com as informações recebidas; nesta ocasião foi-lhe fornecido um programa de dieta alimentar. Eu e a cliente conversamos que este objetivo (manter uma dieta

alimentar) só seria validado 15 dias após, através da medição do peso e o resultado de outra glicemia.

Conforme proposto inicialmente o acompanhamento a cada cliente giraria em torno de um mês e por esta razão a minha intervenção se esgotava naquele momento. Além disso findara o prazo para apresentação desta primeira experiência à disciplina "Prática Assistencial". Sabia à esta altura que a cliente estava iniciando a transformar seu processo de crescimento e desenvolvimento e que a minha interferência tinha fornecido alguns instrumentos que a ajudariam, mas necessitaria de continuar sendo acompanhada pela equipe de saúde do INAMPS. A cliente foi orientada neste sentido. Por outro lado, mantive contacto com a enfermeira do ambulatório do INAMPS relatando o trabalho desenvolvido junto à cliente e solicitando-lhe o acompanhamento posterior.

Capítulo 06

REFLETINDO SOBRE A EXPERIENCIA

O Marco

Ao elaborar o marco conceitual acreditava ter internalizado a Teoria de Imogene King, no entanto, ao tentar organizar os conceitos, as dificuldades começaram a surgir, principalmente, porque na época pensava ser necessário ficar restrita às definições estabelecidas pela teórica, o que me impossibilitou fazer extrapolação dos conceitos para o Diabético e sua problemática de saúde. Estas dificuldades se acentuavam quando fui implementar o marco na prática assistencial. Primeiro, por que anteriormente em minha vida profissional só havia prestado assistência de enfermagem baseada no modelo biologicista. Além disso, havia a complexidade dos conceitos da teoria em questão que abrangem aspectos bio-psico-sociais, algo relativamente novo para mim. Finalmente, o fato de reconhecer que os meus conhecimentos acerca da fisiopatologia do Diabetes careciam de maior aprofundamento, aumentou ainda mais minha insegurança. Todos estes fatores mencionados influenciaram na dificuldade de implementação do marco.

Iniciando a reflexão sobre os pressupostos adotados, acredito que a maior falta de compreensão desses, dizia respeito à crença de que os indivíduos têm o direito de aceitar ou rejeitar qualquer aspecto de cuidado à saúde. Isto se deu

pelo fato de estar acostumada numa linha de assistência de enfermagem mais autoritária e também por ter dúvidas quanto ao momento de respeitar a decisão do cliente e quando decidir por ele. Foi bastante difícil para mim, trabalhar com base nesse pressuposto e ainda continuava sendo, apesar de já compreender que algum acréscimo deveria ser feito no sentido de transformá-lo numa pressuposição menos categórica.

Como se pode observar, ao selecionar o conceito ser humano, concordei com a definição estabelecida por King (1981). Considerei como inovador neste conceito a visão do ser humano como capaz de comunicar suas necessidades de saúde. Para mim, este aspecto revolucionava o modelo biologicista que preconiza ser o profissional de saúde o único conhecedor destas necessidades. Tive porém, dificuldades em adaptar este conceito ao Diabético. Naquela época, precisava aprofundar meus conhecimentos sobre Diabetes como também compreender melhor a assistência de enfermagem baseada num marco. Por estas razões, apesar de já entender que o diabético apresentava situações específicas, como por exemplo, estressores que lhe eram pertinentes, ainda não fui capaz de caracterizá-los. Consequentemente, pude perceber que ao final da implementação deste marco a definição do que seja um ser Diabético permanecia restrita à estabelecida por King.

Quanto ao conceito saúde-doença, achei muito interessante a definição de saúde proposta por KING (1981). O fato da teórica ter abordado saúde como um processo de crescimento e desenvolvimento permeado por conflitos, me

permitia ver saúde como uma algo dinâmico. Dentro desta perspectiva, foi viável trabalhar a assistência de enfermagem para o diabético, já que este tipo de cliente apresenta um problema crônico que pode ser bem acompanhado no seu processo de crescimento e desenvolvimento.

Se, por um lado, King inovou e deu abrangência à definição de saúde, tornando-a rica e interessante, definiu doença como "desvio do normal" (1981, p.5), me dando a impressão de retrocesso à visão biologicista. Por esta razão, optei por definir doença como o oposto de que King estabeleceu para saúde, ou seja, doença seria a não superação dos conflitos instalados no processo de crescimento e desenvolvimento humano.

Ao pensar sobre como definir o conceito Enfermagem fiquei em dúvida quanto à definição proposta por King (1981), pelo fato da teórica ter suprimido o conceito "transação". Esta dúvida foi levantada face à minha crença de que "transação" era um conceito "chave" na teoria pois a própria King afirma que esta "culmina" com o alcance dos objetivos. Apesar desse questionamento, adotei a definição tal e qual proposta por King pelo fato de, àquela época, não apresentar argumentos suficientes para redefinir o conceito "Enfermagem".

A novidade estabelecida pela teórica (KING, 1981) foi o "compartilhar informações", pois no modelo tradicional se "dá informações". Inclusive esta afirmação é muito coerente com a definição do ser humano onde há referência de que este é capaz de comunicar suas necessidades de saúde.

Em sua teoria, KING (1981) definiu "ambiente interno" e "ambiente externo". Neste marco só me reporteí ao "ambiente externo". Considerei-o como o sistema social onde o cliente diabético está inserido. Contudo, ao elaborar o instrumento para levantar os dados de base, tive muita dificuldade em estabelecer questões que favorecessem a abordagem deste conceito. Acredito que isto tenha ocorrido tanto pelo fato de só ter incluído no marco conceitos do sistema pessoal e interpessoal e por não ter delimitado o ambiente externo do cliente diabético. Na ocasião não conseguia definir claramente quais aspectos sociais gostaria de me deter e quais seriam os mais importantes para aquele tipo de cliente (diabético). Isto talvez porque ainda não tivesse conhecimento profundo acerca das implicações sociais impostas pelo Diabetes. Todavia, à medida que implementava o marco, a problemática do diabético ia se descortinando na relação familiar, na relação de trabalho, entre outros.

Nesta primeira experiência, se pode observar que não foi definido ambiente interno. Isto ocorreu pelo fato de eu não ter compreendido a definição proposta por King. Porém, ao iniciar a implementação do marco, por indicação de uma professora do mestrado, recorri a interpretação dada por MELEIS (1985) e já compreendia que ambiente interno é a própria estrutura biológica do indivíduo.

O conceito "percepção" foi proposto neste estudo conforme a própria definição de King (1981). Mesmo não

conseguindo enxergar inovação na proposta da teorista sobre este conceito, optei por incluí-lo no marco, por acreditar que o mesmo era um elemento indispensável na teoria do alcance dos objetivos. O modo como enfermeiro e cliente se percebem a si mesmos e às situações é fundamental no processo de interação. Foi muito difícil trabalhar este conceito na implementação do marco. Como captar um conceito tão subjetivo? Será que eu percebia os sentimentos do cliente adequadamente? Existe uma percepção adequada? Muitas interrogações foram feitas e algumas ainda permaneciam. O mais importante que pude sentir é que, só o fato de ter o conceito percepção em mente já me fazia ter uma maior flexibilidade e respeito frente às necessidades de saúde apresentadas pelo cliente.

Como a definição de "saúde", também achei muito interessante e convincente a forma como KYNG (1981) definiu Crescimento e desenvolvimento.

Acreditava, quando construí este marco, que este seria o conceito a ser trabalhado com maior intensidade, envidando esforços no sentido de instrumentalizar o cliente a impulsionar seu processo de crescimento e desenvolvimento. Por ter um problema crônico, haviam vários aspectos a serem observados no seu processo vital, como a terapêutica medicamentosa, mudança nos hábitos alimentares e outros. Sendo assim, durante a implementação do marco me foi possível medir e observar o processo de crescimento e desenvolvimento dos clientes assistidos e definir como este estava se desenvolvendo, se estavam caminhando para saúde ou não. Isto pelo fato de

acreditar que o Diabetes era um dos conflitos instalados no processo de vida de alguns indivíduos e que se eles fossem capazes de desenvolver mecanismos de ajustamentos para enfrentá-los, seriam saudáveis. Como com os demais, também tive empecilhos ao trabalhar com este conceito. Nem sempre conseguia estabelecer parâmetros que me fizessem ter certeza de que o cliente estava se desenvolvendo ou se ajustando a esta ou aquela situação. Creio que este conceito seja o "eixo" da assistência de enfermagem, quando calcada na Teoria do Alcance dos Objetivos.

O conceito estresse não foi desenvolvido em sua plenitude. Na ocasião ainda não dispunha de conhecimentos suficientes a respeito dos elementos necessários para determinação dos estressores do Diabetes, apesar de crer que à medida que fosse implementando o marco, estes estressores seriam melhor definidos. Este conceito era de difícil compreensão, pois King afirma que o estresse pode ser negativo ou positivo, construtivo ou destrutivo; o que à esta altura me angustiava bastante, pois não tinha nem conseguido determinar quais eram os estressores gerais do diabetes. As vezes, senti vontade de retirar este conceito do marco, porém não o fiz. Primeiro, por acreditar que o próprio dinamismo da vida é constantemente permeado por estresse e segundo, por acreditar que saúde é um processo de crescimento e desenvolvimento humano onde pode ocorrer conflitos, que por sua vez vêm permeados de agentes estressantes. Em função dos pontos já referidos, continuei com a intenção de definir os estressores do Diabetes, quando da reformulação do marco.

Quanto à interação, King propõe uma definição ampla com interrelação dos vários conceitos que compõem a sua teoria. Todavia, eu apresentava um nível de compreensão que só me permitia interpretar parte desta definição. Interação também é um conceito forte da teoria, já que é este seu enfoque principal. Apresentei dificuldades tanto no que concerne ao início e término do processo de interação como na qualificação desta. Surgiram interrogações tais como: quando se inicia o processo de interação? Quando termina? A interação pode ser eficiente ou ineficiente? Ou ela ocorre ou não? Estas dúvidas ainda permaneciam.

No referente à comunicação, considerei-o um conceito imprescindível na estruturação deste marco. Apesar de não ter conseguido extrapolar a definição proposta por King, compreendi que a comunicação era um elemento importante em qualquer que seja a situação de enfermagem; ainda mais quando se tratava de uma assistência de enfermagem baseada numa teoria interacionista.

Por último, revi o conceito transação. Coloquei-o na estruturação do marco principalmente por tê-lo entendido como um conceito intrínseco à teoria do alcance dos objetivos, pois a própria King refere que a transação "culmina" com o alcance dos objetivos. Tal como a interação, tive dúvidas no discernimento à respeito de quando começa e termina a transação. Se ocorre junto com a interação ou não. Quando da implementação do marco, me pareceu que a transação é a própria avaliação do processo interativo, ou seja, a ocorrência desta

nos permite vislumbrar se os objetivos propostos foram alcançados ou não.

Senti, após refletir sobre a experiência, que deveria acrescentar o conceito **papel** no futuro, já que todo ser humano desenvolve ou representa um papel (quer seja no trabalho, na família, etc.) que certamente deve estar alterado diante da presença do Diabetes. Percebi que seria necessário trabalhar este aspecto no sentido de ajudar o cliente a redimensionar seus papéis que estavam alterados devido à presença do Diabetes.

O Processo de Enfermagem

Ao rever o marco conceitual pude avaliar concomitantemente o processo de enfermagem que era a forma metodológica de implementar o mesmo. As dificuldades surgiram à partir da coleta dos dados de base, já que tinha uma proposta de compartilhar informações. Como já me referi anteriormente, foi difícil desenvolver esta prática já que meus processos mentais anteriores estavam propensos a apenas fornecer informações, além do que havia elaborado um instrumento que não contemplava os conceitos estabelecidos de forma adequada. Havia me proposto nesta fase a coletar dados do prontuário da cliente no INAMPS. Mas pude perceber que este prontuário era escasso de informações importantes, constando praticamente de uma pequena ficha com registros de glicemias e retornos feitos ao ambulatório para pegar as insulinas.

Quanto à elaboração da lista de problemas, houve uma certa facilidade em estabelecê-la. Já que para esta

etapa foram definidos os aspectos que se caracterizariam como problemas e além do mais houve uma etapa anterior que foi o período de reflexão (enfermeira-cliente) feito em cima das percepções declaradas e atitudes observadas tendo como pano de fundo os fatores que interferiam no processo de crescimento e desenvolvimento, principalmente.

O planejamento se constituia na determinação dos próprios objetivos. Tive a impressão de que chegávamos (eu-cliente) a estabelecê-los mutuamente. As dificuldades maiores surgiram ao se estabelecer as ações de enfermagem, onde pude detectar que estes eram os meios a serem desenvolvidos na tentativa de atingir os objetivos propostos, solucionando e/ou amenizando os problemas levantados. No momento de estipularmos os meios ocorreram discordâncias. Apesar da cliente concordar com os objetivos nem sempre concordava com todos os meios que eu acreditava serem os mais eficientes. Pude perceber que em algumas situações foi difícil determinar qual a ação de enfermagem que seria mais eficiente, até porque ainda era tentada a desenvolver uma atitude autoritária.

Percebi que, ao implementar um processo de enfermagem calcado num marco, a avaliação se processa mais eficazmente por que ao se ter objetivos concretos, conceitos permeando todo o processo de assistência e um contínuo compartilhamento de informação, é possível ter um melhor panorama, tanto do crescimento e desenvolvimento do cliente, como do nível de eficiência da assistência de Enfermagem implementada.

Para fazer esta análise, necessário se faz que me reporte às ocorrências situacionais que permearam este processo de implementação do marco. Aquela época me encontrava numa fase de intensos questionamentos de ordem profissional e pessoal. Me perguntava se estava feliz sendo enfermeira, que validade teria um marco... seria este o caminho da Enfermagem? E nestes encontros e desencontros levei três meses para me decidir a iniciar a prática assistencial. Isto me prejudicou por que tinha sido instituído pelo Curso de mestrado em torno de quatro meses para realização desta etapa e fui realizar a parte prática, apenas no último mês.

Além destes pontos já abordados ainda tinha a questão do enfrentamento ao ambiente do INAMPS, onde me sentia insegura na convivência com a enfermeira. Mitos foram criados por mim. Me perguntava: como a enfermeira se comportaria?; será que me aceitaria? E além disso eu tinha elaborado uma proposta nova, de atendimento à domicílio, situação, até então nunca por mim vivenciada. Isto me amedrontava, será que teria habilidade suficiente para lidar com as diversas situações que pudessem advir?

Foi neste clima tão estressante que iniciei a prática. Todavia, pouco à pouco muitas das preocupações e angústias foram sendo desmitificadas, já me sentia mais animada e com pretensão de reformular o marco... lamentável foi o fato de eu não poder mais dispor do fator tempo. E foi entre crises que se deu a implementação do marco.

Depois que conclui a prática me senti aliviada... já que naquela ocasião, esta representava um fardo. Fui capaz de organizar a assistência prestada, de acordo com a proposta teórica, e como se pode observar no decorrer deste trabalho, já me foi possível fazer uma crítica, embora tênue, de uma assistência de enfermagem baseada num marco conceitual. Isto me proporcionou uma leve satisfação; já conseguia enxergar alguns pontos positivos no fato de prestar assistência de enfermagem sob a ótica de King e sentia alegria por acreditar que tinha impulsionado a cliente, em seu processo de crescimento e desenvolvimento e de que eu própria impulsionara o meu processo de crescimento e desenvolvimento.

A partir de todas as ocorrências citadas, ainda tensa e com uma série de conflitos pessoais tive vontade de desistir do mestrado. Tal atitude significava abandonar a profissão de Enfermagem, por que na realidade, a maior problemática não era a condução do mestrado em si, mas a minha insatisfação em sentir-me enfermeira e ter que passar pela situação que eu estava vivenciando para realizar este trabalho. Foi quando resolvi trancar o curso e solicitar minha licença especial à Universidade onde sou docente.

Estava precisando de um tempo para refletir... repensar sobre coisas antigas e principalmente sobre aquele momento com o qual não estava sabendo lidar. Carecia me reorganizar para dar continuidade ao meu processo de crescimento e desenvolvimento.

Capítulo 07

REPENSANDO O MARCO E O PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA ASSISTIR O CLIENTE DIABÉTICO ADULTO

Após a decisão de trancar o Mestrado viajei para João Pessoa, na Paraíba. Foi o seio da minha família que escolhi para vivenciar este momento de reflexões e mudanças. Vale ressaltar que este afastamento não era definitivo, se constituía apenas num tempo para reunir forças e reorganizar idéias. A necessidade presente àquela época, era avaliar minha postura como enfermeira frente à implementação de uma assistência de enfermagem, a partir de uma ótica diferente do modelo biomédico, até então por mim vivenciado.

Esta disposição para mudança, começou a se concretizar quando resolvi participar dos encontros nacional e latino-americano que versaram sobre "Educação em Diabetes", realizados em João Pessoa, PB, em setembro de 1990. Nesses encontros, a equipe multiprofissional participante, constituída de enfermeiros, assistentes sociais, médicos, nutricionistas, psicólogos, odontólogos e professores de Educação Física, acreditava que o cliente diabético poderia internalizar a condução do tratamento instaurado, se este fosse apoiado no processo educativo.

Dos contactos e discussões, em que participei nesta oportunidade, me estimularam muito. Podia perceber o entusiasmo e crédito que aqueles profissionais depositavam na educação, como alternativa para o tratamento do diabético. Mais confiante, e sentindo a necessidade de desenvolver maior habilidade em relação a algumas técnicas pertinentes ao cuidado de Enfermagem (ao diabético), comecei o aprofundamento das minhas leituras sobre a fisiopatologia do Diabetes. Passei ainda a frequentar o ambulatório de atendimento ao diabético, do IPEP (Instituto de Previdência do Estado da Paraíba). Pretendia observar e conviver com um serviço onde tivesse uma equipe multiprofissional atuante. Esta oportunidade me favoreceu adquirir maiores conhecimentos sobre a importância e manuseio do glicosímetro (aparelho que mensura a glicemia capilar) e da importância da hemoglobina glicosilada, (estudo das médias das glicemias apresentadas no mês) como forma de fazer um melhor acompanhamento dos níveis glicêmicos dos diabéticos, retardando possíveis complicações. Além do mais, tive a chance de captar um maior aprendizado e compreensão no que concerne ao atendimento do diabético pela equipe e a preocupação desta em induzi-la ao auto-cuidado.

Após experienciar estes momentos e ocorrências, me senti capaz para retomar minhas atividades. Precisava de novos objetivos que visassem as reformulações da revisão de literatura e dos conceitos estabelecidos para o primeiro marco e a reavaliação do processo de enfermagem.

Na revisão de literatura achava ser necessário acrescentar opiniões de vários autores acerca do tratamento, principalmente no tocante à insulinoterapia, como também descrever maiores detalhes à respeito das complicações que o diabético pode vir a apresentar. No que se refere aos conceitos julgava importante partir da implementação do primeiro marco a qual derivou uma série de dúvidas.

E por último, a reavaliação do processo de enfermagem tornava-se essencial, quando observei que este ainda tendenciava fundamentalmente para o modelo centrado mais na patologia do cliente. Paralelamente à isto me detive, na época, em leituras de marcos conceituais elaborados e implementados por graduandas do curso de Enfermagem da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina), também calcados na Teoria do Alcance dos objetivos de Imogene M. King (1981). Essas referências bibliográficas me auxiliaram no sentido de poder comparar marcos construídos sob a perspectiva da mesma teorista, mas organizados por diferentes autores e implementados a clientes em situações diversificadas.

Retornei às atividades normais do Mestrado em outubro de 1990, quando iniciei a reestruturação do projeto de dissertação, como um todo, para posterior aprovação pela banca examinadora.

Repensando o Marco Conceitual

Ao rever o marco conceitual, percebi que as

reflexões acerca dos resultados de sua implementação bailavam em minha mente e à medida que relia suas partes, as idéias iam se concretizando. Já me sentia capaz de apresentar nuances de criatividade, ou seja, possibilidades de extrapolar definições estabelecidas por King, ainda que apenas a nível de compreensão e raciocínio. A própria interrelação dos conceitos, à esta altura, já era melhor percebida por mim.

Em relação aos pressupostos, ainda os mantinha tais quais propostos pela teorista, apesar de já compreendê-los mais criticamente. Por exemplo, em relação ao pressuposto "os indivíduos têm o direito de aceitar ou rejeitar qualquer aspecto de cuidado à saúde", já entendia que algum acréscimo deveria ser feito ao redigi-lo. Havia algumas situações no caso do diabético (crise hipoglicêmica, por exemplo) que o enfermeiro deveria tomar uma decisão se o cliente discordasse da medida a ser adotada, já que o mesmo poderia sofrer danos, e alguns irreversíveis, se medidas não fossem tomadas de imediato.

Ao reavaliar a forma como os conceitos estavam dispostos no primeiro marco, descobri que necessitariam de ser contemplados com definições mais abrangentes. Isto principalmente no que se referia à caracterização do que era o cliente com diabetes e toda sua problemática. Dessa forma, redefini o conceito "ser humano" acrescentando-lhe os estressores específicos do Diabetes como: restrição dietética, crises hipo e hiperglicêmica, realização de testes diários de glicosúria, testes periódicos de glicemia, entre outros. Ainda afirmei que

estes estressores impõem uma série de limitações e mudanças à vida diária do diabético, vindo a alterar suas relações consigo mesmo, com as outras pessoas e com o mundo.

A definição do conceito "saúde-doença" foi aparentemente mantido em sua íntegra, como descrito no primeiro marco; apesar de neste momento interpretá-lo com maior clareza, devido ao fato de já possuir um conhecimento mais aprofundado da fisiopatologia do Diabetes.

Tendo entendido melhor a definição de "ambiente interno" proposta por King, fui capaz de definir ambiente interno do cliente diabético, como sendo a própria estrutura biológica do ser humano. Ainda segundo King (1981) este seria responsável pela transformação de energia habilitando o ser humano ao ajustamento das mudanças externas. De posse desta interpretação já era capaz de afirmar que o "ambiente interno" do cliente diabético está alterado pela presença do Diabetes e que se constitui na ausência ou deficiência da produção de insulina, hormônio que atua sobre o metabolismo dos protídios, lipídios, glicídios e sais minerais (Chrihill, citado por Milech in ARDUINO, 1980). No que se referia ao "ambiente externo" que é abordado por King, as dúvidas que foram levantadas no primeiro marco ainda permaneciam, só que agora já existia a certeza de que este sistema social (ambiente externo) deveria ser melhor abordado e explorado quando da implementação do segundo marco.

A mim parecia que ainda carecia especificar

no conceito "ser humano" quais os parâmetros que deveriam ser analisados para determinação da doença ou saúde deste indivíduo. Acreditava também que fosse necessário estabelecer uma maior interrelação do conceito "saúde-doença" com "crescimento e desenvolvimento", por que teoricamente, este elo esteve presente na implementação do primeiro marco. Porém, até aquele momento não conseguia nem estabelecer estes parâmetros e nem descrever a interrelação dos conceitos citados.

Quanto ao conceito "Enfermagem", as dúvidas suscitadas no primeiro marco ainda permaneciam. Só foi acrescentado que a Enfermagem para assistir ao cliente diabético necessitava de conhecimentos, habilidades e instrumentos próprios. Creio que esses elementos deveriam ser melhor descritos, mas até aquele momento ainda não tinha condições para tal.

Ao avaliar o conceito "percepção" utilizado na minha primeira experiência, julgava-o um conceito subjetivo, preocupando-me no que diz respeito a adequação da real percepção. Via agora esta preocupação como inútil pois jamais poderia ter a idéia verdadeira dos sentimentos de outrem. Só poderia ter certeza dos meus. O conceito "percepção" é um elemento importante, no momento em que sou capaz de respeitar os sentimentos expressos à respeito dessa ou daquela questão e entender o conjunto de experiências minhas e do cliente, ao e seleccionar os fatos para penetrar no nosso meio perceptual.

No que concerne ao conceito "crescimento e

desenvolvimento" tive capacidade de caracterizar quais seriam as limitações específicas impostas ao cliente diabético, além daquelas pertinentes a todos os seres humanos. Enumerei os estressores mais comuns que permeiam o processo de busca para auto-realização. Em relação ao "estresse" conseguia ir além do primeiro marco, acrescentando que os estressores do Diabetes podem ser vistos como uma força destrutiva na vida humana, mas poderão ser essenciais para o crescimento e desenvolvimento desde que encarados como elementos de estratégias de enfrentamento. Por exemplo: no caso de uma crise hipoglicêmica, o indivíduo pode apresentar manifestações de ordem psicológica e social. Na primeira, sob a forma de medo de apresentar a crise e na segunda, pela presença da hipoglicemia pode necessitar faltar ao trabalho, causando-lhe danos sociais. Porém, estas ocorrências podem dar-lhe forças para que se ajuste de forma mais adequada (aderindo ao tratamento) à situação de diabético, rareando as crises hipoglicêmicas.

As questões levantadas nas minhas reflexões sobre "interação", ainda permaneciam, mas já me era possível caracterizar como se processaria esta interação. Entendia que a mesma não ocorre por si só, estando diretamente envolvidos a percepção, comunicação, transação e outros. Quanto à "comunicação" continuei presa à definição proposta por King, compreendendo que esta se concretiza desde que as informações durante o processo de assistência sejam realmente compartilhadas e não tão somente fornecidas. Percebi que o processo de comunicação confunde-se com o processo de interação, sendo

portanto interdependentes.

No caso da "transação", como me achava confusa em relação à definição de King, relei o texto da autora e consegui compreender que não há um momento determinado para o início da transação, pois esta permeia o processo de interação como um todo e culmina com o alcance dos objetivos. Isto significa que, como eu já supunha, se a assistência prestada for considerada satisfatória, as transações se efetuarão, caso contrário, elas podem ter se iniciado mas não se completaram.

Finalmente, como havia sugerido anteriormente, acrescentei o conceito "papel", tendo em vista que o cliente com Diabetes deveria apresentar alterações no desempenho dos seus papéis usuais. King (1981, p.93) define papel como "um conjunto de comportamentos esperados de indivíduos que ocupam uma posição no sistema social; compreendendo regras que definem direitos e obrigações. Afirma também que no desempenho de papéis, há um elemento de reciprocidade, onde uma pessoa é provedora em uns momentos e receptora em outros. Neste caso, o indivíduo com Diabetes, em busca de amenizar ou solucionar seu problema de saúde, passa a desempenhar mais este papel, o de "cliente", portanto de receptor de cuidados e o enfermeiro de provedor. No caso do cliente diabético pressupõe-se alterações biológicas, psicológicas, ambientais, sociais, econômicas, modificando ou impedindo o desempenho dos seus diferentes papéis de pai (mãe), filho(a), esposo(a), profissional, entre outros.

Repensando o Processo de Enfermagem

Após rever o marco conceitual, percebi a necessidade de fazer algumas reformulações no processo de enfermagem para a segunda experiência. Fude observar que os dados de base consistiam nas próprias "informações compartilhadas", sendo que estes dados, diferente da visão biologicista, se delineavam de forma mais dinâmica e complexa. Isto sugeria um instrumento com perguntas mais abertas, onde o cliente pudesse verbalizar suas necessidades de saúde com mais abrangência e liberdade.

Quanto à lista de problemas, a mesma foi contemplada por uma entrefase, a de **reflexões**, que antecederia ao planejamento e ações de enfermagem. Por sua vez, conclui que o planejamento se referia aos próprios objetivos e que as ações de enfermagem, eram os meios; e que ambos constituem uma única fase dos processo. Isto porque, definidos os problemas, os objetivos são traçados e os meios para atingi-los são desenvolvidos simultaneamente. A quarta fase do processo passou a ser a avaliação, que se caracterizaria pela evolução do cliente conjuntamente com a avaliação do processo em si, ou seja, a própria assistência de enfermagem prestada. O processo de enfermagem passou então a se apresentar da seguinte forma:

= Compartilhamento de informações

Primeira fase do processo de enfermagem, consistindo do levantamento das informações compartilhadas. Este

seria feito através de um instrumento com perguntas abertas (ver anexo 1) elaboradas à partir dos conceitos selecionados para o marco conceitual.

Neste estudo, foi previsto o levantamento das informações através de encontros com o cliente no seu domicílio e de consulta do seu prontuário no ambulatório do INAMPS (caso, o cliente estivesse cadastrado neste serviço).

= Lista de problemas

A segunda fase do processo de enfermagem consistia da listagem de problemas derivados das informações compartilhadas pelo cliente-enfermeiro, após a entrefase de reflexões sobre os mesmos. Entende-se por problemas os eventos que interferirem no processo de crescimento e desenvolvimento do cliente diabético e, conseqüentemente no seu processo de saúde-doença.

= Planejamento e Ações de Enfermagem

A terceira fase do processo de enfermagem envolvia o planejamento e ações de enfermagem que ocorrem simultaneamente. Pode-se constatar que o planejamento são os próprios objetivos e as ações de Enfermagem, os meios para atingi-los.

= Avaliação

A quarta e última fase do processo de enfermagem, a avaliação, é a própria evolução do cliente (ou

seja, seu processo de crescimento e desenvolvimento). Determina a eficácia da assistência de enfermagem prestada, através da observação do grau de atingimento dos objetivos.

CAPITULO 8

PROCESSANDO AS INTERAÇÕES DE ENFERMAGEM

SEGUNDA EXPERIENCIA

Esta experiência aconteceu entre o período de fevereiro a abril de 1991. A cliente assistida não era cadastrada no INAMPS, tendo sido indicada por uma enfermeira, colega minha.

. Primeiro encontro - Compartilhamento de informações

Priscila, 33 anos, separada, com uma filha, faxineira, diabética, procedente do Ribeirão da Ilha, residindo atualmente com uma tia no bairro Trindade, na cidade de Florianópolis. Filha de pais diabéticos, histerectomizada há quatro anos (mioma); fumante (uma carteira por dia); instrução primária. No nosso primeiro encontro, expliquei minha proposta de trabalho e ela concordou. Iniciamos a troca de informações. A cliente parecia disposta a conversar apesar de aparentar uma certa ansiedade (fumava durante a entrevista). Informou-me que engravidou aos quatorze anos e por este motivo casou naquela época. Separou-se aos dezesseis anos ficando com a filha (hoje com dezoito anos), indo morar com os pais. Relatou que a partir desse momento seu relacionamento com os mesmos foi muito difícil pois queria namorar, porque se sentia jovem, e seus pais não permitiam. Descobriu estar diabética há quatro anos, por ocasião de uma histerectomia. Como a ferida cirúrgica não cicatrizava, o

médico solicitou-lhe a realização de uma glicemia; a taxa estava elevada, porém não soube informar o valor. Disse-me que ficou "revoltada" com a descoberta do "Diabetes" e sentiu que aquilo era mais uma "coisa ruim" em sua vida. Falou-me ainda que seu pai estava engajado no programa de atendimento ao diabético do Hospital Universitário e que fazia o controle de sua doença; porém sua mãe não fazia dieta... não participava de nenhum programa... estava obesa e sempre se queixava de "mal estar"; referiu ainda que esta tomava "um comprimido" mas não soube me informar qual.

Durante o decorrer do nosso encontro, a cliente demonstrava interesse em saber o que realmente era o Diabetes... o que acontecia com o organismo; já que nestes quatro anos havia dado pouca ou quase nenhuma importância para sua problemática. Naquela ocasião, eu tinha levado o folheto "Orientações básicas para o diabético" do MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ao folheá-lo, Priscila demonstrava bastante curiosidade em relação à sintomatologia e referiu que sentia "muito cansaço nas pernas", "muita fome"... e à medida que manuseava o folheto dizia: "Ah! meu Deus... eu sinto tudo isso". Depois relatou-me que há um ano atrás fôra consultar com um clínico geral que lhe solicitara uma glicemia, cujo resultado fora 200 mg%. Pedi-lhe para ver este resultado, ela disse-me que não o tinha. Informou-me também que era faxineira, e a tia, zeladora do edifício onde residiam. No final deste encontro firmamos o acordo de que a cliente iria se cadastrar no serviço de atendimento ao diabético do INAMPS. A cliente no entanto não aceitou que eu a acompanhasse ao referido serviço.

Reflexões

Muitas dessas reflexões foram feitas juntamente com a cliente na primeira entrevista; outras apenas por mim, para discussões posteriores com a mesma.

A cliente era filha de diabéticos... informava ser diabética há quatro anos e não fazia nenhum controle? A cliente dizia estar envolvida em relações amorosas desastrosas e que sua vida nos últimos tempo era cheia de "problemas", como o relacionamento com seus pais, que era "péssimo". Eles haviam assumido sua filha e seu relacionamento com esta era mais como amiga (irmã?) do que como mãe. Era dependente financeiramente dos pais... nos últimos meses é que estava trabalhando como faxineira. Por tudo isto tinha se descuidado da saúde. Depois de analisarmos estes aspectos pude perceber que vários conceitos precisavam ser trabalhados na assistência de Enfermagem, tais como: papel (não conseguia assumir o papel de mãe, por questões emocionais e financeiras; tinha dificuldades também no papel de filha); percepção (dizia ser o Diabetes mais uma "coisa ruim" em sua vida, mas nada fazia); interação (dificuldade em interagir com pais e filha); estresse também se apresentava fortemente pela própria história de vida da cliente. Todos estes conceitos permeavam os conceitos maiores como crescimento e desenvolvimento e saúde-doença. Além disso, pude observar que havia uma certa tensão no relacionamento com a tia, apesar da cliente não ter verbalizado. Me questionei, por que a cliente não quis que eu a acompanhasse ao INAMPS?

Durante este primeiro encontro tive que me policiar muito para não interferir na fala da cliente. Ficava angustiada no momento em que liamos o folheto citado, parecia que eu queria esclarecer todas as dúvidas naquele dia.

Após fazermos uma análise das questões em pauta, já se delineavam os seguintes problemas: Conhecimento insuficiente sobre Diabetes; Interação familiar inadequada e Impossibilidade de desempenhar o papel de mãe.

Planejamento de Ações de Enfermagem

problema A --> CONHECIMENTO INSUFICIENTE SOBRE DIABETES

OBJETIVOS

AÇÕES DE ENFERMAGEM (MEIOS)

Adequar o conhecimento sobre Diabetes Informações compartilhadas através de discussões acerca da leitura do folheto "Orientações básicas para o diabético".

Redirecionar a percepção da cliente sobre Diabetes e a conduta terapêutica Orientações a cliente acerca da necessidade de sua ida ao INAMPS a fim de sabermos sua glicemia atual, como forma de melhor conduzir a terapêutica.

Conversações à respeito do Diabetes ser mais "uma coisa ruim" na vida da cliente.

problema agrupado B --> INTERAÇÃO FAMILIAR INADEQUADA
IMPOSSIBILIDADE DE DESEMPENHAR PAPEL DE
MÃE

OBJETIVOS

AÇÕES DE ENFERMAGEM (MEIOS)

Adequar a interação familiar.	Informações compartilhadas com a cliente no sentido do seu auto-conhecimento; elevação da auto-estima através de redirecionamentos da percepção do seu "eu" e história de vida.
Desenvolver mecanismos de ajuste para amenizar e/ou solucionar a situação conflituosa gerada no seio familiar.	Discussões em torno dos estresses provocados pelo nascimento da filha aos quinze anos de idade e o fracasso de seu casamento.
Desenvolver atitudes para favorecer a adequação do papel da mãe.	Informações compartilhadas no sentido de avaliarmos a adequação destes relacionamentos (família e filha) como forma de positivar seu processo de crescimento e desenvolvimento, tendo como resultado um ajuste no processo saúde-doença.
	Informações compartilhadas visando definir o que seria o papel de mãe.

Avaliação

No primeiro encontro, a cliente parecia ser uma pessoa tensa. A partir do compartilhamento de informações pude constatar que sua história de vida era permeada por muitos estressores (histerectomizada aos 29 anos, gravidez prematura, casamento fracassado). Tinha a percepção do Diabetes como uma "coisa ruim" em sua vida. Parecia interessada em adquirir um conhecimento mais aprofundado sobre o Diabetes. O compartilhamento de informações fluiu de forma espontânea; um dos problemas levantados já pode ser validado neste encontro como o conhecimento insuficiente sobre Diabetes, pois neste mesmo dia fizemos discussões baseadas no folheto (orientações básicas para o diabético). Os outros problemas já mencionados apenas se descortinavam e poderiam ser corroborados na continuidade do compartilhamento de informações subsequentes.

Após reflexões (enfermeiro-cliente) chegou-se ao estabelecimento dos objetivos e meios para solução dos problemas levantados. A cliente aparentava concordar com os objetivos e respectivos meios,

„ Segundo encontro - Compartilhamento de Informações. Mantive contacto informal com a cliente antes deste segundo encontro e já tinha conhecimento de que não havia ido ao INAMPS. Explicou-me ter isto ocorrido pelo fato de ter viajado com o namorado para o Paraguai e também por se "sentir muito

cansada" com as faxinas para acordar cedo e enfrentar as filas do INAMPS. Falei para ela que poderia lhe facilitar a consulta no INAMPS, já que conhecia a enfermeira do ambulatório desta instituição. Além do mais, argumentei que seria possível fazer uma glicemia capilar, onde não necessitaria enfrentar filas, já que este procedimento seria realizado pela enfermeira. A partir deste dado (glicemia capilar) poderíamos decidir sobre as condutas mais adequadas a serem desenvolvidas no prosseguimento do seu tratamento.

Depois continuamos a conversação quando contou-me que tinha um namorado... disse: "ele é legal, mas é casado! minha tia sabe... ela também é desquitada... Questionei à respeito do fato dela morar com a tia, quando respondeu: "Ah! ela vive sozinha... mora gratuitamente neste prédio porque é zeladora. "Aqui tenho mais liberdade... liberdade em que sentido? Ah! (pausa)... então contou-me que quando tinha vinte e um anos (começou a chorar... fiquei em silêncio). Enxugou as lágrimas e prosseguiu dizendo que se apaixonara por um rapaz casado e engravidara pela segunda vez. Quando estava com três meses teve rubéola e o médico orientou-a no sentido de fazer um aborto terapêutico, explicando-lhe que esta criança nasceria com problemas. Porém ela resolveu continuar a gravidez e disse naquela época: "Deixa vir, seja o que Deus quiser". Referiu que esta gravidez foi muito "sofrida", o pai da criança era casado e sua família não aceitava esta situação. Disse-me que o bebê nasceu de sete meses com problema cardíaco. Ela queria o filho, embora soubesse que seria difícil criá-lo. O pai da criança

registrou-a como sendo filho dele e de sua mulher. Nunca mais ela pôde ver o bebê; soube apenas que o mesmo faleceu com 18 meses. A esta altura do relato já não chorava mais, parecia estar aliviada de ter falado sobre o assunto. Lamentei, fiquei emocionada com o relato, já compreendia melhor a frase dita por ela no primeiro encontro: "Diabetes... mais uma coisa ruim na minha vida". Então disse-lhe: "... mas você tem uma filha que pode amar...". Esta foi buscar uma fotografia da filha e disse-me que ela tinha uma perna mais curta em decorrência de paralisia infantil. Olhei as fotos com atenção. Conversamos sobre os objetivos e meios a serem estabelecidos na tentativa de solucionar sua problemática. Retornei à questão de sua ida ao INAMPS e nos despedimos com este propósito.

• Reflexões

Me questionava, por que a resistência da cliente na ida ao INAMPS? Será que os motivos por ela apresentados eram verdadeiros ou estava fugindo à realidade do Diabetes? Deveria eu ser mais incisiva? Talvez eu estivesse esperando a decisão da cliente com uma certa parcimônia, pelo fato da mesma não ter apresentado crises hipo e hiperglicêmicas...

Pude constatar neste segundo encontro que a cliente realmente tinha dificuldade de interação com os pais e com a filha. Seu processo de crescimento e desenvolvimento estava permeado por muitos estresses, principalmente de ordem emocional. Por que sempre se envolvia com homens casados?

Percebi neste dia um pequeno avanço no seu

processo de crescimento e desenvolvimento, pois já conseguia verbalizar sentimentos que a tensionavam. Creio que o desenvolvimento de algum mecanismo de ajuste já se esboçava.

Estava preocupada... À esta altura só havíamos levantado alguns aspectos relativos ao conhecimento sobre Diabetes e um destes era que a cliente fôsse à consulta com um endocrinologista (será que era um objetivo só meu?). Com este segundo encontro já tínhamos mais elementos para levantamento de problemas que apenas haviam se delineado na primeira entrevista. Estes foram: difficuldade no desempenho do papel de mãe e distúrbio afetivo no relacionamento com os parceiros.

Planejamento e Ações de Enfermagem

.. problema A --> DIFICULDADE NO DESEMPENHO DO PAPEL DE MAE

OBJETIVOS

AÇÕES DE ENFERMAGEM (MEIOS)

Possibilitar o desempenho
do papel de mãe

Informações compartilhadas:
- reforçando a importância da
cliente manter um contato mais
estreito com a filha.
- vislumbrando possibilidades fi-
nanceiras e de crescimento e de-
senvolvimento, capazes de viabi-
lizar o desempenho do papel de
mãe.

. problema B ---> DISTURBIO AFETIVO NO RELACIONAMENTO COM OS PARCEIROS

OBJETIVOS

AÇÕES DE ENFERMAGEM (MEIOS)

Desenvolver mecanismos de ajuste necessários a um relacionamento amoroso saudável.

Informações compartilhadas procurando encontrar o porque do seu envolvimento emocional sempre ocorrer com parceiros problemáticos.

Discussões que versem sobre a questão de estar habituada a falta de amor no relacionamento com as pessoas, buscando inconscientemente interações conflituosas.

Informações compartilhadas no sentido da cliente poder comunicar suas reais expectativas e sentimentos no que concerne ao relacionamento homem/mulher.

Avaliação

Neste dia, percebi que a cliente estava mais solta. Conseguiu expressar verbalmente sentimentos que lhe magoavam muito e chorou. O estresse estava afetando o seu processo de crescimento e desenvolvimento. Constatei que a cliente não tinha ido ao INAMPS conforme objetivo que havíamos

traçado de comum acordo no encontro anterior. Fiz um reforço acerca das leituras que a cliente havia feito sobre o Diabetes em si e conduta terapêutica, a discussão foi interessante. Foi realizada uma preleção sobre a necessidade de sua ida ao endocrinologista, no intuito de se instaurar um tratamento mais adequado. Foram compartilhadas informações acerca dos conceitos auto-estima e aspectos relacionados à definição do papel de mãe.

Como era o segundo encontro, os problemas levantados à princípio permaneciam... porém já se podia perceber discretas alterações no como percebê-los. Mais um problema se configurou: distúrbio afetivo no relacionamento com os parceiros; traçamos os objetivos e os possíveis meios que pudessem amenizar e/ou solucionar este problema.

NOTA: Esperei que a cliente me procurasse. Uns vinte dias após o segundo encontro, uma enfermeira (conhecida minha) que morava no mesmo edifício que Priscila, me telefonou dizendo que a havia levado a um Pronto Socorro na noite anterior pois a mesma referia cefaléia intensa e edema na face (lado esquerdo). Procurei a cliente no mesmo dia, ela não se encontrava em casa, tinha ido a um hospital fazer uma radiografia da face. Avisei à sua tia que retornaria à noite.

Terceiro encontro - Compartilhamento de Informações

Fui a este encontro com o compromisso de que eu e a cliente deveríamos nos empenhar mais na condução do tratamento do Diabetes.

Priscila estava deitada, "morrendo de dor de cabeça"; já havia tomado um analgésico e estava usando Aturgyl, conforme prescrição médica. Me recebeu como quem parecia carecer de ajuda e carinho e começou a chorar e me mostrou a radiografia da face. Esta estava bastante embaçada e não consegui interpretá-la. O parecer do radiologista indicava a presença de processo inflamatório mais incidente na face esquerda. A cliente chorava e me dizia que o médico lhe falara da possibilidade de "Osteomielite". Ela estava apavorada pois achava que estava com "câncer" nos ossos e "para ela não tinha mais jeito". Começamos então a conversar, e na tentativa de acalmá-la coloquei a possibilidade de ser "sinusite". Havia sido prescrito um anti-inflamatório, expliquei-lhe que após o uso deste se poderia chegar a um diagnóstico mais preciso através da realização de outra radiografia.

Fomos trocando informações e a cliente foi se acalmando. Denotava sonolência... não havia dormido na noite anterior devido à cefaléia. Combinamos que no dia seguinte iríamos ao INAMPS para marcar consulta com um otorrinolaringologista.

Reflexões

Um problema mais emergente se apresentava... a possibilidade de uma sinusite ou osteomielite. Pensava em ajudá-la a resolver esta nova situação. Imaginei... esta seria a

oportunidade de encaminhá-la ao ambulatório de Enfermagem para realização da glicemia capilar. Sabíamos que naquele momento o mais importante seria elaborar medidas de alívio para a cefaléia e edema facial. Me sentia angustiada... essa resistência da cliente em não fazer a glicemia... me deixava impotente. Precisava de informações clínicas mais concretas para conduzir a assistência de forma a harmonizar o ambiente interno com o ambiente externo, ou seja, favorecer o seu crescimento (ambiente interno) e desenvolvimento (ambiente externo). Além disso, sabia que a cliente também deveria ser acompanhada por outros profissionais. Observei neste terceiro encontro que alguns problemas permaneciam sem solução e outros novos se apresentavam como: Cefaléia intensa e edema facial aliados ao medo do provável diagnóstico de osteomielite.

Planejamento e Ações de Enfermagem

CEFALEIA INTENSA
 . problema agrupado A --> _____
 EDEMA FACIAL

OBJETIVOS

AÇÕES DE ENFERMAGEM (MEIOS)

Prover meios para descobrir a causa destes sinais e sintomas.

Orientações à respeito do alívio desta sintomatologia.

Informações compartilhadas no sentido de consultar um otorrinolaringologista para repetição da radiografia e esclarecimento diagnóstico.

.. problema B ---> MEDO DO DIAGNOSTICO DE OSTEOMIELOITE

OBJETIVOS

AÇÕES DE ENFERMAGEM (MEIOS)

Reduzir e/ou eliminar o estresse apresentado pelo medo da osteomielite.

Informações compartilhadas à respeito do processo fisiopatológico da osteomielite.

Compreensão sobre a forma da cliente perceber a osteomielite, promovendo um redirecionamento desta.

Avaliação

Um dado novo se apresentara naquele terceiro encontro; a cliente havia procurado um hospital no dia anterior porque apresentava cefaléia e edema facial. Estava deitada, quando cheguei à sua casa. Chorava e referia cefaléia. Naquele dia esquecemos do Diabetes. Apesar de sabermos que muitos dos problemas continuavam sem solução; outros se apresentavam e careciam de medidas mais urgentes. Diante disto, foram compartilhadas informações no sentido de expor as medidas de alívio para a sintomatologia presente e a necessidade da cliente consultar um otorrinolaringologista.

Quarto encontro - Compartilhamento de informações

Conforme havíamos combinado no dia anterior, esperei a cliente no ponto de ônibus de 5:40 às 6:30 hs. Esta não compareceu ao encontro; então fui à sua casa. Quando lá cheguei, sua tia me atendeu se desculpando que Priscila não tinha ido ao encontro por que não conseguira dormir bem, estava com obstrução nasal e tinha se queixado de cefaléia e dor no lado esquerdo da face. Entrei no quarto da cliente e esta estava deitada. Parecia mal-humorada (com aspecto de quem realmente não tinha dormido à noite), mas levantou-se e pediu-me para que palpasse sua face. Estava realmente edemaciada. Ela também apresentava congestionamento nasal com pequena quantidade de secreção aquosa. Perguntei-lhe se gostaria que eu a ajudasse... balançou com a cabeça que "sim", estava indisposta para conversar. Indaguei à sua tia se tinha bolsa de água quente, a qual foi providenciada. Fiz compressas quentes na face esquerda e expliquei-lhe que este procedimento a ajudaria no sentido de aliviar o edema, já que havia um processo inflamatório naquele local, facilitando a drenagem de secreções e descongestionamento das fossas nasais. Solicitei à sua tia que repetisse o procedimento acompanhado de inalações de 2/2 hs. Expliquei à Priscila que continuasse o uso de anti-inflamatório/analgésico (prescrito) para o alívio da dor. Não conversamos muito porque a cliente demonstrava vontade de ficar quieta, deitada. Perguntei-lhe se gostaria que marcasse a consulta com o otorrinolaringologista. Esta atitude foi tomada, retornei à sua casa às onze horas para dizer-lhe que a consulta havia sido marcada para o outro dia à tarde. Sua tia me falou que a

acompanharia na consulta. A cliente estava dormindo.

*Tive a intenção neste dia de marcar consulta ao Endocrinologista, mas como chegara tarde ao INAMPS, não consegui mais ficha.

* Reflexões

Em função das intercorrências (já citadas) parecíamos ter esquecido do Diabetes. Neste dia parece que eu me sentia menos angustiada... percebi ter ajudado a cliente mais concretamente. Tinha conseguido marcar a consulta para o otorrinolaringologista. O conceito estresse estava muito presente (dor, medo e ansiedade frente à possibilidade de uma osteomielite). A percepção da cliente sobre a osteomielite era de uma doença como câncer (percebia como tal). Pensei em discutir isso no próximo encontro. Por que a idéia de osteomielite a assustava tanto? Parecia para ela pior que o Diabetes. Seria por causa da dor? Medo de deformidade facial, já que visualizava a osteomielite como câncer dos ossos...?

Neste quarto encontro parecia que eu conseguia ter maior desenvoltura ao destacar os problemas e os meios para solucioná-los. Acredito que isto se deu pelo fato de aparecerem sinais e sintomas com os quais estava acostumada a trabalhar (visão biologicista). Os problemas apresentados eram Cefaléia intensa, edema facial, congestionamento nasal e medo do diagnóstico de osteomielite.

Planejamento e Ações de Enfermagem

CEFALEIA INTENSA - EDEMA FACIAL
problema agrupado A ---> _____
CONGESTIONAMENTO NASAL

OBJETIVO

AÇÕES DE ENFERMAGEM (MEIOS)

Aliviar e/ou eliminar a
sintomatologia presen-
te.

- Compartilhar informações no sentido de:
- tomar o anti-inflamatório/analgésico prescritos, explicando a ação destes.
 - fazer uso de compressas ou bolsa de água quente na face, como forma de facilitar a drenagem de secreções, promovendo alívio da dor.
 - Orientações à tia da cliente para ajudar na continuidade do tratamento.
 - Reforçar a sua ida à consulta marcada para o otorrinolaringologista para esclarecimento diagnóstico.
-

.. problema B --> MEDO DO DIAGNOSTICO DE OSTEOMIELEITE

OBJETIVOS

AÇÕES DE ENFERMAGEM (MEIOS)

Amenizar e/ou eliminar o medo da "osteomielite".	Reforço das informações compartilhadas à respeito do processo fisiopatológico da osteomielite e seu tratamento.
Redirecionar a percepção da cliente sobre câncer.	Informações compartilhadas à respeito da percepção da osteomielite como "câncer dos ossos"; comparando-o com o diabetes no seu aspecto de cronicidade.

.. Avaliação

A cliente estava mal humorada, não tinha ido ao otorrinolaringologista. Permanecia com cefaléia, edema facial e mais secreção nasal aquosa. Após serem tomadas medidas de alívio para a sintomatologia, a cliente não se referiu mais às dores e adormeceu.

Pude observar que aquele momento de "agonia" aproximava Priscila de sua tia e vice-versa. Havia manifestação de solidariedade. Podia até ter insistido em acompanhar a cliente ao otorrinolaringologista... mas como sua tia se ofereceu... achei que seria um momento maior de aproximação para ambas. Quem sabe se sentiria mais confiante em ir do médico com sua tia?... lhe era mais familiar. Resolvi esperar que a cliente tomasse a iniciativa de ir ao Endocrinologista, fazia parte do seu processo de crescimento e desenvolvimento. Constatei que os objetivos

estabelecidos no encontro anterior não tinham sido atingidos em sua totalidade. Conclui que a cliente não havia ido ao encontro marcado no dia anterior, por falta de condições físicas.

Quinto encontro - Compartilhamento de Informações

Dois dias depois do último encontro, fui visitar a cliente à noite. Esta tinha ido à consulta com o otorrinolaringologista. Não apresentava mais edema facial e se sentia "aliviada", pois havia feito outra radiografia e o diagnóstico era de sinusite crônica com grande comprometimento dos seios paranasais. O médico havia prescrito antibiótico. Perguntei-lhe se estava sabendo o que era sinusite, disse-me que havia sido orientada pelo médico. Então conversamos sobre alguns cuidados que se deve ter frente à instalação da sinusite. O médico substituiu o Aturgyl por um descongestionante nasal à base de cloridrato de lisozima e etilendiamina (anti-histamínico). A partir destas informações iniciamos a discussão do "porque" de seu temor quanto a uma possível "osteomielite"... será que ela a considerava uma doença tão mais grave do que o Diabetes? Ela disse-me mas não é um câncer? Expliquei-lhe que não, que se tratava de uma doença crônica como o Diabetes, só que com possibilidade de tratamento cirúrgico e com manifestações mais localizadas. Enquanto que o Diabetes era um distúrbio que afetava o organismo como um todo... aproveitei para rediscutirmos os aspectos fisiopatológicos e as complicações que poderiam advir do Diabetes, se este não fosse tratado adequadamente. Encerramos este encontro quando a cliente tinha o firme propósito de se

cadastrar no programa de atendimento ao diabético do INAMPS. Relatou-me também de que estava evitando o uso de refrigerantes.

Reflexões

Após este quinto encontro, me sentia mais animada. A cliente parecia estar mais interessada, demonstrava vontade em fazer um controle do seu Diabetes.

Mas pensei... a cliente procurou logo descobrir o que fazer em relação à "suposta osteomielite", pensava que era câncer. Doença com probabilidade de morte próxima... estavam implícitos também as questões da deformidade e da dor. O Diabetes não dói... não tinha internalizado o fator "complicações". Levantei questionamentos: "Mas o Diabetes também leva ao óbito..." Talvez a cliente tivesse essa percepção: "mata devagar... talvez eu só tenha complicações quando estiver mais velha"... concluí neste encontro que a resistência em ir do INAMPS persistia.

Planejamento e Ações de Enfermagem

o problema --> RESISTENCIA EM SE CADASTRAR NO INAMPS

OBJETIVOS

AÇÕES DE ENFERMAGEM (MEIOS)

Internalizar a importância do seu cadastramento no INAMPS.

Redirecionar sua percep-

Informações compartilhadas no sentido de:
- reforçar a importância do seu cadastramento no INAMPS como forma

ção sobre o "Diabetes". de: melhor conduzir o tratamento e ter oportunidade de ser atendida por uma equipe multiprofissional.

- reforçar a importância de prevenir as complicações do Diabetes.

Avaliação

A cliente tinha ido ao otorrinolaringologista. Estava mais tranquila. Não se queixava mais de cefaléia e não mais apresentava edema facial. O medo do diagnóstico (osteomielite) havia sido superado uma vez que foi confirmado diagnóstico de sinusite. Neste encontro detectei que tínhamos atingido os objetivos: redirecionamento da percepção sobre osteomielite, aquisição de conhecimentos sobre sinusite e como tratá-la. Havendo então alteração no seu processo de crescimento e desenvolvimento. Houve um questionamento maior no sentido da importância do controle e cronicidade do Diabetes. Neste dia, acreditava que ainda tínhamos uma longa caminhada até a cliente ter uma consciência maior do que era ser diabética.

NOTA: Depois do quinto encontro vi a cliente algumas vezes, porém esta não me autorizava a visitá-la em sua casa. Melhorara da sintomatologia apresentada pela instalação da sinusite.

Sexto encontro - Compartilhamento de Informações

Após quinze dias do último encontro fui à

casa da cliente. Desculpou-se pelo fato de ainda não ter procurado o endocrinologista alegando falta de tempo. Estava mais magra, aparentava ter perdido uns dois quilos. Não pudemos prosseguir com o compartilhamento de informações, estava de saída para visitar sua mãe. Perguntei se não gostaria que eu a acompanhasse ao INAMPS no dia seguinte, a cliente concordou. Marcamos um encontro no ponto de ônibus às 6:30.

„ Reflexões

Na realidade não houve compartilhamento de informações porque conversamos rapidamente. É tanto que essas reflexões foram feitas só por mim. Pensava... porque eu não conseguira motivar a cliente a ir ao INAMPS? Por que a questão não era só se cadastrar... era todo o processo de assistência que receberia ao ser apoiada nesta instituição, principalmente pela oportunidade que a cliente teria de ser assistida por uma equipe multiprofissional. Sentia dificuldade em manter coerência com o marco proposto que pressupunha traçar objetivos mútuos para resolução dos problemas levantados. Novamente me sentia impotente e com uma certa impaciência. Podia validar que o problema levantado desde o início do compartilhamento de informações permanecia sem solução, que seria não querer saber do seu estado de diabética. Isto não significava que os demais problemas tivessem sido resolvidos em sua plenitude... mas atitudes estavam se desenvolvendo nesse sentido.

Planejamento e Ações de Enfermagem

o problema ----> RESISTENCIA EM CONHECER SUA REAL SITUAÇÃO DE DIABÉTICA

OBJETIVOS

AÇÕES DE ENFERMAGEM (MEIOS)

Reconhecer sua real situação de diabética.

Compartilhar informações no sentido:

Compreender as implicações que podem advir de um diabetes não controlada.

- do "ser diabética",
 - de entender o significado do conhecimento sobre sua taxa glicêmica.
 - de averiguar as razões não explícitas da não vontade de ir ao endocrinologista.
-

Avaliação

Tive a sensação de que a cliente gostava da minha presença em sua casa, desde que não cobrasse a tão "famigerada" ida ao endocrinologista. Por este motivo, parecia estar fugindo de mim. Neste dia, percebi que quase intimidei a cliente... enfim esta concordou que iríamos ao INAMPS no dia seguinte.

Sétimo encontro - Compartilhamento de Informações

Como a cliente falhou a mais de um encontro combinado... fui a sua casa. Cheguei a ser inconveniente, pois a cliente ainda estava dormindo; mas entrei em sua casa por que sua tia permitiu. A cliente acordara com o toque do interfone e

apareceu sonolenta na sala se justificando que perdera a hora... etc. Me propôs a irmos ainda, mas ela disse que havia combinado fazer a faxina do apartamento vizinho e não daria mais tempo. Então combinamos que ela decidiria quando e onde procuraria um endocrinologista e depois me comunicaria. Verifiquei se ela estava tomando os medicamentos prescritos... confirmei que sim. Despedi-me com a sensação de que a cliente ficara extremamente constrangida com a minha presença.

• Reflexões

Estava muito angustiada... será que estava prestando a assistência de enfermagem proposta? Só tinha a certeza de um ponto, agora tinha o firme propósito de permitir que a cliente decidisse quando e onde procurar o endocrinologista. Acreditava ter lhe explicado a importância disto... só não sabia se havia internalizado.

NOTA: Neste dia não foi mais feito planejamento para assistência, pois não pude fazer as reflexões com a cliente.

Avaliação

A cliente não cumpriu a negociação estipulada... faltou ao encontro. Não sabia bem se estava sendo autoritária... só tinha a certeza de que o meio fundamental para estabelecer seu grau de Diabetes era através do nível glicêmico (apesar de existir meios auxiliares para controle, como a glicosúria... mas deveria ser utilizada para controle posterior). O meu processo de interação com a cliente parecia satisfatório,

desde que eu não cobrasse a realização da glicemia... O compartilhamento de informações quase não ocorreu neste dia. Tive a postura de fornecedora de informações: "mas uma vez repito que o conhecimento de sua taxa glicêmica é imprescindível para a continuidade do tratamento... decida o que fazer e me procure posteriormente". Despedi-me e fui embora.

Oitavo encontro - Compartilhamento de Informações

Fui visitar uma amiga que morava no mesmo edifício que a cliente e encontrei-a por acaso quando esta me convidou à sua casa. Então me comunicou que havia ido ao Endocrinologista e me trouxe o exame com o resultado da glicemia - 80 mg%. Fiquei à princípio meio atônita... sem saber o que falar. Então ela disse: "eu não sei o que aconteceu!". Então levantei a hipótese de refazer o exame... às vezes acontecem erros. A cliente parecia frustrada com a possibilidade de não ser diabética, parecia convicta disto durante todo o tempo dos nossos encontros, que foram pautados principalmente em cima deste fato (a cliente ser diabética).

Reforcei a necessidade de refazer o exame... "mas se este estivesse correto, que bom!" Gostaria que refizesse o exame, como medida de segurança; pois tinha certeza de que um indivíduo que apresentava uma glicemia de 200 mg% há um ano atrás, sem nenhum controle, jamais poderia apresentar esta taxa atual (80 mg%). Porém disse-lhe, que se por acaso ela não fosse diabética poderia continuar ajudando-a em alguns aspectos de que ela necessitasse para melhor conduzir seu processo de crescimento

e desenvolvimento. Ficou combinado que a cliente faria outro exame, até porque esta deveria mostrar o resultado deste ao endocrinologista, que pela sua história, certamente solicitaria outro exame.

. Reflexões

Finalmente a cliente tinha feito a glicemia. Mas... e aquele resultado? Fiquei imaginando... será que a cliente não é diabética? Será que se sugestionara pelo fato dos pais serem diabéticos? E o fato de relatar a sintomatologia? Seria por causa do folheto que lhe fornecera para leitura? Pensava em poder validar estas percepções no próximo encontro.

. Avaliação

A cliente realizara a glicemia. Poderia se considerar um ponto positivo no seu processo de crescimento e desenvolvimento, já que este tinha sido um dos meios propostos desde o início do processo interativo como forma de melhor encaminhar o tratamento da cliente. Agora me encontrava diante do impasse... a cliente é diabética ou não?

Nono encontro - Compartilhamento de Informações

Uns três dias após o último encontro, retornei à casa da cliente. A mesma não tinha refeito o exame, alegou-me que estava viajando muito com o namorado para o Paraguai, este era motorista de uma empresa de turismo, então este era o momento em que podiam ficar juntos. Friscila e a tia haviam se desentendido. Queixou-se de que a tia estava

interferindo muito na sua vida. Perguntei... em que aspecto? Relatou que esta estava exigindo que lhe fizesse mais companhia... achava que a tia estava com ciúmes por que ela tinha namorado... tentei recolocar alguns pontos para que a cliente refletisse junto com a tia. Durante este encontro, a cliente não se referiu ao assunto "Diabetes", parecia nem se lembrar... de que era diabética, tinha sido ela a me convencer deste fato. Porém, reforcei a necessidade desta refazer o exame. Parecia me ouvir atentamente... chegando a me convencer de que realmente iria fazê-lo.

NOTA: Como sempre visitava aquela amiga já mencionada, cheguei a ver a cliente algumas vezes e esta sempre me prometia que ia refazer o exame. Depois soube através de sua tia que haviam discutido novamente e esta resolvera ir morar com uma amiga, não sabia seu endereço.

Após uns dois dias retornei à casa da tia de Priscila, para ver se reatava o contato. Mas sua tia estava bastante queixosa... "sempre havia apoiado a sobrinha e que agora ela a tinha abandonado... porém depois verbalizou veementemente que: "se ela quisesse voltar, não mais a aceitaria. Tentei então ponderar junto à tia de que talvez fosse positivo para a Priscila em termos de amadurecimento (crescimento e desenvolvimento) morar com outras pessoas que não fosse de sua família e quem sabe retornaria ao seio familiar com mais competência para administrar os relacionamentos. Me despedi da tia da Priscila lhe comunicando que a minha interferência se encerraria naquele momento.

. Reflexões

Fiquei muito angustiada... havia perdido o contato com a cliente. Nem podia validar as impressões por mim suscitadas no oitavo encontro. Tive a sensação de uma assistência de Enfermagem inacabada... mas independente da cliente ser diabética, percebia que fui capaz de ajudá-la em outros problemas. Conclui que o indivíduo pode apresentar distúrbios do seu processo de saúde e doença sem necessariamente ser portador de um diagnóstico médico e que um marco conceitual baseado na teoria de King pode ser viável para outros tipos de clientes.

REFLETINDO A SEGUNDA EXPERIENCIA

Refletir esta segunda experiência significa expressar percepções e constatações, tanto em relação à implementação do marco reestruturado quanto à operacionalização do processo de enfermagem, bem como a minha vivência pessoal ao longo deste processo.

O Marco Conceitual

Quanto ao marco, percebi à partir dos pressupostos que dúvidas suscitadas anteriormente já podiam ser dirimidas neste momento porque apresentava mais convicção e experiência. Desta forma, onde King pressupõe que "os indivíduos têm o direito de aceitar ou rejeitar qualquer aspecto de cuidado à saúde", recomendo que seja acrescentado o adendo: salvo em situação de emergência em que apresentem risco de vida. Isto pelo fato de crer que em situações onde o indivíduo não esteja consciente nos é permitido prestar cuidados que o beneficiem, sem a sua autorização.

Em outra pressuposição é postulado por King que pode "ocorrer incongruência entre os objetivos do enfermeiro e os do cliente"; fato que foi observado por mim na prática. Porém pude constatar que também pode ocorrer incongruência na estipulação dos meios. Por exemplo, nesta segunda experiência a

cliente parecia concordar com o objetivo de fazer controle do Diabetes, porém relutava em realizar a glicemia que era um dos meios importantes para o atingimento deste objetivo. Este aspecto carece de um estudo posterior por que não consegui ter clareza se quando o cliente discorda de um meio sem apresentar uma proposta alternativa, ele realmente concordou com o objetivo proposto. Quanto às demais pressuposições, só vieram reforçar a proposta de uma assistência de enfermagem sob um enfoque sistêmico e interativo, ou seja, sob a perspectiva da enfermeira e cliente como "sistemas abertos em interação".

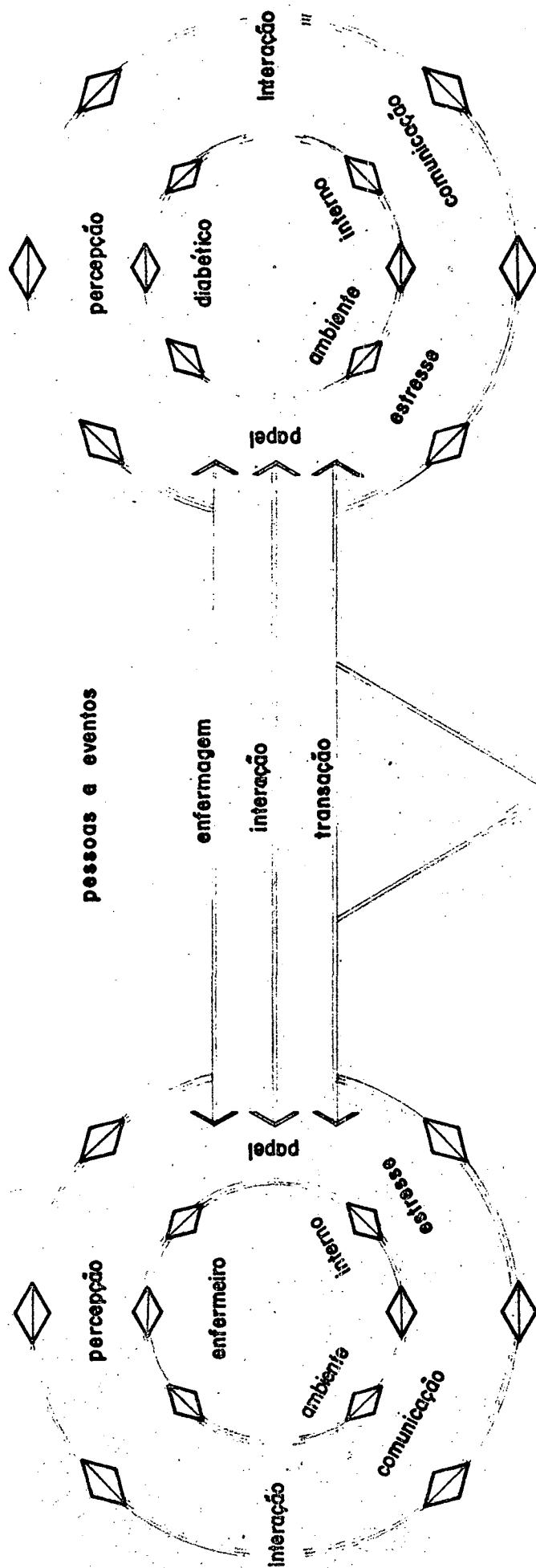
Refletindo sobre os conceitos selecionados para embasar esta assistência de enfermagem pude perceber que me foi difícil assistir à cliente sem o conceito **self** (que é um dos conceitos do sistema pessoal proposto por King), pois houve situações que necessitamos discutir questões acerca de auto-imagem para encaminhamento de alguns problemas, e me faltavam elementos que são contemplados na definição de **self**. Constatei então que este conceito é imprescindível na implementação deste marco. Outro aspecto que também me causou dificuldade foi o fato de não ter desenvolvido conceitos do sistema social; pois à partir da primeira experiência já observei falhas no sistema de saúde (que é um sub-sistema do sistema social) interferindo no processo de crescimento e desenvolvimento dos clientes.

Só nesta segunda experiência é que consegui compreender mais profundamente o comportamento dos conceitos na dinâmica da assistência, no que concerne à interrelação dos

mesmos e seus agrupamentos. No meu entendimento, haviam conceitos maiores, mais abrangentes e que alguns autores denominam de **construtos**. Estes conceitos maiores ou construtos englobam conceitos menores, também conhecidos como **sub-conceitos**. Entre os conceitos maiores se incluem ser humano (enfermeira e diabético), enfermagem, saúde-doença, crescimento e desenvolvimento, transação, interação e ambiente externo. Como conceitos menores identifiquei percepção, estresse, comunicação, papel e ambiente interno. Percebi esta dinâmica se processando da seguinte forma: o ser humano, ou seja, enfermeiro e diabético como sistemas abertos constituídos de um ambiente interno, percebendo, se comunicando, desenvolvendo papéis e com estresses. Enfermeira e diabético, por sua vez interagem entre si, com outros seres humanos e com eventos do ambiente externo através de transações. A Enfermagem acontece nesta dinâmica coincidindo com o processo de interação e transação; uma vez que consiste no compartilhamento de informações entre enfermeira e cliente direcionadas a um objetivo, que neste caso, seria a busca do crescimento e desenvolvimento. Este último pode ser considerado como **determinante** do processo saúde-doença, porque dependendo do grau de positividade ou negatividade deste processo (crescimento e desenvolvimento), se pode inferir se o diabético está progredindo para saúde ou para doença.

A dinâmica do comportamento dos conceitos constituintes do marco que embasou a segunda experiência, está representada graficamente na figura a seguir.

AMBIENTE EXTERNO



SAÚDE E DOENÇA AMBIENTE EXTERNO

Fig.-01 Representação gráfica da dinâmica do comportamento dos conceitos (inter-relacionados e agrupados) após reflexão da segunda experiência.

O Processo de Enfermagem

Quanto ao processo de enfermagem, pude observar que neste momento o mesmo fluia de forma mais abrangente. A esta altura já consegui definir o **compartilhar informações** como sendo se comunicar interativamente, ou seja, desenvolver informações à partir das necessidades de saúde comunicadas pelo cliente diabético. Isto me exigia um constante patrulhamento, principalmente no sentido de não fornecer informações que não viessem das necessidades comunicadas pelo diabético, pois acreditava que se as informações não fossem compartilhadas teria grandes dificuldades em estabelecer a lista de problemas. Então pensando em manter esta proposta é que estabeleci uma sub-fase, chamada reflexões que na realidade era uma extensão do compartilhamento de informações. Percebi que esta foi fundamental para o levantamento dos problemas, pois além de possibilitar uma reflexão conjunta (enfermeira-diabético) em cima dos conceitos selecionados, para nossa proposta de trabalho, ainda me permitia levantar questionamentos para validação posterior.

Observei que os problemas iam se configurando à medida que íamos compartilhando informações e refletindo-as; o que consequentemente possibilitava estabelecer um **planejamento e ações de enfermagem** mais realísticos. Embora reconheça que esta é a fase (planejamento e ações de enfermagem) de mais difícil operacionalização. Isto, pelo fato de por diversas vezes ocorrerem incongruências entre os objetivos e meios estabelecidos por mim e pela cliente. Nestas situações tinha que recorrer ao

conhecimento profissional e desenvolver habilidades no sentido de reavaliar estas incongruências, nem sempre dirimidas.

A fase de avaliação, como proposta na teorização do processo, viabilizou a possibilidade de redirecionar o planejamento e ações de enfermagem, quando necessário. Creio que retratou o processo de crescimento e desenvolvimento da cliente e seu embricamento com outros conceitos. Possibilitou-me também ter uma visão abrangente do grau de atingimento dos objetivos e conseqüentemente um panorama global do processo saúde-doença da cliente envolvida no processo.

A vivência da enfermeira

Embora nesta fase, tanto o marco como o Processo de Enfermagem estivessem teoricamente mais bem definidos, esta segunda experiência ainda me causou inseguranças e ansiedade.

No desenvolvimento do Processo de Enfermagem, que iniciou com o compartilhamento de informações, já me sentia mais desenvolvida e muito mais segura do que na primeira experiência. Nesta oportunidade todos os encontros ocorreram no domicílio da cliente e pude perceber que já não apresentava tanta ansiedade neste tipo de atendimento, como antes. Porém isto não significa que dificuldades não ocorreram durante este processo de assistência. Por ocasião do estabelecimento dos objetivos de forma mútua, por exemplo, eu tinha que me policiar frequentemente para não interferir de forma autoritária na decisão da cliente.

Da mesma forma, quando da proposição dos meios, ou seja, da determinação das ações de enfermagem, me sentia impaciente quando a cliente não cumpria os acordos combinados. Nesta forma diferente de **assistir**, as Ações de Enfermagem estão vinculadas as possibilidades do cliente em decidir quando realizar este ou aquele procedimento. Foi um aprendizado muito difícil o **reconhecer** que naquela situação a cliente não era só uma **receptora dos cuidados de saúde**, mas um elemento participativo do processo.

Pude observar também que durante esta experiência, onde a proposta era de decidirmos (eu e a cliente) juntas os caminhos que deveríamos trilhar para chegarmos a um objetivo ...eu é que tinha que sempre procurar a cliente. Isto me angustiava muito, então refletindo agora... imagino que talvez não tenha interpretado adequadamente algumas necessidades de saúde comunicadas pela cliente, à partir do seu conceito sobre o que seja saúde, talvez o Diabetes por si só não lhe constituísse grandes problemas; naquele momento em que apresentava tantos distúrbios de ordem psíquica e social. Além do mais, me pareceu que se ela não tivesse com dores, estava com saúde. Levanto esta possibilidade pelo fato da cliente ao ter sentido dores e medo de ter deformidade (quando achava ter osteomielite) física, procurou imediatamente o especialista para esclarecimento e encaminhamento da problemática.

Percebi também, com esta vivência, que este processo de assistir sob nova ótica não é um aprendizado só para

a enfermeira, mas também para o cliente que está acostumado a ser atendido pelo sistema de saúde dentro de uma visão paternalista. Então o cliente também tem que se reeducar no sentido de participar das decisões e entender quais os seus direitos e saber comunicar suas necessidades de saúde.

Capítulo 10

RECONHECENDO O PROCESSO DE BUSCA DA ENFERMEIRA: IDENTIFICANDO SUAS CARACTERÍSTICAS E FAZENDO ALGUMAS PROPOSIÇÕES

Ao chegar ao término do tempo fixado para completar o curso de Mestrado, necessito interromper a minha trajetória em busca de um marco para assistir o cliente diabético e apresentar os resultados até aqui alcançados, nesta minha experiência. Neste momento posso concluir:

- Quanto a trajetória

A minha caminhada foi longa, permeada por sentimentos contraditórios, rica de experiências pessoais e profissionais, complexa e muito exigente. Requerendo muitas vezes de minha parte o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, para não desistir. A busca por um referencial para guiar minha prática assistencial envolveu vários aspectos, que no meu entendimento foram: **o pensar, o fazer e o sentir**. Todos estes, permeados por um **reconhecer**. O pensar abrangeu o processo de conceber e propor. O conceber constituiu-se dos momentos de leitura sobre King e da revisão de literatura sobre o que é Diabetes e suas implicações. Estes momentos foram de intensa introspecção, onde refleti sobre como manter coerência entre os meus valores e crenças e os da teórica e decidi quais seriam os ajustes necessários a serem feitos até chegar à minha maneira própria de conceptualizar, ou seja, definir o cliente diabético e

a Enfermagem dentro de uma proposta teórica mais ampla. Após esta conceptualização, veio a fase do **propor**; onde ocorreu a explicitação do concebido e as suas possibilidades de desenvolvimento. Na realidade, este foi o momento do arcabouço teórico onde foram delineadas as pressuposições, os conceitos e as interrelações dos mesmos com a finalidade de assistir o cliente diabético.

A partir do proposto iniciou-se o **fazer** que consistiu na aplicação do Processo de Enfermagem em suas fases de compartilhamento de informações, levantamento de problemas, planejamento e ações de enfermagem e avaliação. Envolveu também o relato da experiência vivenciada pela enfermeira e seus desdobramentos. Este **fazer**, embora tenha tido os componentes de habilidades técnicas e metodológicas, esteve também vinculado à dimensão do **pensar**, uma vez que foi a própria operacionalização deste.

A dimensão do **sentir**, constitui-se da minha percepção sobre os eventos e pessoas (constituintes do processo), do envolvimento com o cliente, do meu discernimento à respeito dos processos vivenciados e das minhas emoções. Estiveram presentes sentimentos de alegria (quando constatava que o cliente estava caminhando para a saúde), frustrações (quando enfrentava dificuldades em trabalhar com o cliente dentro da nova proposta), medos (quando estava insegura para enfrentar determinadas situações) e outros.

Percebi que esta caminhada não ocorreu de

forma linear, pois foi entremeada por retrocessos e avanços. Os retrocessos não significaram malogro, mas um instante de parada, que através do reconhecer buscava elementos que subsidiavam os próximos passos, ou seja, um novo avanço. Por exemplo, quando um cliente não queria se envolver, ou não tinha condições para desenvolver este ou aquele procedimento ou atitude para positivar seu processo de crescimento e desenvolvimento eu tinha que descobrir caminhos alternativos. Nisto, estavam envolvidos o meu **pensar, fazer e sentir**, desenvolvendo então minha criatividade e espontaneidade no encaminhamento dos problemas e consequente avanço do processo.

Todo este processo aconteceu em um determinado tempo e espaço. O tempo, caracterizado pelo período estipulado para realizar o Mestrado e envolvendo uma etapa do meu processo de viver. E o espaço que foi o ambulatório do INAMPS, o domicílio do cliente diabético com todas as variáveis do meio ambiente e os limites estabelecidos pelos indivíduos envolvidos no processo.

Foi uma caminhada compartilhada, uma vez que interagi com o cliente diabético e seus familiares, membros da equipe de saúde do INAMPS, colegas de curso, orientador da dissertação, dentre outros. Este percurso se constituiu no meu verdadeiro processo de crescimento e desenvolvimento. Crescimento, no que se relacionou aos meus aspectos biopsíquicos. Por exemplo, quando ficava frustrada com o insucesso de um objetivo traçado junto com o cliente, me deprimia... este

sentimento de depressão, às vezes me causava insônia e cefaléia. Quando conseguia encontrar caminhos alternativos para o atingimento dos objetivos, este processo se revertia. Desenvolvimento, no que foi pertinente aos meus processos intelectuais e sociais; ou seja, cada vez que conseguia compreender melhor o comportamento deste ou daquele conceito no processo de assistência ao cliente diabético me sentia mais segura para discutir com a orientadora, com os colegas enfermeiros e me sentia mais fortalecida para assistir os clientes. E consequentemente melhorava os meus processos interativos sociais.

Percebo hoje, que esta caminhada não tem um prazo para terminar. Se constitui num constante recomeçar. Portanto, ao retomar às minhas atividades de docente na Universidade Federal de Mato Grosso, certamente terei que fazer novas adaptações no marco adotado por mim até o momento. Além disso, acredito que a leitura do relato deste processo de conceptualização e implementação do marco e processo de Enfermagem vivenciado por mim servirá de referência para os processos de busca de outros enfermeiros e graduandos de Enfermagem.

A trajetória aqui relatada pode ser representada graficamente da seguinte maneira:

Proposta de um marco
e uma metodologia para
assistir ao cliente diabético

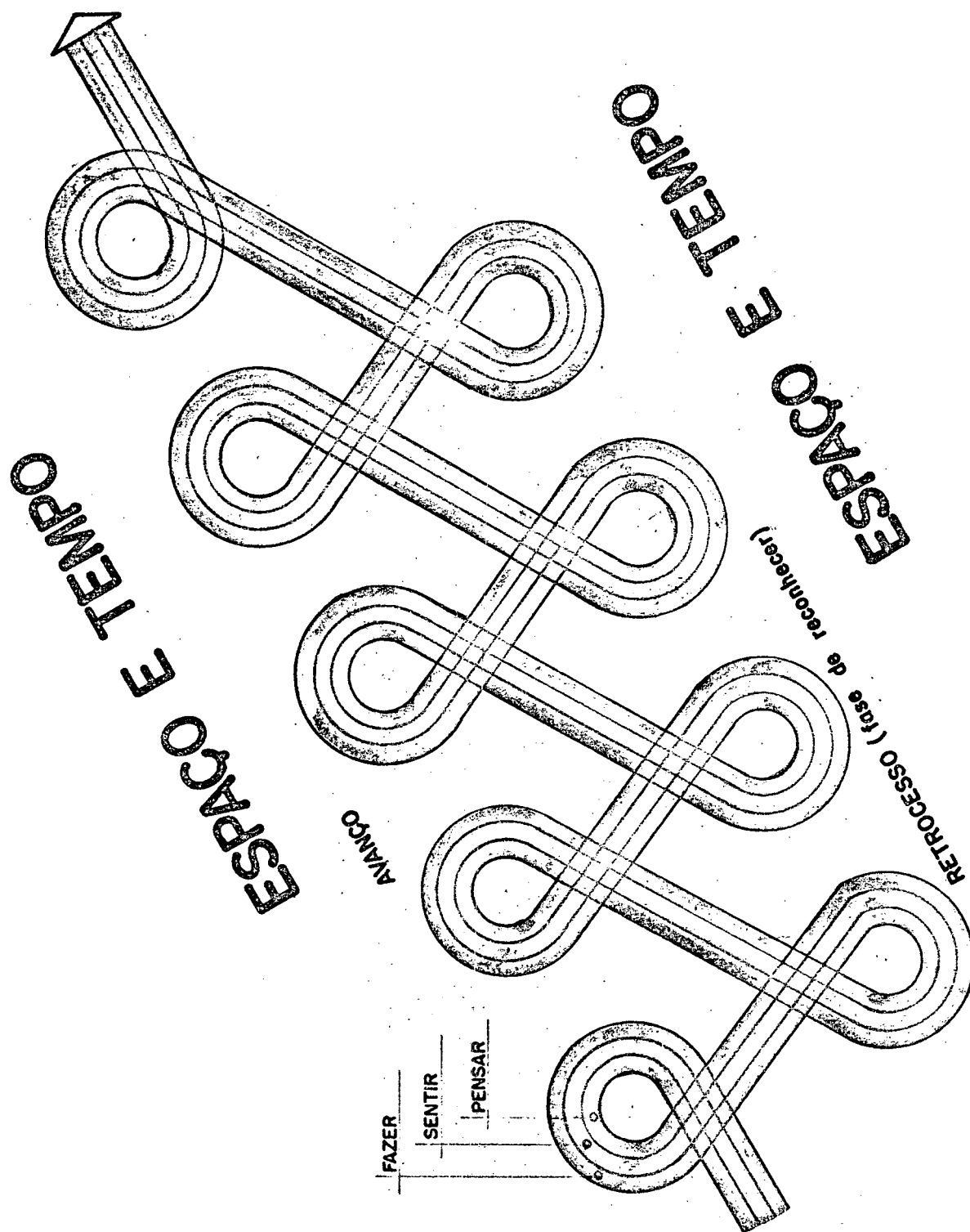


Fig. 02 Representação gráfica do processo de crescimento e desenvolvimento do enfermeiro em busca de um marco para embasar a sua prática assistencial.

- Quanto ao Marco Conceitual

A experiência de selecionar um marco para fundamentar a minha prática assistencial a diabéticos me leva a compreender os **pressupostos** de King, hoje, da seguinte forma:

- o cliente diabético e enfermeira são sistemas abertos que interagem com o meio ambiente. São seres sociais, racionais, conscientes, perceptivos, reativos, orientados no tempo e para a ação e com capacidade de controlar e estabelecer propósitos;

- os clientes diabéticos têm o direito a: compartilhar informações com o enfermeiro sobre sua realidade **Diabetes** e como encaminhar para seu processo de crescimento e desenvolvimento; participar ativamente em decisões que influam no seu processo de saúde-doença e aceitar ou rejeitar qualquer aspecto de cuidado à saúde (salvo em situação de emergência em que apresente risco de vida);

- o processo de interação enfermeira-diabético é influenciado pelas percepções, conhecimento pessoal (self), necessidades, objetivos, expectativas e experiências passadas de ambos. Podendo assim, ocorrer incongruência, tanto entre os objetivos como entre meios estabelecidos pela enfermeira e os estabelecidos pelo cliente;

- a assistência de enfermagem ao cliente diabético deve ocorrer como um processo dinâmico, onde a ação, reação, interação e transação estejam presentes; na busca da positividade do processo de crescimento e desenvolvimento com a finalidade de progressão para a saúde.

Os **conceitos** do marco, após a segunda experiência, foram agrupados e interrelacionados; apresentando-se agora da seguinte forma: o diabético e enfermeiro são seres sociais, conscientes, racionais, perceptivos e reativos. São capazes de comunicar suas necessidades de saúde, suas percepções, expectativas (que são orientadas no tempo e para a ação) e de estabelecer os objetivos e os meios para atingi-los. Enfermeiro e diabético funcionam como sistemas abertos que interagem com meio ambiente; que é caracterizado como ambiente interno e externo. O interno transformaria energia habilitando o diabético ao ajustamento das mudanças externas. O ambiente interno do diabético está alterado principalmente pela ausência ou deficiência de insulina (hormônio que atua sobre o metabolismo dos glicídios e exerce um papel importante no metabolismo dos protídios, lipídios e sais minerais). Ao passo que o ambiente externo é o sistema social, que é delimitado por papéis, comportamentos e atividades sociais desenvolvidas para manter valores e mecanismos que regulam práticas e normas.

No processo de assistência visualiza-se **saúde** como experiências dinâmicas da vida de um ser humano, a qual implica em contínuos ajustes a **estresses** do ambiente interno e externo, através do ótimo aproveitamento de seus recursos individuais para atingir o potencial máximo para viver o dia a dia com dignidade. Saúde é um **processo de crescimento e desenvolvimento** que nem sempre transcorre tranquilamente e sem conflitos. Este, por sua vez é um processo que ocorre na vida do ser humano que o ajuda a mover-se no sentido de alcançar a

maturidade e auto-realização. No diabético esse processo de busca para auto-realização está permeado tanto pelos conflitos existentes na vida de qualquer ser humano, como pelos **estressores** específicos ocasionados pelo Diabetes (restrição dietética, uso prolongado de insulina, crises hipo e hiperglicêmicas, realização de testes diários de controle, testes periódicos de glicemia, realização de exercícios diários, entre outros). A possibilidade do diabético em ajustar estes stressores às mudanças tornando-os positivos é que o ajudará a mover-se no sentido da auto-realização e consequente positividade do seu processo de crescimento e desenvolvimento. Isto poderá ser conseguido à medida que desenvolve habilidades e mecanismos no sentido de seguir o tratamento proposto para manter o equilíbrio entre o ambiente interno (que está alterado por transtornos metabólicos que interferem no mecanismo dos glicídios, lipídios... entre outros) e o ambiente externo e vice-versa.

Doença é a não superação dos conflitos instalados no processo de crescimento e desenvolvimento humano. É a impossibilidade do indivíduo em se ajustar aos stressores provocados pelo ambiente interno e externo não positivando seu processo de crescimento e desenvolvimento, ou seja, não ser capaz de desenvolver o seu potencial máximo para viver dignamente. O diabético será doente à medida que não é capaz de se ajustar à realidade **Diabetes**, isto é, não tiver possibilidades de desenvolver mecanismos de ajuste às mudanças que se fizerem necessárias. É a incapacidade de impulsionar (positivar) seu processo de crescimento e desenvolvimento.

A **Enfermagem** é concebida como um processo de ação, reação, interação e transação pelo qual enfermeira e diabético compartilham informações sobre suas percepções e expectativas nesta relação estabelecida, com a finalidade de ajustar o **processo saúde-doença**. Por sua vez, diabético e enfermeiro têm um **self** (que é composto de idéias e sentimentos que constituem a percepção que um indivíduo tem de si mesmo, sua concepção de quem ele é). É a soma total de tudo que se pode chamar de **eu**); têm **percepção** (que é a representação que cada ser humano tem da realidade. É uma consciência de pessoas e objetos e se relaciona com experiências passadas, **com o self**, com os antecedentes educacionais e com o grupo social a que um indivíduo pertence. A percepção consiste no processo de organizar, interpretar e transformar a informação dos dados sensoriais e da memória. Neste processo de ação e reação estão implícitos vários conceitos interrelacionados como a **interação**, que deverá ocorrer durante todo o processo de enfermagem. Esta é vislumbrada como um processo entre dois indivíduos representado por uma sequência de condutas verbais e não verbais dirigidas a um objetivo, levando-se em consideração que esta experiência é única onde cada indivíduo envolvido (neste caso, enfermeiro e diabético) tem um **self**, necessidades, expectativas e experiências que influenciam na **interação**. Além do mais, enfermeira e cliente desempenham papéis que no desenvolvimento das funções é dinâmico e muda de situação para situação. Há um elemento de reciprocidade, onde uma pessoa é provedora em uns momentos e receptora em outros. Nesta situação de Enfermagem o papel do enfermeira é de interagir com o

cliente diabético e juntos racionarem, perceberem e serem capazes de estabelecer propósitos que sejam orientados pelo tempo e para a ação. Além disso é papel do diabético desenvolver uma **percepção real** (isto se dá através da positividade do seu crescimento e desenvolvimento) do processo de instalação do Diabetes. Tanto a enfermeira como o diabético desempenham papéis dentro da família (pai, mãe, filho(a), irmão(a), provedor...) e do trabalho. Todo ser humano desempenha papéis que são apreendidos para funcionar em uma série de situações, dentro de uma sociedade complexa.

Outro componente indispensável da enfermeira e diabético é a **comunicação**, processo pelo qual a informação é transmitida entre eles através de símbolos significativos (gestos e expressões verbais) com a finalidade de possibilitar a interação. A comunicação estabelece uma relação recíproca entre o enfermeiro e o diabético; é o meio pelo qual estes compartilham informações na tentativa de identificar interesses ou problemas, ajudando a tomar decisões voltadas para o alcance dos objetivos. **A comunicação é irreversível, irrepetível e envolve a enfermeira e diabético como um todo.** Como último conceito envolvido neste processo, que é a Enfermagem, têm-se a transação que é o processo de interação pelo qual enfermeira e diabético se comunicam buscando alcançar objetivos valorizados por ambos. A enfermeira e diabético transacionam quando compartilham de idéias acerca dos eventos atuais (Diabetes e outros) e identificam denominadores comuns para os quais podem estabelecer objetivos mútuos.

- Quanto ao processo de enfermagem

Este sofreu poucas modificações no decorrer da experiência. Na realidade o que ocorreu foi um aprofundamento do meu entendimento quanto à operacionalização das diversas fases. Hoje, eu o percebo da seguinte forma:

- Compartilhamento de Informações (1a. fase)

Esta fase se constitui no início do processo de interação enfermeira-cliente. A enfermeira terá como guia um instrumento que contemple os conceitos selecionados pelo marco e este **compartilhar informações** significa desenvolver e trocar informações a partir das necessidades de saúde comunicadas pelo diabético. Este compartilhamento de informações deverá ocorrer durante todo o processo de Enfermagem.

- Reflexões (sub-fase)

Nesta sub-fase ocorre uma reflexão acerca das informações compartilhadas que deverá ser, na medida do possível, uma reflexão conjunta (enfermeira-cliente) da qual derivará uma lista de problemas.

- Lista de Problemas (2a. fase)

É a fase onde a enfermeira e cliente após reflexão, determinam os problemas. Os problemas serão caracterizados em função dos fatores que ocasionem distúrbios biológicos ou seja, que afetem o processo de crescimento do diabético; como também das ocorrências que interferirem no seu processo de desenvolvimento, ou seja, as dificuldades que o diabético tiver em desempenhar seus papéis usuais.

- Planejamento e Ações de Enfermagem (3a. fase)

Se constitui numa única fase pois ocorrem simultaneamente. O planejamento é o próprio estabelecimento dos objetivos e as ações de enfermagem são os meios estipulados para o alcance destes objetivos. O planejamento e as ações de enfermagem devem, sempre que possível, ser determinados de forma mútua (enfermeira-cliente). No caso de ocorrer incongruências entre os objetivos e meios traçados pela enfermeira e os traçados pelo diabético, a enfermeira deverá usar o seu conhecimento e habilidades para encontrar propostas alternativas.

- Avaliação (4a. fase)

Esta fase deverá retratar a negatividade ou positividade do processo de crescimento e desenvolvimento tanto do cliente como da enfermeira envolvidos no processo. Isto poderá ser observado através do grau de atingimento dos objetivos ou seja, através da ocorrência ou não de transações (que são processos de interações direcionados a um fim). Uma avaliação nestes moldes, favorece um panorama global do processo saúde-doença, como também possibilita a retroalimentação do processo de Enfermagem como um todo.

Capítulo 11

APRESENTANDO CONSIDERAÇÕES E SUGESTÕES

Para os alunos de cursos de graduação em Enfermagem e enfermeiros, que como eu, estão na busca de um referencial para a prática assistencial, apresento considerações sobre meu trabalho e algumas sugestões para facilitar esta trajetória:

- Considerando que a definição de um marco e de uma metodologia de Enfermagem para a prática é um processo tridimensional (que envolve o pensar, o fazer e o sentir) e que é aprendido e mobilizante de emoções e conflitos para os quais é preciso tempo para reflexão e incorporação das mudanças - recomendo que o ensino deste processo seja parte integrante da formação do enfermeiro à partir do curso de graduação. Para tal, sugiro aos docentes a busca de seus próprios marcos para a partir daí, melhor orientarem os alunos a superar os conflitos, frustrações e dificuldades que surgem na elaboração e implementação de um marco.

- Considerando que a implementação de um marco para a prática assistencial é um processo complexo e contínuo - recomendo aos enfermeiros para estarem atentos às dificuldades advindas deste, possibilitando o emergir do **reconhecer** (que é a fase de retroceder para buscar elementos que subsidiem um novo avanço).

Considerando que não me detive na exploração dos conceitos do sistema social propostos por King e por julgá-los necessários na assistência de Enfermagem ao cliente diabético, recomendo que outros estudos sejam direcionados no sentido de contemplar as definições dos conceitos com maior abrangência para que estes possam ser melhor compreendidos e operacionalizados.

- Considerando que na operacionalização do processo de Enfermagem percebi incongruência entre os meios estabelecidos pela enfermeira e os estabelecidos pelo cliente e que King não fez referência a mesma - recomendo que estudos sejam desenvolvidos para refutar ou corroborar esta percepção.

- Considerando que foi fundamental na implementação do marco, as ações de Enfermagem à partir das necessidades de saúde comunicadas pelo cliente - recomendo que se desenvolvam pesquisas para identificar as definições de saúde/doença do cliente diabético e que na fase de compartilhamento de informações do processo de Enfermagem esta questão (definição saúde/doença) seja igualmente aprofundada.

Capítulo 12

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 - ARDUINO, F. Diabetes Mellitus. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980. 413p.
- 2 - BAGNARA, T. Buscando crescimento profissional: auto-biografia de uma enfermeira. Florianópolis:UFSC, 1988. 104P. (Dissertação de Mestrado em enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
- 3 - BELAND, I.F., PASSOS, J. Enfermagem Clínica. 3. ed. São Paulo: EPU/EDUSP, V. 3, 1975.
- 4 - RITTENCOURT, J.C.C., DOMINGUES, V. Proposta de assistência de Enfermagem aos Indivíduos Hospitalizados com Problemas Crônicos e/ou Duas Famílias Durante o Processo de Transição Hospital/Casa H.G.C.R. Clínica Médica, Florianópolis, 1987 (mimeo.). 55 p.
- 5 - CARVALHO, V. e CASTRO, I.B. Marco conceitual para o ensino e a pesquisa de enfermagem Fundamental: um ponto de vista. Rev. Bras. Enf., Brasília, V.38, n.1, p.76-86, jan./mar. 1985.
- 6 - COSTA, J.F. et al. Um método não convencional de tratamento do Diabetes Tipo I com ênfase na educação, São Paulo, (mimeo.).
- 7 - ELSEN, I. e MARQUES, L.B. aplicação de teoria à prática de enfermagem: um relato de experiência. Florianópolis, 1991 (mimeo) 23 p.
- 8 - DAMASCENO, L. Educação em Diabetes. Vitória: Gráfica, 1987.
FRANCO, L. J. Diabetes Mellitus - Estratégias de Prevenção em Diferentes Níveis.
- 9 - GUTHRIE, W.D. e GUTHRIE, R.A. the disease process of Diabetes Mellitus. nursing clinics of North America, n.4, v.18, dez., 1983.
- 10 - HUSBAND, Allisson. Application of King's Theory of Nursing to the care of the adult with diabetes. Journal of Advance Nursing, v.13, n.4, p. 484-488, 1988.
- 11 - KING, I.M. A theory for nursing: systems, concepts, process. New York: John Wiley e Sons., 1981. 181p.

- 12 - KRALL, L.F. Manual do Diabete de Joslin. 11 ed. São Paulo: Rocca, 1983.
- 13 - LACERDA, S. N. Diabetes Mellitus na prática médica. Rio de Janeiro: Pirâmide, 1988.
- 14 - MARCONDES, M. et al. Clínica Médica - Propedêutica e Fisiopatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976. 413p. p.120-125
- 15 - MATTAR, E. Drogas hipoglicemiantes orais, IN: ARDUINO, F. Diabetes Mellitus. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980.
- 16 - MELEIS, Afaf I. Theoretical Nursing - Development and progress. Philadelphia, London, México, New York, St. Louis, São Paulo: J.B. Lippincott Company, 1985.
- 17 - MILECH, Adolfo. Fisiopatologia do Diabetes, IN: ARDUINO, F. Diabetes Mellitus. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980.
- 18 - Educação em Diabetes - onde estamos e para onde vamos, IN: DAMACENO, L. Educação em Diabetes. Vitória: Grafica, 1987.
- 19 - MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1988. Programa Nacional de Educação em Diabetes Mellitus - PNECD, Brasília-DF (mimeo.).
- 20 - NITSCHKE, R.G. Nascer em Família - uma proposta assistencial de enfermagem para a interação familiar saudável. Florianópolis/SC, 1991. 313p. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.
- 21 - PAIVA, N.M. et al. Avaliação das ações educativas em enfermagem para Diabéticos, uma experiência de integração docente assistencial no Hospital Universitário - UFC/Fortaleza. Rev. Bras. Enf., Brasília, v.39, n.2/3, p.55-65, abr./set. 1986.
- 22 - REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 36, 1984. São Paulo. NEVES, E.F. et al. A teoria de Imagem King: considerações sobre sua aplicabilidade na assistência de enfermagem (mimeo.).
- 23 - ROCHA, M.F.S. Assistência de enfermagem em uma unidade de cuidados terciários ao diabético. Rev. Bras. enf., Brasília, v.37, n.3/4, p.182-187, jan./dez. 1984.
- 24 - ROCHA, M.L. Assistência de enfermagem à clientes traumató-ortopédicos fundamentada no marco conceitual e teoria de Imogene King. Florianópolis/SC, 1991. 139p. (dissertação de Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.

- 25 - TRENTINI, M. et al. Ocorrência de doenças crônicas -degenerativas na cidade de Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1988 (mimeo.).
- 26 - SANTOS, S.M.A. Prática assistencial de enfermagem a idosos crônicos fundamentada no marco conceitual de Imogene King. Florianópolis/SC, 1990. 132p. (Dissertação de Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.
- 27 - VECCHIETI, E.C. Assistência de enfermagem à saúde e doença dos servidores de um Centro Universitário-Área de saúde-. Processo participativo com a comunidade - cliente. Florianópolis/SC, 1991. 183p. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.
- 28 - ZAGURY, L. A importância de aprender, IN: Orientações básicas para o diabético, Brasília, Ministério da Saúde 1989. p.01-07 103p.

ANEXO I

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DE BASE

I - IDENTIFICAÇÃO

1.1 - NOME	SEXO: M() F()
1.2 - IDADE	ESTADO CIVIL
1.3 - PROCEDENCIA: CAPITAL() INTERIOR()	OUTROS ESTADOS()
1.4 - NATURALIDADE	ESCOLARIDADE
1.5 - RELIGIAO	

II - CONCEITOS - SAUDE E DOENÇA

2.1 - Sinais vitais
2.2 - Peso e altura
2.3 - Registro das condições gerais
2.4 - Dados clínicos e Exames laboratoriais de interesse para a Enfermagem

III - TRATAMENTO (QUESTOES A SEREM LEVANTADAS) (SAUDE E DOENÇA)

3.1 - Por que voc@ está fazendo dieta atualmente?
3.2 - Qual é a medicação que voc@ está usando?
3.3 - Ela lhe causa algum efeito indesejável?
3.4 - Voc@ acha que é necessário fazer exercícios?
3.5 - Que atividade física voc@ executa habitualmente?
() Anda a pé todos os dias
() Apanha ônibus Quantos por dia? ()
() Trabalha no pesado
() Pratica esporte Qual?
3.6 - Há quanto tempo voc@ é diabético?
3.7 - Que medidas de controle voc@ utiliza para controlar o Diabetes?

IV - COMPREENSAO DO CLIENTE SOBRE A DOENÇA (CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO, PERCEPÇÃO, ESTRESSE, SAUDE E DOENÇA)

4.1 - O que voc@ acha que ocasionou o seu problema?
4.2 - Por que voc@ acha que seu problema começou a partir dessas causas?
4.3 - O que o Diabetes acarreta para a sua vida?
4.4 - Qual é a gravidade de sua doença? Ela será de curta ou longa duração?
4.5 - Como é ser diabético?

V ... PERGUNTAS REFERENTES A INTERAÇÃO, TRANSAÇÃO, CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO, ESTRESSE, PERCEPÇÃO E AMBIENTE

5.1 - Como você se sente em relação à sua família?

5.2 - Quais são as expectativas da sua família em relação a você?

5.3 - O que você acha que os outros esperam de você?

5.4 - Você tem amigos favoritos?

5.5 - Participa de alguma instituição religiosa ou recreativa?

ANEXO II

INSTRUMENTO PARA ORIENTAR A COLETA DE DADOS

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME:	SEXO:
IDADE:	ESTADO CIVIL:
PROFISSÃO:	Ocupação ATUAL:
ESCOLARIDADE:	NATURALIDADE
PROCEDENCIA:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL:	

II - ENTREVISTA

- Nível de compreensão do cliente sobre sua problemática (diabetes em sua vida) - saúde e doença, crescimento e desenvolvimento, percepção, estresse, comunicação, papel, ambiente.

1. Fale-me um pouco sobre o Diabetes ... como começou ... como interfere no cotidiano ... tem sentido dificuldades?... como as tem enfrentado?

2. O que sabe a respeito do seu tratamento?

. dieta

. hipoglicemiantes orais

. exercícios

. insulino terapia

. controle - que tipo de controle faz?como?

- Situação do cliente frente às mudanças que o diabetes pode ocasionar (crescimento e desenvolvimento, interação,

transação, estresse, papel, percepção ...).

1. Como você se percebe como diabético? E os outros como lhe percebem?

2. Esta ocorrência produziu mudanças no seu relacionamento com as pessoas? (Família, Marido, esposa/filhos).

3. Como está sendo para você a vivência da situação atual? (angústias, tensões, mudanças de papéis ... etc)

4. Com o apoio de quem entre os seus companheiros, você acha que pode contar?(família, parentes, vizinhos, amigos, colegas de serviço ...etc)

5. De que forma você acha que eu poderia lhe ajudar?